

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

IL GRAFFIO Il pediatra, il NPI e... Leopardi



Vi raccomando di leggere e, al caso, di rileggere le operette morali di Leopardi. In particolare il dialogo di un Islandese con la Natura: causa di tutti i mali che lo affliggono e al contempo cinicamente disinteressata alla sofferenza, come anche alla felicità, di ogni sua creatura. A torto o ragione, la lettura di questo imperdibile pezzo della letteratura italiana mi ha riportato a pensare al dialogo che ho orecchiato di recente tra un pediatra e un neuropsichiatra amici di tutti voi.*

Diceva il pediatra, come di consueto un po' esagitato e un po' presuntuoso nel volersi mostrare preparato sull'argomento: «Vi siete accorti anche voi NPI o no dell'epidemia di casi psichiatrici tra bambini e adolescenti che nei fatti tocca a noi pediatri affrontare in prima battuta nei nostri ambulatori e nei nostri Pronto Soccorso (PS)? Almeno il 10% dei bambini che vediamo in ambulatorio sono affetti da un disturbo mentale (esplicito o mascherato da altro tipo di sintomo) e le acuzie NPI sono diventate il primo motivo di accesso degli adolescenti al PS dopo i traumi. Per molti di noi pediatri tutto questo è causa di tormento e frustrazione, nella consapevolezza della nostra inadeguatezza e al contempo dell'urgenza di cambiare i modi, gli scopi e il ritmo del nostro lavoro. Abbiamo bisogno del vostro aiuto ma non avvertiamo che la consapevolezza di questa urgenza sia condivisa con voi». A quel punto il neuropsichiatra ha fatto una smorfia (sembrava soffrire anche lui e questo mi ha subito lasciato ben sperare...). «Noi NPI siamo ben consapevoli (ne siamo travolti...) dell'esplosione del problema della salute mentale in età evolutiva. Si tratta di una sollecitazione imperdibile a mettere insieme saperi ed esperienze per trovare soluzioni condivise. A fronte di questa consapevolezza, perché le cose vadano a sistema nel modo più vantaggioso, sembra peraltro opportuno, per il pediatra come per il NPI, il richiamo a esercitare la pazienza: proprio nel senso leopardiano della parola, di attivo apprendimento di un modo paziente di affrontare la realtà ("... la pazienza è la più eroica delle virtù, proprio perché non ha nulla di eroico". G. Leopardi, Zibaldone)». «Qualcosa da dire - ha ripreso il pediatra - avremmo anche sull'autismo che noi pediatri abbiamo ora imparato a intercettare tempestivamente come voi stessi ci avete raccomandato e insegnato a fare. Ma che, una volta diagnosticato, resta spesso "sospeso nell'aria" alla ricerca di una cura e finisce ancora, purtroppo nella larga maggioranza dei casi, preda delle reti assistenziali private». «Mi sembra urgente e irrinunciabile che tutte le Regioni operino sinergicamente per raggiungere livelli condivisi di diagnostica e di presa incarico terapeutica perché vengano applicati e garantiti economicamente in ogni modo i livelli minimi di assistenza (LEA). Ma altrettanto urgente risulta, per tutti noi, anche una riflessione sui modi di comunicare e di agire la diagnosi (su cosa cioè viene lasciato per sempre in

quella famiglia con l'atto di diagnosi) e sulla responsabilizzazione terapeutica che oggi imponiamo alla famiglia stessa (su cosa cioè viene lasciato per sempre a quella famiglia trasferendole così chiaramente l'atto di cura)». «E che dire dell'ADHD? - incalza ancora il pediatra, sempre un po' antipatico - Nonostante i Centri di riferimento regionale autorizzati alla diagnosi e cura lavorino molto bene, l'ADHD rimane in Italia un problema largamente sottostimato, sia per quel che riguarda il numero di casi diagnosticati e trattati sia per quel che riguarda la dovuta consapevolezza (medica e sociale) della sofferenza del bambino e della gravità delle ripercussioni a lungo termine che questa condizione comporta se non adeguatamente trattata. Cosa state facendo voi NPI in questo senso, al di là del lavoro che svolgete nelle vostre strutture?» «L'ADH - ribatte il NPI - rappresenta la vera sfida di tutta la NPI moderna. Sfida che impone di tener conto degli elementi genetici e biologici della malattia e al contempo del contesto ambientale che ne modula l'espressione (oggi improntato dall'iperattività piuttosto che dalla pazienza...). Sfida che impone quindi di agire ogni terapia consapevole che nel tempo le determinanti biologiche e ambientali si modificano, sapendo utilizzare (o al caso sospendendo) i farmaci, come ogni altra forma di terapia, al momento giusto nel corso dello sviluppo. Affrontando, certo, in ogni occasione ci venga data, quel conformismo-perbenismo medico e quell'ignoranza sociale che ancora moraleggiano sulla terapia farmacologica così come su altre forme di psicoterapia di documentata efficacia, umiliando così la sofferenza delle vittime». «Si dice che siamo ora davanti a una grande occasione - ha ripreso il pediatra per concludere - quella di riformare il Sistema Sanitario e con questo le cure e l'assistenza all'età evolutiva. Ci pensiamo insieme?». «Sì, certo. Ma prima c'è bisogno tra di noi di un patto di assunzione di responsabilità. C'è bisogno, senza condizioni, di un atto di vera e propria paternità. Di un patto che si carichi dell'onere di identificare e perseguire un bene comune in età evolutiva, sfuggendo alla tentazione del paternalismo: di cui troppo spesso si abusa e che, intriso spesso di un interessamento tanto ostentato quanto strumentale, si adopra a elencare i problemi ma mai a farsene carico». Alla fine, a me che origliavo, è sembrato che il NPI avesse la stessa voglia di far bene (e di farlo insieme) che motiva tanti di noi. E che anche lui, forse, abbia bisogno di sentire da noi la stessa reale disponibilità personale, lo stesso sapersi mettere nei panni degli altri, la stessa tempestività nel cambiare ritmo, che noi continuamente gli chiediamo. Mi piace sperare, a questo punto, che anche lui desideri proseguire e approfondire questo dialogo. E sono sicuro che, assieme a tanti altri neuropsichiatri, lo farà. Con pazienza, certo...

Alessandro Ventura

*Giornate Pediatriche Perugine 2020 (dialogo tra A. Albizzati e A. Ventura)

UN NUOVO LIBRO BIANCO PER L'ASSISTENZA PEDIATRICA?

I pediatri delle Cure primarie: compiti e funzioni

Siamo un gruppo di pediatri di famiglia (PdF) che lavora da parecchi anni nell'ambito delle Cure primarie in regime di convenzione. Pensiamo sia utile far sentire la nostra voce in merito al nostro lavoro, in considerazione del fatto che molte voci istituzionali/associative/accademiche negli anni hanno espresso nei confronti della Pediatria convenzionata pareri su come dovremmo lavorare o appelli a collaborare a progetti; alcune volte i giudizi espressi nei nostri confronti non sono sempre stati benevoli, spesso alla base degli stessi vi era/è il pregiudizio che la nostra categoria lavorasse/lavori meno degli ospedalieri e venisse/venga pagata di più.

Il Libro Bianco per l'assistenza pediatrica 2020¹ realizzato dalla FIARPEP (Federazione Italiana delle Associazioni e Società Scientifiche dell'Area Pediatrica) presentato nel 2019 ha messo in evidenza quanto sia importante assicurare al neonato, al bambino e al ragazzo un'adeguata e qualificata assistenza pediatrica. Nell'Editoriale di gennaio della rivista *Medico e Bambino*² il prof. Marchetti, riportando e commentando i dati raccolti nel Libro Bianco, sostiene la necessità che la Pediatria italiana unita si faccia carico delle due criticità emergenti, ovvero la carenza dei pediatri e la risposta ai bisogni assistenziali di fasce di popolazione fragile che non possono più attendere (in particolare bambini e adolescenti con problemi neuropsichiatrici). L'appello è che i pediatri decidano, propongano, escano dalla logica dell'appartenenza separata tra i singoli ruoli professionali (PdF *versus* ospedalieri).

Un ulteriore appello all'azione, pubblicato a risposta dell'editoriale di Marchetti, è quello della dott.ssa Brunelli³ che ha sollecitato nel passato in più occasioni i pediatri tutti a farsi carico della riorganizzazione dell'intero sistema di salute e cura di bambini e adolescenti, con responsabilità e professionalità, prima che altre motivazioni operino tagli seguendo altri criteri. Nella sua lettera la Brunelli suggerisce la valorizzazione del ruolo infermieristico per l'attività di prevenzione e promozione della salute oltre che del *self-help* o per trattamenti di breve durata ambulatoriali. Ridisegna una Pediatria di comunità che necessita per forza di cose del parere dei pediatri, che in quella comunità devono poi lavorarci, con le problematiche di complessità logistica e organizzativa che ne

conseguono. L'esempio citato dell'autonomia dell'infermiera nell'ambulatorio vaccinale della Pediatria di comunità di Cesena pone in evidenza come l'organizzazione permetta quel ritmo di vaccinazioni (un solo medico sovrintende fino a 4 linee vaccinali contemporanee), ma il modello può non essere replicabile in tutte le realtà italiane, non con una Pediatria che fa fatica a pensarsi comunità.

La Brunelli ritiene che tutti i professionisti, territoriali e ospedalieri, che si occupano di genitorialità ed età evolutiva (pediatri, neuropsichiatri, ostetrici, ginecologi) debbano stare in uno stesso contesto programmatico e organizzativo, che non può che essere lo stesso dipartimento. Marchetti in risposta alla lettera sottolinea come il pediatra delle Cure primarie ha reso la Pediatria italiana unica nella sua qualità e, negli anni, nelle sue potenzialità e prospettive, sollecita una visione di insieme che vada oltre lo spazio "angusto" governato dalla buona volontà del singolo pediatra e che l'immobilità non sia più accettabile³.

È proprio partendo da queste riflessioni che abbiamo pensato come PdF di farci sentire e di proporre la nostra visione e partiamo proprio dal tema vaccinazioni.

1. Le vaccinazioni sono state oggetto negli anni dell'attenzione della parte pubblica nei confronti della convenzione pediatrica, alcuni pediatri hanno deciso di assumersi il carico dell'intero ciclo vaccinale, alcuni solo nella stagione autunnale per quanto riguarda l'antinfluenzale, altri hanno deciso di non farlo. E come un mantra annualmente ai Tavoli sindacali si propone la prospettiva di affidare ai pediatri il compito delle vaccinazioni, in questo momento si sta pensando in alcune realtà regionali di proporre il carico della vaccinazione antinfluenzale stagione 2020-21 ai PdF. Un recente sondaggio effettuato per gli iscritti lombardi della SIMPeF (uno dei principali sindacati della pediatria convenzionata) sulla disponibilità a vaccinare nel proprio ambulatorio ha evidenziato che il 42,9% era favorevole a vaccinare nel proprio studio, mentre il 41,4% era favorevole a praticare la vaccinazione in una struttura pubblica, il 15,7% non era favorevole (il totale dei votati era pari al 57,9% degli iscritti); il 17% dei colleghi ha poi risposto che l'adesione era vincolata all'uso del proprio studio a fronte invece di un 27,6% che considerava vincolante per l'adesione

alla campagna vaccinale l'uso della struttura pubblica. Nei colleghi disponibili a entrambe le possibilità circa i 2/3 ha indicato come preferenziale l'utilizzo dello studio rispetto alla struttura pubblica.

Emerge chiara la difficoltà del farsi carico di questa progettualità e la divisione che si evidenzia con percentuali risicate mostra che un 41,4% di colleghi preferisce effettuarla in appoggio alla struttura pubblica (che garantisce organizzazione e logistica); pensiamo sia utile che il sindacato SIMPeF lombardo rifletta sulle percentuali emerse dal sondaggio e consideri che la maggioranza si differenzia dalla minoranza di 1,5% avendo poi partecipato al sondaggio il 57,9% degli iscritti⁴.

Inoltre vorremmo sottolineare sull'argomento delle vaccinazioni in generale in termini di gestione delle risorse, che se in un distretto territoriale c'è un servizio di Sanità Pubblica (SP) che funziona e viene garantita un'ampia copertura vaccinale, ci si deve interrogare se sia utile smantellare il Servizio di Igiene a favore del pediatra di famiglia di turno, pare a noi, un controsenso in termini di allocazione delle risorse. Dobbiamo saper gestire la realtà del territorio, non entrare in competizione per togliere lavoro ad altri che lo stanno facendo bene. Se la copertura non è garantita sarà possibile intervenire affiancando il servizio di SP e dovrebbe essere compito del distretto Cure primarie verificare il tutto e definire i piani di intervento.

2. Il documento *Nurturing Care Framework* (NCF) recentemente tradotto a cura del Centro per la Salute del Bambino⁵ evidenzia come i servizi e gli operatori sanitari abbiano la responsabilità di creare un ambiente di supporto prima della nascita, alla nascita e nei primi mesi dopo la nascita. Debbono fornire informazioni e consigli ai genitori e supportare le famiglie, particolarmente quelle con bambini che hanno incontrato delle difficoltà nel periodo perinatale. Il PdF in particolare, pensiamo possa intervenire sulle diverse componenti del *Nurturing Care* (le cure che nutrono il corpo e la mente)⁶ con progettualità che sono a sostegno della famiglia e del bambino. Queste progettualità possono voler dire pensare al nostro lavoro in modo diverso rispetto a quello che facciamo ora e possono trovare ostacoli nell'ambito della Pediatria di famiglia

stessa, ma pare a noi necessario e utile un cambio di paradigma che possa rendere il nostro lavoro qualitativamente utile e realizzare quella ricerca sul campo, già iniziata e documentata in letteratura, che solo la presenza capillare sul territorio del PdF e il legame di fiducia che il pediatra e la famiglia del bambino instaurano, possono garantire⁷.

Abbiamo risposto come pediatri convenzionati alla patologia acuta con il *self-help*, ma non basta in termini appunto di prevenzione, o di presa in carico della cronicità (patologia/disabilità). In questo come categoria non siamo stati all'altezza del compito, lo è stato certamente, il singolo pediatra di buona volontà che è riuscito a costruire una rete di operatori in grado di realizzare la presa in carico o le azioni di prevenzione. La prevenzione necessita di mettersi in gioco con altre competenze non solo di tipo medico, ma con figure professionali quali quelle di psicologici, infermieri, nutrizionisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali; costruire e far rete è un processo faticoso e spesso frustrante, boicottato talora dagli stessi pediatri o dalle realtà apicali che siano esse ATS o che siano rimaste ASL o US-SL. Lo stesso discorso vale per la cronicità, nella quale è importante cogliere l'aspetto della presa in carico del paziente e del raccordo con la realtà dello specialista ospedaliero. Si può realizzare con la buona volontà di entrambe le parti, e necessita di una capacità di ascolto e un'umiltà d'animo che nell'ambito della Medicina è dote ormai rara. Gli ostacoli ci sono e sarebbe assurdo negarlo, ma pensiamo si possano superare realizzando, partendo proprio dalle contrattazioni sindacali della nostra categoria, progetti di lungo termine e di ampio respiro che contribuiscono alla collettività e al suo benessere partendo dai primi giorni di vita, che consentano la reale, efficace presa in carico delle persone che vivono in quel territorio, pensiamo lo si debba fare coinvolgendo tutte le figure professionali che ruotano intorno al bambino e ai suoi bisogni.

Ci sono già esempi di progetti di prevenzione primaria (promozione dell'allattamento al seno, promozione di uno stile di vita sano, compresa la presa in carico del sovrappeso e dell'obesità, protezione e sicurezza, Nati per Leggere, Nati per la Musica) che sono stati realizzati e sperimentati in diverse realtà e che possono essere modelli da adattare e replicare in altri contesti; questi progetti nascono proprio da bisogni espressi e inespresi dei genitori dei bambini che curiamo⁸⁻¹¹.

Crediamo che costruire una rete funzionante tra ospedale e territorio debba partire proprio dal reciproco riconoscimento delle diverse professionalità in gioco e che progetti che non rispondano all'e-

sigenza del momento, ma sappiamo pensare alle future generazioni anche in termini di protezione dell'ambiente in cui queste generazioni vivranno, siano parte integrante del lavoro del pediatra di famiglia e delle figure professionali sanitarie delle cure primarie.

Bibliografia

1. FIARPED. Libro Bianco dell'assistenza pediatrica. Dicembre 2019.
2. Marchetti F. Il Libro Bianco per l'assistenza pediatrica del 2020. *Medico e Bambino* 2020;39(1):6-7.
3. Brunelli A, Marchetti F. Assistenza pediatrica 2020: quali prospettive? *Medico e Bambino* 2020;39(2):81-2.
4. Periodico SIMPeF numero 35, maggio 2020 <https://simpef-nazionale.it/>.
5. Centro per la Salute del Bambino. <https://www.youtube.com/watch?v=ojz1ektxQlw>.
6. <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettagliopubblicazione/temi/ciclo-di-vita/nurturing-care>.
7. Reali L, Lo Giudice M, Cazzato T, Bianchini C, Picca M. La ricerca nelle cure primarie pediatriche: i contributi italiani nella letteratura internazionale. *Prospettive in Pediatria* 2017;47(185):18-32.
8. Conti Nibali S. Il sostegno dell'allattamento al seno nell'ambulatorio del pediatra di base. *Quaderni acp* 2002;9(3):10-2.
9. Briscioli V, Bellesi MS, Benaglio I, et al. Affrontare l'obesità nell'ambulatorio del pediatra di famiglia. *Quaderni acp* 2017;2:63-7.
10. Associazione Culturale Pediatri. Nati per Leggere. 28 Apr 2013. <https://acp.it/it/2013/04/nati-leggere>.
11. Spataro A (a cura di). Nati per la Musica. *Quaderni acp* 2014;21(6):264.

Vincenza Briscioli

Pisogne (Brescia), ATS Montagna

Ettore Tomagra

Darfo Boario Terme (Brescia),

ATS Montagna

Angela Ferliga

ATS Brescia

Ornella Moretti

Brescia

Angela Maria Mele

ATS Brescia

Chiara Ravelli

Gardone Valtrompia, ATS Brescia

Marina Lusardi

Desenzano del Garda (Brescia)

Bruna Amedea Gelpi

Bovezzo, ATS Brescia

Emanuela Bresciani

Montichiari, ATS Brescia

Giuseppina Pennetta

Lograto, ATS Brescia

Patrizia Bardelli

Milano, ATS Città Metropolitana Milano

Asi Hakam

Cesano Boscone (Milano),

ATS Città Metropolitana Milano

Patrizia Lo Russo

Milano, ATS Città Metropolitana Milano

Michela Baiocchi

Gardone Valtrompia, ATS Brescia

Nicoletta Bucci

Milano, ATS Città Metropolitana Milano

Cristina Paterlini

Concesio, ATS Brescia

Carla Matioti

Provaglio d'Iseo, ATS Brescia

e-mail: v.briscioli@gmail.com

Coronavirus e bambini: la dimensione socio-sanitaria

Si è scritto, si scrive e si scriverà molto su bambini-adolescenti e coronavirus. Se la dimensione strettamente sanitaria è stata una novità, la dimensione socio-sanitaria e territoriale ha solo evidenziato e rimarcato problemi antecedenti alla prolungata chiusura delle scuole, spesso non sufficientemente valutati.

Sapevamo e ora sappiamo ancor di più della povertà educativa, della povertà economica e delle disuguaglianze, che si alimentano a vicenda. È una condizione in cui un bambino o un adolescente si trova privato del diritto dell'apprendimento in senso lato, dalle opportunità culturali ed educative al diritto al gioco (non ho da mangiare adeguatamente, non ho un computer, non ho un luogo adatto a fare i compiti, non ho genitori disponibili). Rivediamo e rileggiamo il Manifesto "Riscriviamo il futuro" di *Save the Children* (che ho sottoscritto) e il Protocollo di intesa tra Ministero della Salute, Società Italiana di Pediatria (SIP) e *Save the Children*. "[...] non esiste più una dimensione strettamente sanitaria del nostro lavoro (*ndr* "pediatra"), ma socio-sanitaria e territoriale, caso per caso, che ci deve vedere da subito protagonisti con ragionevolezza e con impegno concreto". (Marchetti F, Guiducci C. Covid-19 e bambini: le due facce di una diversa medaglia. *Medico e Bambino* 2020;39(4):219-21, molto ben scritto).

È difficile dare un senso concreto, tradurre nella pratica e nella operatività questo giusto invito-consiglio-suggerimento. Partiamo dall'ambulatorio e dall'incontro con il bambino e i genitori, che avviene poco dopo la nascita e proseguirà al bisogno e con i bilanci di salute. C'è sufficiente "ascolto"? Si interroga e si fa emergere il contesto socio-sanitario e territoriale (dove, con chi e come vive)? Se sì, cosa possiamo fare? Esistono percorsi, linee guida che ci indirizzino a seconda del problema a servizi o strutture che se ne facciano carico? E se sì, riusciamo poi a mantenere i contatti? Gli psicologi e i pedagoghi entrano nelle scuole, i pediatri "no" (ricordate il "medico scolastico", che

io, ora vecchio, se pur ospedaliero a tempo pieno ho fatto per anni in orario di lavoro, e se non si conosce e non se ne ha esperienza, non si può esprimere giudizi) e quante volte vengono contattati e messi al corrente della situazione? Chi fa educazione sanitaria (come, quando e dove)? Ci dovrebbe essere una responsabilità collettiva di tutte le componenti interessate. Ognuno deve fare la sua parte, ma poi ci deve essere un coro che si fa dirigere dalle necessità del bambino. C'è molto da fare con grande impegno soprattutto delle prime linee: Sanità (pediatra), Scuola (insegnanti), Famiglia (genitori).

Ci deve essere una assunzione di responsabilità collettiva, un interesse comune, una finalità comune, una priorità per il Governo, il Parlamento, le Regioni e gli Enti locali, chiamati ad affrontare una sfida storica, spinti ora dalla necessità e dal considerare finalmente il concetto di salute definita dall'OMS, non più semplice assenza di malattia, ma "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Sicuramente non essendoci stato un prima, chiaro e organizzato, né un durante, non ci sarà neanche un dopo, perché con le riaperture, doverose, delle scuole, ci saranno delle difficoltà e non sarà facile affrontarle e risolverle ma è fatto obbligo darsi da fare e raccogliere le sfide per il bene dei bambini, considerato come un diritto e cercare di far seguire alle chiacchiere i fatti.

Antonio Sabino

Pediatra, San Vito al Tagliamento
(Pordenone)

e-mail: dott.antonio.sabino@gmail.com

Sanità pubblica e privata in tempo di Covid-19

In corso di pandemia da Covid-19 abbiamo assistito a tanti drammi umani. Tutto ciò si è verificato, secondo me, oltre che per la notevole aggressività del virus, anche per le difformità dell'operare, per la scarsa efficacia della Medicina del territorio, a volte lasciata sola e con pochi mezzi, e soprattutto per la mancanza di una visione di insieme, per la mancanza di una strategia che soprattutto la Medicina del territorio può dare. Pertanto bisogna riorganizzare la Medicina di famiglia, del territorio, con servizi capaci di fare da filtro nei confronti di queste ondate epidemiche; bisogna non perdere di vista la clinica, il rapporto di fiducia con il paziente, e promuovere vari aggiornamenti su patologie nuove o che tornano. Non praticare solo Medicina del singolo, con iper-specializzazione in strutture di lusso, ma dividere le risorse tra i vari campi della Medicina: territorio e

ospedale e bisogna elevare la proposta qualitativa, anche al Sud, spingendo a gemellaggi sanitari, perché ci sia un arricchimento di conoscenza per gli operatori più svantaggiati. Affiancare Sanità pubblica e privata. È importante riconoscere al medico un ruolo chiave oltre che professionale, quale soggetto che può migliorare la proposta di salute per tutti i cittadini. Salute vuol dire benessere psico-fisico con percorsi appropriati alla persona. Prevenzione in senso lato vuol dire investimenti per un domani con meno patologie e minor spesa puntando sulla ricerca. Bisogna ridisegnare l'architettura delle città, delle abitazioni, dei quartieri, valutare e rimodulare la mobilità urbana ed extraurbana.

L'obiettivo è la salute, come capacità di dare risposte di qualità a ogni cittadino da Trento a Trapani.

Gaspere Salerno

Pediatra, Segretario Provinciale CIPE
Trapani

Confederazione Italiana Pediatri
e-mail: salernogaspere@alice.it

La pandemia da Covid-19 e gli insegnamenti per il futuro

Mi riferisco all'editoriale del direttore, Federico Marchetti, pubblicato a settembre¹, e al lavoro dei pediatri di famiglia della provincia di Bergamo sul modo in cui è stata affrontata la fase critica della pandemia da Covid-19². In generale si dice che in un dato contesto un evento stressogeno è utile perché offre nuove opportunità di riflessione sulle relazioni tra i soggetti di quel contesto e li induce a promuovere cambiamenti che poi si rivelano utili anche quando l'evento stressogeno viene meno. Credo che Covid, *lockdown* e lavoro dei pediatri vadano in questa direzione. Senza peraltro escludere che lo scenario lì descritto possa completamente cambiare con la riapertura delle scuole e la temuta diffusione di maggior contagio tra bambini e adolescenti, con problemi di diagnosi e cura delle malattie febbrili invernali che metterà a dura prova tutti. In ogni caso alcuni dati provenienti da quelle riflessioni rimarranno secondo me validi. Ne voglio qui sottolineare alcuni di ricaduta molto pratica. I bambini in generale possono stare mediamente più lontani dagli ambulatori e dagli ospedali di quello che comunemente si crede e molti problemi si possono risolvere anche per telefono o con l'intervento di un infermiere pediatrico. Ricordo che storicamente questo è un obiettivo che abbiamo sempre avuto: dal libro sulla deospedalizzazione di Panizon di molti anni fa ai numerosi articoli di

Ventura sulla comunicazione telefonica anch'essi di tempo fa, ma di straordinaria attualità. Ricordo anche i numerosi articoli di Baronciani tesi a rivedere al ribasso e con spirito critico i bilanci di salute sempre più numerosi e ripetuti.

Il Covid avrebbe poi dimostrato la necessità di fare maggior rete tra pediatra di famiglia, pediatra ospedaliero e medico di famiglia. Sottolineo come questa rete sarebbe sempre e comunque necessaria anche per tutte le altre misure e cure mediche che ruotano intorno a una famiglia e a una comunità. A Cesena conosciamo bene il beneficio che deriva ai bambini da uno stretto rapporto costruito sul territorio tra i pediatri di famiglia e la Pediatria ospedaliera. Meno bene a Cesena come altrove conosciamo i benefici che deriverebbero ai bambini da una maggior conoscenza della famiglia che discendesse da uno scambio costante di informazione con il medico di famiglia, che cura genitori e magari nonni e zii. Come non conosciamo i benefici che bambini e famiglie potrebbero trarre dalla disponibilità a "breve" di un infermiere pediatrico in ambulatorio o in comunità scolastica e non.

Infine due parole sulla "relazione" pediatra-famiglia, tema di cui in Neuropsichiatria Infantile mi sono molto occupato insieme ai pediatri di famiglia. Qui i problemi sono più complessi con e senza Covid. Mediamente i pediatri non ricevono nessuna formazione sulla costruzione di una relazione "efficace" nel loro corso di studi³. In questo campo molto si è cercato di fare, ma con ricadute molto parziali. Mediamente chiedono di essere formati i pediatri che già hanno una naturale predisposizione a costruire relazioni "buone". Come ci insegna la teoria della comunicazione, per costruire una relazione efficace sono importanti e la comunicazione verbale e quella non verbale (secondo Minuchin, ad esempio, il messaggio non verbale contiene più "verità" di quello verbale). Tuttavia il tono della voce al telefono è un "non verbale" e l'espressione del volto in video è un "non verbale" come dal vivo. Più problematica per la relazione la comunicazione *social* o via *e-mail*. Questa infatti, come sappiamo, predispone di più agli equivoci e al mancato controllo, perché non ha i freni "inibitori" e del non verbale simultaneo e del ritmo alternato della conversazione.

Detto questo, permettetemi di concludere con una citazione dal mio libro *Conversazione sulla famiglia con Leon Battista Alberti*, che nel '400 in tempi di pestilenze e carestie ha scritto *I libri sulla famiglia*. Nel mio libro egli, concludendo una conversazione immaginaria sulla famiglia con alcuni Autori moderni, dice: "La globaliz-

zazione, le migrazioni di popoli, di cui voi parlate come gran novità, son cominciate con noi fiorentini. Ciò che della vostra epoca tuttavia mi stupisce è come si possa comunicare, commerciare e costruire insieme leggendo parole e immagini su di un monitor, senza guardare la persona negli occhi, percorrere lo spazio intorno a lei e dove vive, stringerle la mano e sentirne il sudore o il calore della pelle, avvertirne il profumo o il tanfo e l'energia positiva o negativa che dal suo corpo sprigiona. Chiusi nella bara di un computer, simulacri di morte ancor prima di morire”.

Bibliografia

1. Marchetti F. SARS-CoV-2 e Pediatria: riorganizzare le modalità di lavoro e la comunicazione, ma come? *Medico e Bambino* 2020;39(7):414-5.
2. Bonicelli I, Carozzo R, Bacchini M, et al. SARS-CoV-2 e Pediatria territoriale: Armageddon o stimolo per riorganizzare il nostro modo di lavorare? *Medico e Bambino Pagine Elettroniche* 2020;23(7):174-9.
3. Ventura A, Marchetti F. Appunti di Neuropsichiatria. *Medico e Bambino* 2020;39(3):143.

Francesco Ciotti

Neuropsichiatra infantile, Cesena
e-mail: francescociotti1949@gmail.com

Queste quattro lettere, scritte così bene nelle motivazioni da cui nascono e nelle osservazioni e proposte che ci riportano, di per sé sarebbero sufficienti per definire le basi culturali per un Nuovo Libro Bianco per l'assistenza pediatrica. Un Libro Bianco che non affronti l'assistenza per settori specifici di competenza (le singole Specialistiche, le singole Subspecialità) ma per bisogni trasversali che sappiano parlare di una rete assistenziale in grado di dare adeguate risposte per problemi di salute. Superando finalmente le scelte "individuali", per esempio sulla possibilità di aderire o meno a programmi vaccinali di un determinato ambito territoriale.

Il problema a mio avviso non è quello di ridiscutere dei progetti in merito a nuovi ruoli e funzioni del PdF basandosi su contrattazioni sindacali, ma su una prospettiva di largo respiro che definisca e per bene le carenze esistenti (che la pandemia ha reso più evidenti) e le risposte da mettere in campo. Non è più tempo per una dimensione separata del nostro mestiere (vedi il Graffio del numero di settembre). Tutto potrebbe essere diverso se si lavorasse per obiettivi da raggiungere (in più parti delle lettere riportati) da parte di "gruppi" di professionisti che si ritrovano sulle progettualità, senza muri di appartenenza. Gruppi di professionisti tra cui anche infermieri, educatori, psicologi, as-

sistenti sociali dell'area pediatrica. Non possiamo più immaginare persone che lavorano per dare delle risposte spesso estemporanee (e non condivise) a quello che incontrano per strada, ma auspicabilmente per obiettivi preventivi e di cura che siano, se possibile, anticipatori dei bisogni.

E forse, in questo modo, anche la dimensione della disabilità potrebbe avere una progettualità di lavoro che vada oltre un'assistenza fatta di presidi, di sussidi o di cura di singoli aspetti parcellari.

E forse si potrebbe dare finalmente contenuto (non volontario ma di sistema) nel creare un ambiente efficiente e qualificato di supporto prima della nascita, alla nascita, e nei primi mesi dopo la nascita (le cure che nutrono il corpo e la mente), come richiamato dai colleghi di Brescia e Milano.

Il problema non è finanziario (si parla solo di quello in questi giorni), il problema non è (solo) quello della carenza di personale. Il problema è quello di stravolgere profondamente un'appartenenza a ruoli e funzioni che in questo momento sono spesso "di parte" con il rischio che lo diventino sempre di più, ognuno chiuso nel suo guscio, a difendersi "dai contagi".

I programmi che stiamo prevedendo non possono essere quelli di singoli gruppi (sindacali o di Società scientifiche) ma di una intera collettività (delle diverse figure che si occupano di infanzia e adolescenza) che andrebbe guidata con una visione non piramidale ma di rete partecipativa che sia anche decisionale.

Un ultimo richiamo (presente in tutte le lettere) è quello al ruolo sociale del nostro mestiere e all'attenzione alle disparità assistenziali tra poveri e ricchi, tra ambiti territoriali. Non si superano facendo appello alla Medicina privata ma alle competenze professionali e organizzative del sistema. La Medicina democratica che parte da Maccacaro assume di questi tempi un profondo significato comunitario. Il termine comunità ha due significati prevalenti. Il primo, di tipo descrittivo, indica un qualsiasi insieme di persone legate da uno o più fattori (lingua, territorio, religione, professione, economia, politica). Il secondo è legato alla critica romantica della società moderna, e indica una forma di vita collettiva caratterizzata da un profondo sentimento di appartenenza, fiducia e dedizione reciproca. Il secondo significato è quello a cui dare una vera valenza, riempiendola di contenuti che rispondano ai diversi bisogni di salute inevasi e alle disuguaglianze.

In tempo di Covid le comunità si sono orientate verso la cura reciproca. La cura dei pazienti sembra essere diventata più attenta e gentile. Non perdiamo questa occasione.

Federico Marchetti

Vaccinazioni e ruolo del personale infermieristico

In merito alla lettera dei pediatri di Brescia e Milano riguardo l'argomento delle vaccinazioni, credo vadano distinti tre aspetti che compongono questo tema:

1. *L'atto vaccinale: rappresenta un intervento tecnico sul singolo, che diverse figure professionali (anche non pediatriche) possono attuare con qualità, compreso il counselling che lo accompagna, e che può quindi essere affidato alle diverse categorie a seconda dell'organizzazione locale;*
2. *La strategia vaccinale: è una azione di salute per la collettività, che prevede una programmazione a cascata dal Ministero alle Regioni alle singole Aziende sanitarie, che presuppone la scelta di Calendari vaccinali, di prodotti farmaceutici, e di tanto altro, e non può che essere in carico alle istituzioni pubbliche;*
3. *L'attività vaccinale: è la gestione degli ambulatori vaccinali, che prevede sistemi di chiamate attive e recupero dei missing, la gestione degli inadempienti, la gestione del rischio, la registrazione e la valutazione delle attività. È nel corso della attività vaccinale che, dove operative, le infermiere pediatriche di comunità hanno la possibilità di conoscere la propria popolazione di riferimento, di monitorarne lo stato di salute, la comparsa di segnali di allarme, e possono intervenire programmando azioni di educazione alla salute e di supporto. Al di là delle situazioni a rischio già note o segnalate con dimissioni protette, infatti, gli infermieri incontrano fino a 7 volte tutti i nuovi nati nel primo anno di vita e le loro famiglie, nel corso dei quali hanno la possibilità di valutare l'andamento del nucleo familiare; li rivedono ai 5 anni, agli 11, ai 13; li incontrano nelle scuole o in altre occasioni di formazione; hanno la possibilità di raccordarsi con il pediatra di famiglia per situazioni difficili, di effettuare visite domiciliari, fare riferimento e sollecitare le risorse locali: Centri per le famiglie, servizi sociali, educativi, associazioni di volontariato. Il coinvolgimento degli infermieri di comunità nella attività vaccinale rappresenta, quindi, un formidabile strumento di incontro e di conoscenza della propria popolazione pediatrica, che permette di mettere in rete le risorse disponibili nella comunità.*

Antonella Brunelli

Pediatra di Comunità, UO di Pediatria e
Consultori Familiari, Cesena
AUSL della Romagna
e-mail: antonella.brunelli@auslromagna.it

Protocolli medici per la riapertura delle scuole

Il famigerato rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità Covid-19 n. 58/2020 ha gettato nel panico la maggior parte dei pediatri italiani.

Recita: in caso di febbre > 37,5 °C:

- I genitori devono contattare il pediatra di famiglia/medico di Medicina generale (PdF/MMG) per la valutazione clinica (*triage* telefonico) del caso.
- Il PdF/MMG, in caso di "sospetto Covid-19", richiede tempestivamente il test diagnostico e lo comunica al Dipartimento di Prevenzione.

In pratica si attiva il percorso Covid! Tutto si gioca sulle parole "sospetto Covid".

Una gran parte dei Colleghi, data l'assenza di tratti distintivi del Covid, per cui tutto è "sospetto", e per timore di conseguenze legali lo ha interpretato così: ogni volta che sono consultato per affezione febbrile, prescrivo tampone, non faccio certificato di rientro se non c'è tampone negativo, non faccio accedere allo studio se non ha fatto il tampone negativo!

Questo azzera i rischi ma ci trasforma in telefonisti, e manda in tilt Sanità, famiglie e scuole (che si vuotano dopo un mese)! Tutto questo zelo è logico, quando poi non si fanno rispettare le regole di distanziamento in tanti luoghi pubblici o semplicemente per strada? Non sarebbe meglio applicare regole meno restrittive ma da per tutto! Ed è logico poi farlo in una popolazione che a marzo di quest'anno dava su 44.000 casi Covid confermati solo lo 0,9% come bimbi sotto i 10 anni, per la maggior parte asintomatici, ai quali il tampone era stato fatto solo perché conviventi stretti di casi Covid? Su 366 casi pediatrici di ricovero per polmoniti in periodo Covid, i lundici e mezzo per cento erano da virus influenzali, a fronte soltanto dell'uno e mezzo da Covid! Questo significa che, applicando il protocollo in modo estensivo su tutte le febbri invernali, troveremo massimo lo 0,5% di positivi oligosintomatici e magari scarsamente infettivi, ma avremo fatto precipitare in un *lockdown* virtuale tutto il Paese! Ne vale la pena?

Basterebbe sostituire le parole "sospetto Covid" con quelle più praticabili di "nel caso non si individui una causa diversa". Inoltre, visto che comunque per malesseri inferiori ai tre giorni non occorre certificato, direi di aspettare almeno questo lasso di tempo perché il quadro si definisca, prima di far partire il tampone! Che il protocollo, così come è strutturato, rischi di bloccare tutto per "eccesso di tamponi" è un rischio del quale anche alcuni Distretti si stanno rendendo conto, visto che hanno inviato una circolare esemplificativa di

quella ISS del 21-8-2020 nella quale dice che "... i PdF sono tenuti a prescrivere il tampone solo nei casi di sospetto Covid-19, e non in ogni affezione delle vie respiratorie, basandosi su una serie di elementi clinici ed epidemiologici. Le certificazioni di riammissione a scuola non potranno attestare in ogni caso l'avvenuta esecuzione del tampone...."

Anche qui purtroppo resta il testo "sospetto Covid" quando non vengono specificati i segni e sintomi che potrebbero indizzarci perché di fatto non individuabili!

Personalmente mi comporterò, anche alla luce di questa circolare, così:

- Primo contatto telefonico, *triage* anamnestico/sintomatico e attesa di tre giorni salvo sintomi suggestivi. Se dopo tre giorni non emergono elementi diagnostici e perdura la febbre, lo visito in ambiente protetto temporalmente/spazialmente, e con DPI adeguati.
- Se riesco a fare diagnosi *vs* patologia diversa da Covid, prescrivo terapia e attendo esiti, se non faccio diagnosi, attivo percorso Covid. In questo modo scemo almeno il 60% di falsi Covid, faccio il mio mestiere, non blocco l'Italia. Dimenticavo, naturalmente aderisco alla Campagna vaccinale antinfluenzale e vaccinerò più pazientini possibili! Mi interessano pareri!

Luca Giangrande

Pediatra di famiglia, Albano Laziale (Roma)
e-mail: luca.giangrande53@gmail.com

Il parere è che le cose stanno esattamente nei termini riportati dal dott. Giangrande. Non possono esistere protocolli validi e universali (inutilmente invocati!), ma il primo approccio al bambino febbrile deve cercare di contestualizzarlo rispetto ai sintomi (occupandosi del suo stato di salute al di là del Covid!), a quello che succede in famiglia (genitore sintomatico o meno) e al contesto epidemiologico locale (quanti casi di Covid si stanno verificando, quanti casi sono stati documentati in quella scuola). È inutile, davvero inutile, richiedere delle regole; è impensabile, davvero impensabile che il sistema potrà reggere un'ondata di tamponi per tutti i bambini con febbre o con qualche sintomo di infezione respiratoria.

Ognuno sceglierà nei suoi comportamenti per il meglio, ma quella che andrà preservata è anche e soprattutto la salute del bambino, che merita di essere visto tempestivamente se ha un corteo sintomatologico che accompagna la sua febbre che lo espone a un rischio di infezione severa. Il famoso sistema a semaforo della febbre. E per fare tutto questo e al meglio delle poche conoscenze attuali disponibili (ma strada facendo arriveremo a capire) occorrerà applicazione, umiltà, uniformità di vedute territoriale, tanto sup-

porto da dare alle famiglie e al sistema scolastico. Uniti ed evitando inutili polemiche.

Federico Marchetti

Ancora sulle controversie tra stipsi e intolleranza alle proteine del latte vaccino

Gentile direttore,

ho letto con particolare interesse la risposta alla lettera di Dino Faraguna sull'aggiornamento della stipsi¹, da parte di Matteo Bramuzzo. Ho colto alcune inesattezze che ritengo utile chiarire per i lettori della rivista, perché il tema stipsi, e più in generale quello dei disturbi digestivi funzionali, si interseca di certo con quello dell'allergia alimentare e dell'attivazione immunologica, e non darne conto significa oscurare possibili importanti aspetti terapeutici e di ricerca.

Innanzitutto, contrariamente a quanto affermato da Bramuzzo, lo studio da noi pubblicato sul *N Engl J Med* nel 1998 era un *trial* randomizzato controllato (RCT) e non uno studio in aperto². Analogamente, un altro studio³ che ha concluso per un positivo effetto terapeutico della dieta di eliminazione in pazienti con stipsi non responsiva ad altro trattamento è stato un RCT non in cieco, e comunque tanti altri studi seppur in aperto, ma condotti da gastroenterologi pediatri, hanno confermato i nostri dati sia clinici che laboratoristici^{3,7}. Ovviamente il nostro studio non suggeriva la dieta di eliminazione in tutti i bimbi con stipsi, ma solo nei casi di mancata risposta a terapie "di prima linea" (implementazione della dieta con fibre, adeguato apporto idrico ecc.). Questa era infatti la popolazione di pazienti inserita in quello studio e questa rimane l'attuale utile indicazione.

Sulla relazione fra disturbi funzionali del colon e allergia ci sarebbe da scrivere a lungo. È tema purtroppo spesso ignorato dalla letteratura e dalle conoscenze di molti colleghi e che sarebbe necessario approfondire. Mi limito a ricordare che, per definizione, parliamo di allergia alimentare laddove il meccanismo che la supporta è immunologico; la mancata evidenza di una reazione IgE-mediata (prick test o IgE specifiche negative) non esclude assolutamente il coinvolgimento di processi immunologici. È, anzi, sempre più evidente dalla letteratura recente che, in soggetti adulti affetti da sindrome del colon irritabile, il contatto con antigeni alimentari è in grado di determinare un danno dell'epitelio duodenale, con alterazione delle *tight junction*, senza alcuna evidenza di reazione mediata da IgE e con l'evidenza, al contrario, che la dieta di eliminazione risolve la

sintomatologia di questi pazienti (stipsi, o diarrea che essa sia)⁸. In questi pazienti viene oggi sottolineato un possibile ruolo patogenetico degli eosinofili, dato che nell'articolo di oltre 20 anni fa avevamo indicato come possibile *marker*².

Ancora, il lavoro del Gruppo di Anna Maria Staiano⁹, citato per confutare la mancata relazione fra stipsi e allergia IgE-mediata, è contraddetto da altri studi in letteratura^{5,10} (nel nostro lavoro la componente IgE-mediata era presente in 20 su 65 la maggior parte dei pazienti erano allergici del 2°, 3°, 4° tipo di Gell e Coombs e questi dati sono confermati da altri lavori^{4,7}).

Aggiungo che un recente studio epidemiologico molto ampio, che ha incluso oltre 3500 soggetti adulti, ha evidenziato che sia le malattie allergiche (asma ecc.) che le malattie autoimmuni sono fattori di rischio associati ai disturbi digestivi funzionali, sia IBS- che *dispepsia-like*. Questo suggerisce ulteriormente l'ipotesi che *pathway* periferici immunologici siano coinvolti nella patogenesi dei disturbi digestivi funzionali¹¹.

Concludo circa le linee guida internazionali. Non è vero che non si faccia cenno alle diete di eliminazione e all'ipotesi di un meccanismo allergico nella stipsi⁴.

Ma più mi preme sottolineare come talvolta l'aderenza alle linee guida oscuri l'esperienza clinica e possa erroneamente diventare un ostacolo alla ricerca innovativa. Ricordo che nell'ottobre 1998, appena pubblicato il nostro lavoro sul *N Engl J Med*, si tenne il congresso nazionale della SIGENP (allora SIGEP) che includeva nel programma una tavola rotonda sulla stipsi. Nessuno fece cenno a questa nuova evidenza scientifica, non certo di poco conto per la rilevanza della rivista sulla quale era stata pubblicata. Né gli anni successivi, pur con le notevoli novità ed evidenze sul rapporto fra disturbi funzionali e flogosi allergica (e non), hanno indotto a focalizzare i nostri spunti clinici e di ricerca sul tema. Se questa breve nota potesse avere il ruolo di stimolare la ricerca nel settore non potrò che esserne lieto. Se indurrà qualche giovane collega a verificare, nel bimbo affidato alle Sue cure, il possibile ruolo dell'allergia alimentare nel trattamento della stipsi, ne sarò ancor più contento.

Al mio amico Dino Faraguna un grazie per avermi chiamato in ballo. Al direttore di *Medico e Bambino* un grazie per la cortese ospitalità.

Bibliografia

1. Bramuzzo M. *Medico e Bambino* 2019;38(8):497-502.
2. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Florena A, Tumminello M. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* 1998;339:1100-4.
3. Dehghani SM, Ahmadpour B, Haghghat M, Kashef S, Imanieh MH, Soleimani M. The role of cow's milk allergy in pediatric chronic constipation: a randomized clinical trial. *Iran J Pediatr* 2012;22:468-74.
4. American Gastroenterological Association Medical Position Statement. Guidelines for the evaluation of food allergies. *Gastroenterology* 2001;120:1023-5.
5. Borrelli O, Barbara G, Di Nardo G, et al. Neuroimmune interaction and anorectal motility in children with food allergy-related chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2009;104:454-63.
6. Irastorza I, Ibañez B, Delgado-Sanzonetti L, et al. Cow's-milk-free diet as a therapeutic option in childhood chronic constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:171-6.
7. Turunen S, Karttunen TJ, Kokkonen J. Lymphoid nodular hyperplasia and cow's milk hypersensitivity in children with chronic constipation. *J Pediatr* 2004;145:606-11.
8. Fritscher-Ravens A, Pflaum T, Mösinger M, et al. Many patients with irritable bowel syndrome have atypical food allergies not associated with immunoglobulin E. *Gastroenterology* 2019;157: 109-18.
9. Simeone D, Miele E, Boccia G, Marino A, Troncone R, Staiano A. Prevalence of atopy in children with chronic constipation. *Arch Dis Child* 2008;93:2044-7.
10. El-Hodhod MA, Younis NT, Zaitoun YA, Daoud SD. Cow's milk allergy related pediatric constipation: appropriate time of milk tolerance. *Pediatr Allergy Immunol* 2010;21:e407-12.
11. Koloski N, Jones M, Walker MM, et al. Population based study: atopy and autoimmune diseases are associated with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome, independent of psychological distress. *Aliment Pharmacol Ther* 2019;49:546-55.

Giuseppe Iacono

Ex direttore UOC Pediatria-Gastroenterologia
"G.Di Cristina", ARNAS Palermo
e-mail: stoa@inwind.it

Grazie per aver ulteriormente alimentato il dibattito sulla questione della relazione tra intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPLV) e stipsi del bambino.

Nonostante i due RCT^{1,2} citati siano formalmente più rigorosi degli studi in aperto, critiche sulla metodologia applicata nei due casi specifici sono state sollevate da voci autorevoli e mettono in dubbio la completa attendibilità dei risultati^{3,5}.

Inoltre, come già avevo ribadito⁶, le linee guida ESPGHAN non escludono un tentativo con una dieta di eliminazione ma suggeriscono di riservare questo atto diagnostico/terapeutico solo ai casi di stipsi refrattaria e priva di altre cause⁵.

Soprattutto però, alla luce della realtà reale, viene da domandarsi quanto frequenti siano i casi di stipsi che non vengano facilmente e prontamente risolti dalla terapia con purgante osmotico a base di PEG, somministrata al giusto dosaggio e con le giuste modalità.

Nella nostra esperienza (e di molti altri, ci risulta) pochi: anzi pochissimi, eccezionalmente rari. E quando li abbiamo incontrati la causa della stipsi è sempre stata... un'altra: una celiachia, ad esempio; o un ipotiroidismo o una ipervitaminosi Do un'agangliosi non riconosciuta. Mai una IPLV.

Bibliografia

1. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* 1998;339:1100-4.
2. Dehghani SM, Ahmadpour B, Haghghat M, et al. The role of cow's milk allergy in pediatric chronic constipation: a randomized clinical trial. *Iran J Pediatr* 2012;22:468-74.
3. Eigenmann PA, Zamora SA, Belli DC. Cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* 1999;340:891.
4. Crowley E, Williams L, Roberts T, et al. Evidence for a role of cow's milk consumption in chronic functional constipation in children: Systematic review of the literature from 1980 to 2006. *Nutr Diet* 2008;65:29-35.
5. Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58: 258-74.
6. Bramuzzo M. Stipsi e intolleranza alle proteine del latte vaccino? *Medico e Bambino* 2020; 39(1):11-2.

Matteo Bramuzzo

Clinica Pediatrica, IRCCS Materno-Infantile
"Burlo Garofolo", Trieste