

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.

POSSONO I PEDIATRI ACCETTARE UN CAMBIAMENTO NELLA LORO PRATICA?

Pubblichiamo qui di seguito alcune lettere di riscontro all'editoriale di Federico Marchetti (ottobre 2005). Sono lettere di particolare rilevanza: quella del Presidente della SIP, prof. Saggese, quella del Presidente dell'ACP, dott. Gangemi, e quella del prof. Biasini, Presidente del Centro per la Salute del Bambino. Sono tutti d'accordo: i pediatri dovrebbero cambiare la qualità e il tipo dell'intervento, e per farlo dovrebbero rinnovare la loro cultura e specialmente trasformare la pediatria a comparti in una pediatria a rete: "per fare un pediatra ci vuole un villaggio". Il villaggio del Dipartimento materno-infantile non è stato mai edificato. Per colpa dei pediatri? È difficile che non sia stato anche così. E tuttavia qualcosa dovrà pur succedere, partendo dall'alto o partendo dal basso? o da entrambe le parti?

Attendiamo altri contributi su questo tema.

M&B

Gent.mo dott. Marchetti,

ho letto con molto interesse il suo editoriale (*Medico e Bambino* 2005;24:499) sulla necessità di un'evoluzione dei modelli assistenziali in pediatria e accolgo molto volentieri l'invito a una riflessione sui contenuti dell'editoriale, cioè come inserire le novità scientifiche, assistenziali, formative nella pratica professionale del pediatra.

L'editoriale prende in esame molti aspetti, di cui quello centrale mi sembra sia rappresentato dall'elaborazione di un'agenda di lavoro tra le varie componenti della pediatria, da costruire tutti insieme, così da arrivare ad adottarla in modo il più diffuso e condiviso possibile.

Come SIP riteniamo che questo sia un aspetto strategico per la nostra professione e, soprattutto, per una migliore assistenza al bambino e alla sua famiglia. Tant'è che la lettura inaugurale del nostro ultimo Congresso Nazionale di Montecatini, tenuta dal prof. Steve Edwards dell'*American Academy of Pediatrics*, è stata dedicata proprio a questo argomento (*The*

future of pediatrics in the changing world). Nella sua lettura, il prof. Edwards ha sottolineato molti degli aspetti che anche Lei individua. Pur nella profonda diversità che contraddistingue il sistema assistenziale statunitense da quello italiano, riteniamo che alcuni di questi punti, come risposte ai bisogni della comunità, malattie croniche, nuove patologie, educazione alla genitorialità delle "nuove" famiglie, i disturbi neuropsichiatrici, le modalità assistenziali tra territorio e ospedale, i modelli di prevenzione, siano di interesse trasversale e condizioneranno fortemente la nostra attività nei prossimi anni. Ciò anche in considerazione della contrazione della "forza-lavoro" pediatrica, almeno in Italia, di cui non tutti sembrano essere consapevoli nella elaborazione delle loro proposte.

Molte delle problematiche sollevate dall'editoriale sono state discusse in una successiva sessione sempre del nostro ultimo Congresso Nazionale "La salute dei bambini e degli adolescenti in Italia", presieduta dal Presidente ACP, Michele Gangemi, a cui hanno attivamente partecipato anche le associazioni dei genitori. Sottolineo il coinvolgimento in questa sessione dei vari "attori" del panorama pediatrico, in primis delle associazioni dei genitori e poi dei rappresentanti delle varie componenti della pediatria italiana, per ribadire, come ho già fatto in altre occasioni, che quella frammentazione "ideologica" che Lei denuncia si sta, almeno in parte, ricomponendo. Del resto, la Consensus, indetta dalla SIP lo scorso anno su una delle principali emergenze sanitarie dell'età pediatrica, cioè l'obesità, ha visto riunite a uno stesso tavolo Società scientifiche pediatriche, Associazioni culturali e Sindacati di categoria, al fine di realizzare un documento su prevenzione, diagnosi e terapia che fosse condiviso da tutti. Questo non vuol dire "appiattare" le idee su un'unica linea di pensiero ma, nel rispetto della "mission" e della storia di ognuno di noi, individuare delle linee d'azione comuni proprio ai fini di quel "miglioramento dei bisogni assistenziali del bambino" a cui Lei fa più volte riferimento. Per far

questo vi è ovviamente la necessità di buona volontà e di un'apertura culturale da parte di tutti. Noi, come SIP, negli ultimi tre anni credo che lo abbiamo dimostrato con i fatti.

Per quanto riguarda la riflessione collettiva sul futuro della pediatria italiana, senza distinzioni o barriere tra territorio e ospedale, questo è il punto cruciale per il nostro futuro. Come SIP stiamo da tempo lavorando all'organizzazione di Forum su Formazione e Assistenza in pediatria, dal titolo "Quale pediatra per quale modello di pediatria", che si terrà a Pisa nel giugno di quest'anno. Si tratta di un'iniziativa concreta, che viene proposta all'attenzione dell'intera comunità dei pediatri con l'intento di un confronto e una riflessione su come dare attuazione a diversi dei problemi da Lei sollevati.

Lo scopo del Forum è infatti quello di predisporre un documento, condiviso da tutti noi pediatri, che possa delineare le modalità organizzative sia nell'ambito della formazione che in quello dell'assistenza nei prossimi anni, da proporre anche alle istituzioni per le parti di rispettiva competenza.

Il Forum avrà quindi due obiettivi, tra loro interagenti:

1. Definire contenuti culturali e percorsi formativi per il pediatra, ospedaliero e del territorio, e per gli altri operatori sanitari che dovranno essere sempre più coinvolti nella "care" del bambino, come ad esempio l'infermiere pediatrico, l'infermiere "generale" impegnato in ambito pediatrico, l'assistente sociale, in modo da sviluppare una cultura uniforme del modo di assistere il bambino indipendentemente dal luogo fisico (cioè ospedale o territorio) dove questo avviene;
2. Proporre una programmazione e un'organizzazione delle attività assistenziali pediatriche nell'ambito delle cure primarie, delle attività ospedaliere e dei centri di terzo livello, che soddisfino i nuovi bisogni di salute dei neonati, dei bambini e degli adolescenti, garantendo la continuità delle cure e una reale integrazione territorio-ospedale.

Saranno quindi invitati alla realizzazione dei documenti che saranno discussi e approvati nel Forum tutti i componenti della pediatria italiana. L'occasione potrà rappresentare, se tutti vi parteciperanno in maniera sincera e costruttiva, il luogo per riconoscersi in obiettivi comuni, per definire "quali sono i ruoli e le funzioni del pediatra nel prossimo futuro" e per definire le risorse disponibili, attuali e in prospettiva. Con l'accordo di tutti, il documento finale potrebbe poi essere diffuso sulle varie riviste pediatriche (*Area pediatrica, Medico e Bambino, Quaderni acp, Il Medico Pediatra, Prospettive in Pediatria*) per un'ampia diffusione e condivisione.

Ringraziando per l'attenzione e lo spazio che *Medico e Bambino* ci ha dedicato, porgo i più cordiali saluti a nome mio personale e di tutta la Società Italiana di Pediatria.

Giuseppe Saggese
Presidente SIP

Ho letto e apprezzato l'editoriale di F. Marchetti (*Medico e Bambino* 2005;24:499) che riesce a far riflettere ed evidenzia molti dei problemi a cui la comunità pediatrica deve tentare di dare una risposta.

Partirei dalla frase riportata dall'Autore "Non esistono ricette per abbellire la natura. Si tratta solo di vedere". I veri problemi dell'infanzia in Italia sono fotografati dal Rapporto sulla Salute del Bambino (www.acp.it) e dal libro "Nascere e crescere oggi in Italia", scritto da Maurizio Bonati e Rita Campi. Potremmo tentare una sintesi estrema delle priorità, riassumendole in disuguaglianza, salute mentale, cronicità, salute ambientale e sistema informativo. Tutto questo diventa ancor più pressante se viene analizzato nell'ottica della devolution in atto e tenendo conto del fallimento del Dipartimento materno-infantile.

Le differenze Nord-Sud rischiano di essere ingigantite (cure perinatali, sistema informativo) e di trovare risposte parziali. Fin qui i problemi che appaiono molto rilevanti dal punto di vista della salute in ottica relazionale e sociale.

La domanda a cui bisogna rispondere prioritariamente è se la pediatria, in ogni sua componente, viene formata adeguatamente in questi ambiti. La mia risposta è che la pediatria tutta è lontana, come preparazione e sensibilità, da queste problematiche. Quanti pediatri conoscono i piani di zona? Quanto tempo viene dedicato alla comunicazione-relazione?

Il punto 5 della Carta di Firenze (*Quaderni acp* 2005;12(5):185) recita: "Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura".

Sono peraltro convinto che, al di là del-

le predisposizioni personali, la formazione in questo ambito sia indispensabile e debba essere inserita nel curriculum dello studente in medicina. Marchetti auspica il passaggio dai bilanci di salute ai bisogni di comunità, e questo è possibile solo con l'apertura ad altre figure professionali.

Il progetto Nati per Leggere mi sembra, nel concreto, un esempio ben riuscito in questo senso, promuovendo la literacy in stretta collaborazione con educatori e bibliotecari e ponendo la famiglia al centro dell'intervento.

Certo l'abitudine al lavoro di gruppo e alla ricerca di un linguaggio comune tra operatori dell'infanzia di varia estrazione culturale non è semplice, ma è una sfida che va perseguita fino in fondo per un cambiamento possibile. Il sostegno alla genitorialità non deve rimanere uno slogan, ma deve tramutarsi in azioni concrete. Solo così si passerà alla vera alleanza terapeutica tra pediatri e famiglia, abbandonando il paternalismo. Come sottolinea Spinanti, l'alleanza non deve essere intesa in senso sacrale, ma come vera costruzione di un rapporto tra medico e cittadino. Tutto questo è particolarmente sentito nel campo della cronicità, dove i bisogni assistenziali si intrecciano con gli ostacoli sociali e i problemi relazionali.

Dopo questa analisi, peraltro parziale, cerco di spiegare cosa sta tentando di fare l'ACP, per dare una risposta, non settoriale, a queste criticità. La ricerca-formazione (*vedi* progetto cronicità) è stata riorientata in tal senso e la tematica ambientale è stata oggetto di particolare attenzione. Certo, come ricorda l'Autore, è importante arrivare a un progetto permanente sia per la ricerca-formazione che per l'approfondimento dei problemi di salute pubblica e il necessario pronunciamento rispetto alle Istituzioni. Ritengo, inoltre, che l'ACP abbia dimostrato, con la sua storia, una particolare attenzione ai problemi elencati e la recente revisione del documento sui Servizi per l'Infanzia ne confermi l'attuale impegno. Certo l'apertura agli altri operatori dell'infanzia e il dialogo con i genitori sono da promuovere con ulteriore impulso, visto che rappresentano le priorità per il futuro dell'ACP. Sono convinto che l'ACP debba dialogare, in maniera costruttiva, con SIP e FIMP.

Mi piace concludere l'intervento, ricordando che è stato programmato un incontro con SIP e FIMP sui problemi emergenti della pediatria, per arrivare a una posizione comune.

Le priorità segnalate dall'ACP (sostegno alla genitorialità, comunicazione e counselling, Nati per Leggere, vaccinazioni e strategie vaccinali) rappresentano un punto di partenza per un confronto al di là delle sigle e delle professionalità.

Chiudo, parafrasando un vecchio proverbio ugandese, sostenendo che: "Per fare un pediatra ci vuole un villaggio intero".

Michele Gangemi
Presidente ACP

Caro direttore,

L'editoriale del numero di ottobre mette il dito nella piaga quando ritiene necessaria una "agenda di lavoro per la comunità dei pediatri". Già Giorgio Tamburlini, qualche tempo fa, in un editoriale di M&B, sottolineava questa necessità.

In verità quello che manca nel mondo dell'assistenza ai bambini/ragazzi è proprio una "comunità" dei professionisti che si occupano della loro salute e forse più ampiamente dei professionisti che si occupano della vita dei bambini, perché è difficile parlare della loro salute senza parlare con la famiglia, con la scuola, con gli amministratori delle città. In verità non mi sembra che esistano diversità di opinioni sulle priorità dei problemi della salute. Quelli indicati dal Rapporto 2005 del Centro per la Salute del Bambino (CSB) mi pare siano largamente accettati:

1. le cure perinatali nelle regioni del Sud;
2. gli incidenti nei ragazzi e giovani adulti;
3. la salute mentale specialmente nell'età della preadolescenza;
4. le malattie croniche, il sovrappeso e l'obesità;
5. il sistema informativo;
6. la salute ambientale e il problema delle disuguaglianze che attraversa gran parte dei problemi di cui sopra.

E allora che cosa impedisce ai pediatri di essere comunità? A me pare che sia soprattutto la non abitudine a lavorare insieme. Oggi, prima che pediatri, si è ospedalieri, universitari, territoriali e ci si è affezionati ad esserlo. Si vedano le difficoltà di collaborazione e addirittura di comunicazione che si verificano perfino all'interno di chi lavora nello stesso territorio sugli stessi bambini: spesso pediatri di famiglia e pediatri di comunità (dove esistono) non riescono a trovare comuni obiettivi e comuni metodi di lavoro. Del resto tutti sappiamo che il bambino dimesso e incolpevole ha qualche difficoltà a passare da una cura ospedaliera a una cura territoriale (si veda l'esempio della vitamina K). C'è stata, a mio parere, una occasione perduta per creare la comunità dei pediatri: il DM 24 aprile 2000 che istituiva il Dipartimento materno-infantile transmurale ospedale-territorio poteva essere l'inizio di un metodo per lavorare insieme in quell'area pediatrica tanto spesso declamata più che cercata. Occasione perduta per disattenzione delle regioni e delle direzioni delle ASL, ma anche forse per il nostro ti-

Lettere

more di dovere affrontare confronti ritenuti difficili. Circa la disattenzione delle regioni sembra "riassuntiva" quella della regione Umbria (Linea di indirizzo 2005 alle aziende sanitarie: "Salute nell'età evolutiva") che rimanda alle direzioni delle ASL tutte le responsabilità.

"Nel PSR 1999-2001 i problemi di salute vennero affidati alle aziende sanitarie con la previsione di attivare il Dipartimento materno-infantile.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato numerose difficoltà a procedere in questa direzione: in primo luogo va registrata una sostanziale inerzia delle direzioni aziendali disponibili all'epoca ad attivare prima tale livello organizzativo, e nel supportarne poi il funzionamento attraverso una adeguata supervisione. Nella maggior parte dei casi furono attivati solo dei Dipartimenti materno-infantili che non si occupavano dell'età evolutiva. In un caso si arrivò addirittura ad abolire il Dipartimento materno-infantile, una scelta gestionale "irricevibile" per la programmazione sanitaria regionale..."

La mancata attuazione di quest'area ha definitivamente separato i pediatri distrettuali dai loro colleghi ospedalieri, lasciando la loro collaborazione al piano scivoloso delle buone volontà. Ora si pensa di collocare i pediatri distrettuali in unità territoriali di pediatri e medici di medicina generale, già ampiamente fallite dove si è provato a sperimentarle, proprio perché non sono riuscite a fare sistema, a diventare "comunità".

La nascita di una comunità di pediatri operanti non nel vuoto, ma in un sistema organizzato come il SSN, nascerà difficilmente se non viene collocata in un contenitore professionale comune che abitui a trovare e condividere metodi e obiettivi, che disabitui ciascuno a fare scelte indipendenti dalla condivisione. I sociologi ci insegnano che le strutture hanno un valore funzionale per gli individui interessati; l'inerzia degli usi e dei costumi, delle abitudini insomma, è la maggiore forza conservatrice della società moderna. L'università e l'ospedale sono sempre stati ambiti "formali" pesanti. Lo sta diventando anche il territorio che si è per reazione sindacalizzato. Il fatto che non si riesca a trovare un unicum neppure su basi generali come le vaccinazioni, la literacy e un linguaggio comune sulla alimentazione infantile è sintomatico.

A me pare che, se non si troverà un ambito organizzativo dentro il quale collocarsi e lavorare, cioè se l'area pediatrica da parola non diventerà struttura, rimarranno le barriere che abbiamo finora in-

contrato. E comunque non sarà cosa di breve momento, a meno che - come dici - non emergano "leader entusiasti all'interno dei gruppi". Auguriamoci, ma la difficoltà di un passaggio generazionale di leadership all'interno dei gruppi può essere un fattore di ulteriore ritardo.

Giancarlo Biasini

Centro per la Salute del Bambino

Obesità in Italia

Abbiamo letto l'eccellente articolo di Chiarelli e Capanna "L'obesità in età pediatrica" (*Medico e Bambino* 2005;24:513-25). I dati epidemiologici riportati riguardano numerosi Paesi europei ed extraeuropei, ma l'Italia non è compresa. Pensiamo quindi di fare cosa gradita ai lettori riferire i dati che abbiamo rilevato attraverso una indagine che si è svolta sugli adolescenti frequentanti le scuole medie superiori di 2 aree geografiche montane simili come orografia, ma distanti più di mille km: Valsesia in Piemonte e Lagonegro in Basilicata (Guarino R, et al. Overweight, thinness, body self-image and eating strategies of 2121 Italian teenagers. *The Scientific World Journal* 2005;5:812; Guarino R, et al. Physical activity and doping substances use: research aimed at 2158 Italian students. *Min Ped* 2004;56(suppl 1):103).

Il campione studiato era pari al 75% dei 2887 questionari distribuiti a tutti gli studenti. Utilizzando il BMI corretto per età e dati italiani, il 9,1% è sovrappeso mentre l'1,7% è obeso; ma il 31,6% si percepisce sovrappeso e il 4,4% addirittura obeso. Questa alterata percezione è particolarmente critica soprattutto per le ragazze: infatti il 47% cerca di perdere peso (contro il 22% dei maschi), utilizzando anche strategie pericolose come l'assunzione di "pillole" per dimagrire (2,8%) o il vomito autoindotto (3,3%).

Nei 12 mesi precedenti l'indagine il 30% non ha svolto alcuna attività sportiva al di fuori di quelle scolastiche, mentre il 39% qualche volta e solo il 27% con regolarità. Il 20% degli adolescenti non pratica alcuna attività fisica o sportiva neanche un giorno nella settimana precedente l'indagine; il 18% solo un giorno, il 18% 2 giorni, il 18% 3 giorni e il 24% più di 3 giorni. Il 37% ha risposto di avere svolto attività fisica con la finalità di perdere peso o di non ingrassare. Il 92% non ha mai fatto uso di sostanze o preparati per migliorare le prestazioni sportive o per accrescere la massa muscolare, ma il 2,6% dichiara di assu-

merli con regolarità. L'assunzione è stata una decisione personale nel 29% dei casi, ma è stata consigliata da un medico sportivo nell'8,7% e dal medico di famiglia nell'11,6% dei casi.

Ci ha molto colpito il fatto che nelle 2 realtà i risultati ottenuti fossero identici, facendoci pensare che ormai la percezione corporea e i comportamenti siano unificati da modelli proposti a livello nazionale e non più filtrati dalla cultura locale. Allo stesso modo le strategie adottate sono presenti con le stesse frequenze sia al Sud che al Nord. L'altro dato già conosciuto, ma confermato, è stato trovare cluster di adolescenti frequentanti la stessa classe che utilizzavano tecniche "patologiche" per dimagrire e anche cluster di adolescenti frequentanti la stessa classe che assumevano sostanze dopanti, ipotizzando una "infettività" culturale di tali comportamenti.

Roberta Guarino, Mario Cozzi,

Andrea Guala

SOC Pediatria, Ospedale SS Pietro e Paolo

ASL 11, Borgosesia;

Maria Angela Di Sanzo,

Centro di Riabilitazione-Psicomotricità

ASL 1, Tortona;

Alberto Pellai

Istituto di Igiene, Università di Milano

Ringrazio molto Roberta Guarino e i Suoi colleghi per il loro contributo prezioso. Per la verità i dati che ci portano rischiano di suggerire un ottimismo forse improprio: un 9% di adolescenti sovrappeso e meno del 2% di adolescenti obesi, sia al Nord che al Sud, rappresentano davvero dei numeri incoraggianti, i più bassi riscontrati in Europa. Senonché si tratta di adolescenti: ed è vero che anche solo guardandoci attorno non ci colpisce la presenza di eccessive rotondità tra gli appartenenti a questa categoria (magari, come ci viene riferito, fin troppo preoccupati delle loro forme), quanto le rotondità dei bambini. L'obesità epidemica, infatti, comincia dal basso e forse da noi questo inizio si è verificato molto più di recente che negli Stati Uniti, o anche in Inghilterra, dove i dati riportati sono, anche tra gli adolescenti, alquanto più elevati. La mia opinione sarebbe dunque che da oggi (o da ieri) i pediatri italiani dovrebbero comunque cercare di intercettare il fenomeno, caso per caso, nel loro "ambulatorio del bambino sano". Ma non ci riusciranno. Ci sarebbe bisogno di dati che riguardano i BMI all'età di ingresso nella scuola dell'obbligo.

Franco Panizon