

## “MATTI DA MORIRE”: TRE COMMENTI AUTOREVOLI

### IL GRANDE COCOMERO

Ancora una volta Medico e Bambino si caratterizza per l'unicità nel panorama italiano, tra chi si prende cura dei bambini e degli adolescenti, di porre l'attenzione su un problema largamente inevaso aprendo un dibattito sulla salute mentale in età evolutiva. Una riflessione su quali e come attivare appropriati interventi e da parte di chi. Una ragione quarantennale per uno strumento di formazione e aggiornamento, in particolare per i giovani e per tutti coloro che fanno (anche) advocacy per una migliore salute dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie. Il tema sintetizzato in “Matti” da morire rilancia un'attenzione che perdura “ormai da molti anni sulle pagine di Medico e Bambino”.

Difendere e promuovere la salute anche mentale (advocacy)<sup>1</sup> in età evolutiva è un'azione a garanzia di un diritto ancora largamente inevaso<sup>2</sup>.

I diritti sono complessi perché i bisogni sono associati, interdipendenti e sequenziali; ne consegue che l'operare in modo appropriato a garanzia del diritto di salute non può che essere collaborativo, condiviso e basato sulle evidenze. Il lavoro in “équipe multidisciplinari e multiprofessionali” non è esclusivo di una disciplina, ma l'approccio consolidato della moderna Medicina (di tutte le sue aree), un indicatore del processo assistenziale. Lavorare in équipe, in sinergia, investendo attitudini personali e professionali per migliorare lo stato di salute di un paziente affetto da un disturbo grave, cronico o raro non è esclusivo di alcuna area medica, ma è elemento essenziale del processo di cura: lo è per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione come per la sindrome metabolica, lo è per la sindrome di Rett come per la fibrosi cistica; lo è per il disturbo bipolare come per la leucemia mieloide. Interventi multidisciplinari, multiprofessionali, multimodali non solo per ragioni di aggiornamento dell'epistemologia medica con il superamento del parere dell'esperto o della supervisione, ma perché la complessità della domanda (dei singoli disturbi) per una risposta scientifica e basata sulle evidenze lo impone. Perché la complessità non è determinata dal sistema organico preso in considerazione (“il cervello è per sua definizione un sistema complesso”), ma dal continuo sviluppo di conoscenze in ambito diagnostico e terapeutico di cui disponiamo, produciamo e dobbiamo districarci con capacità. Perché la complessità è determinata anche dalle comorbilità che per alcuni disturbi come quelli psichiatrici sono un'essenza nosografica<sup>3</sup>.

Parafrasando un motto dell'Antipsichiatria americana di ispirazione basagliana: la salute mentale (anche) in età evolutiva è una cosa troppo seria per lasciarla solo ai neuropsichiatri, che devono esserci, ed esserci in un certo modo, non abbandonati dalle Istituzioni e a perseguire modelli teorici e organizzativi non sempre validati e valutati nella pratica italiana. Bisogna costruire un'alleanza di saperi e professioni, ma anche di reti e relazioni di solidarietà per curare la sofferenza mentale sia dei piccoli che dei grandi<sup>4</sup>. Serve un “cambio di passo” per un percorso di cura che deve essere condiviso e partecipato: iniziative in questa direzione sono in corso<sup>5</sup>.

“Servono risorse e risposte di sistema, integrate e coordinate” per contrastare la cronica disattenzione istituzionale. L'orga-

nizzazione dei Servizi di cura e riabilitazione neuropsichiatrica per l'età evolutiva scontano ritardi nell'allocazione di risorse, ma solo la qualità e l'uso appropriato di queste ultime può caratterizzare “la ricchezza dei nostri Servizi”. Gli indicatori strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali sono necessari, ma non sufficienti a garantire equità e qualità delle cure<sup>6</sup>. Così come fare di più non significa fare meglio (choosing wisely) fin tanto che l'alleanza tra professionisti e l'assunzione di responsabilità dei percorsi di cura non è condivisa e partecipata, anche con i pazienti e le loro famiglie<sup>7</sup>. “Fare meglio con meno” è possibile come dimostrato da una parte della Pediatria<sup>8</sup> e dall'origine della Neuropsichiatria<sup>9</sup>. Promuovere la salute (anche) mentale in età evolutiva implica attuare anche strategie preventive e non solo di cura dove le comunità (operatori, pazienti, famiglie) siano protagoniste.

La speranza in un cambiamento positivo rappresentata con la metafora de “Il grande cocomero”<sup>10</sup> non si attenua a distanza di anni. La speranza in quel cambio di passo che superi lo spezzettamento del percorso di cura tra prestazioni pediatriche, psichiatriche, neurologiche, psicologiche... come viene insegnato dall'Accademia e come sono strutturati i Servizi. Più che un “graffio” è un grido la riflessione lanciata da Medico e Bambino che sottolinea la inderogabilità di un cambiamento per prevenire il progressivo affievolimento delle ancor poche “ricchezze”<sup>11</sup>.

### Bibliografia

1. Saraceno B, De Fiore R, Del Giudice G, Dirindin N. Advocacy per la salute mentale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2022.
2. Gruppo di lavoro per la Convenzione dei diritti dell'Infanzia e l'Adolescenza (Gruppo CRC). I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 2022, www.gruppocrc.net.
3. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, et al.; Lombardy ADHD Group. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry 2017;26(12): 1443-57. doi: 10.1007/s00787-017-1005-z.
4. Barbato A, D'Elia A, Politi P, Starace F, Thanopoulos S. Manifesto della Salute Mentale. La cura nella salute mentale come valorizzazione della persona e difesa della democrazia. Psicoterapia e Scienze Umane 2022;56:27-30.
5. Segre G, Costantino I, Scarpellini F, Tessarollo V, Clavenna A, Bonati M. Uno sguardo al neurosviluppo raggiunto ai 2 anni di età. Medico e Bambino 2022;41:313-23. doi: 10.53126/MEB41313.
6. Bonati M, Cartabia M, Zanetti M; Lombardy ADHD Group. Waiting times for diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents referred to Italian ADHD centers must be reduced. BMC Health Serv Res 2019;19(1):673. doi: 10.1186/s2913-019-4524-0.
7. Choosing wisely Italy. <https://choosingwiselyitaly.org/>
8. Biasini G. “Fare meglio con meno” dalla via Emilia al West. Quaderni acp 2013;20:145.
9. Lombardo Radice M. Una concretissima utopia. Roma: Edizioni dell'Asino, 2010.
10. Il grande cocomero. Regia Francesca Archibugi, 1993.
11. Borgna E. L'agonia della Psichiatria. Milano: Feltrinelli, 2022.

**Maurizio Bonati**

Responsabile del Dipartimento di Salute Pubblica  
Istituto di Ricerche “Mario Negri” IRCCS Milano  
[maurizio.bonati@marionegri.it](mailto:maurizio.bonati@marionegri.it)

**MALATTIE RARE: URGENZA DI NUOVI MODELLI FORMATIVI**

Caro prof Ventura, provo a dare un contributo al dibattito sollevato dal Graffio "Matti da morire" e lo faccio da operatore sul campo, per scelta e per cammino assai vicino alle tematiche della neurodisabilità. I temi sollevati dall'articolo erano sostanzialmente due: la dichiarazione di "stato nazionale di emergenza" in ambito neuropsichiatrico annunciato da AAP, AACAP e CHA negli USA e la riproposta di un dibattito tra modelli di approccio formativi assistenziali in questo ambito specialistico

Dal campo il primo tema è quello che mi tocca maggiormente e quotidianamente. Secondo la Treccani nel linguaggio giornalistico emergenza è definita una "situazione di estrema pericolosità pubblica, tale da richiedere l'adozione di interventi eccezionali" oppure "particolare condizione di cose, momento critico, che richiede un intervento immediato, soprattutto nella locuzione stato di emergenza".

Come viene giustamente riportato la "fatica" a dare risposte efficaci e tempestive alle mille sfaccettature delle condizioni che afferiscono all'area neuropsichiatrica infantile è sotto gli occhi di chiunque lavori quotidianamente sul campo. Tale consapevolezza è ben presente anche tra i colleghi neuropsichiatri. Già nel 2016 la SINPIA aveva elaborato un documento denuncia della situazione e, ancora più recentemente, aprile 2021 la stessa Società scientifica aveva mandato una lettera molto esplicita al presidente Draghi e ai Ministri della Salute, dell'Istruzione, della Famiglia, della Disabilità e dell'Economia. In questo documento venivano sintetizzati dati molto chiari:

- raddoppio degli utenti seguiti dai servizi di Neuropsichiatria infantile negli ultimi 10 anni;
- 200 bambini/ragazzi su 1000 lamentano un disturbo neuropsichico;
- solo 60 su 200 di loro ha accesso a Servizi territoriali;
- solo 30 su 200 ottiene risposte terapeutico riabilitative adeguate;
- andamento in aumento dei ricoveri per problemi psichiatrici (+22% tra il 2017 e il 2018);
- solo 1 paziente su 5 riesce a essere ricoverato in un reparto di NPIA;
- 4 pazienti su 5 sono ricoverati in reparti non appropriati.

Come ben stigmatizzato dalla dott.ssa Costantino a una Tavola rotonda di Policlinico Kids a Milano, ancora in epoca pre-pandemica: "se i tempi di attesa di una presa in carico NPI fossero applicati a una condizione oncologica scoppierebbe il finimondo". Ma sebbene la situazione sia da tempo sotto gli occhi di tutti e sia stata documentata in modo molto chiaro, il finimondo non scoppia mai.

Se ritorniamo alla definizione di emergenza ("situazione di estrema pericolosità pubblica, tale da richiedere l'adozione di interventi eccezionali") comprendiamo che il nocciolo del (nostro) problema sta proprio lì. Nonostante ciò che viviamo quotidianamente questi dati assolutamente imbarazzanti non vengono ancora considerati espressione di una situazione di "pericolosità pubblica" dimenticando che una riabilitazione precoce ed efficiente per un paziente sindromico con disabilità intellettiva ha un significato sovrapponibile a quello della terapia genica per un paziente SMA, facendo finta di non capire che una presa in carico tempestiva e olistica di una paziente con un disturbo della condotta alimentare o con

comportamenti autolesivi ha un impatto sulla prognosi non molto lontano dall'inizio precoce di un trattamento chemioterapico in ambito oncologico.

Il vero nodo cruciale è smettere di pensare e di agire come se alcuni bambini, alcune famiglie e alcuni problemi fossero persone e tematiche di serie B rispetto alla alta Medicina personalizzata basata sulle più recenti evidenze biologiche molecolari. Così come non transigiamo nello sforzo di offrire le terapie più innovative, affascinanti, promettenti e costose a un bambino con una malattia metabolica ereditaria, così come sosteniamo con forza la necessità di uno screening neonatale generalizzato della SMA per poter essere tempestivi nell'inizio della terapia mirata, dovremmo essere altrettanto intransigenti e determinati nel pretendere che il bambino con sospetto DSA, individuato precocemente tramite ciò che oggi abbiamo imparato, abbia lo stesso diritto di accedere alle "semplici e meno roboanti" terapie necessarie, garantite da Servizi con organici adeguati in termini quantitativi e qualitativi. E tutto ciò senza voler minimamente entrare nel pericoloso e complesso dibattito dei costi e dell'allocazione dei fondi. I primi quindi a dover chiamare le cose con il proprio nome (emergenza), a porre i problemi con la necessaria urgenza e determinazione (situazione di estrema pericolosità pubblica, necessità di provvedimenti eccezionali), dobbiamo essere proprio noi, pediatri e neuropsichiatri, forti dei dati citati che dobbiamo con coraggio portare insistentemente all'attenzione dei decisori e dei programmatori dei servizi pubblici. La necessità di questo sforzo condiviso trova fondamento nella responsabilità che abbiamo nei confronti dei nostri pazienti che con fiducia si affidano alle nostre cure e devono trovare in noi degli alleati, dei compagni di strada, fidati e affidabili. Da un'ottica di grande pragmatismo ed efficienza, deriva qualche considerazione anche sul secondo tema del dibattito. Abbiamo imparato negli anni che le patologie pediatriche croniche e complesse sono ormai diventate sia ambiti fortemente specialistici che terreno privilegiato di un approccio multidisciplinare. Oggi nessuno di noi accetterebbe di affidare un paziente affetto da una problematica nefrologica pediatrica seria alla gestione di un gastroenterologo o di un epatologo. Allo stesso modo troverei poco efficiente che il NPI esperto di epilettologia o di terapie innovative di malattie neuromuscolari debba essere considerato lo specialista adeguato per coordinare la riabilitazione del bambino con PCI o il trattamento lungo, complesso e faticoso dell'adolescente con disturbo della condotta alimentare. Sebbene in ambito formale la figura dello specialista pediatra (cardiologo pediatra, nefrologo pediatra ecc.) sia ben lungi dall'essere definita, in ambito sostanziale assistenziale la tendenza è sempre quella di attivare, ove possibile, un invio specialistico. Di fatto, nella pratica clinica quotidiana, questo avviene anche per l'area neuropsichiatrica dove ben conosciamo e apprezziamo le competenze specifiche dei vari poli ospedalieri e dei vari centri di terzo livello. Sostenere la necessità di definire e valorizzare l'esistenza di varie aree complementari del sapere neuropsichiatrico non significa, quindi, mettere in discussione l'unitarietà concettuale delle funzioni neuromotorie, cognitive, psichiche e relazionali del bambino ma, semmai, ha il solo scopo di valorizzarne le varie sfaccettature in modo che più competenze possano concorrere a un esito terapeutico più completo ed efficiente.

In sostanza siamo solamente chiamati ad adeguare i nostri modelli formativi e assistenziali (ad esempio identificando e

definendo delle sub-specialità in ambito NPI) a ciò che la realtà quotidiana e l'evoluzione vorticoso delle conoscenze ci pone sotto gli occhi in modo sempre più chiaro ed evidente.

**Angelo Selicorni**  
UOC di Pediatria  
Centro Fondazione Mariani per il Bambino Fragile  
ASST Lariana, Como  
angelo.selicorni61@gmail.com

**IL TELEFONO A GETTONI**

Il graffio del numero di aprile di *Medico e Bambino* ha dato il via a uno scambio di lettere che riflette il rapporto sempre molto intenso, talvolta intricato, tra pediatri e neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza e l'attenzione di entrambi alla tutela della salute dei bambini e degli adolescenti italiani. Alle criticità assistenziali (ahimè presenti in diverse realtà nazionali) rilevate da Alessandro Ventura ha risposto il Consiglio Direttivo della SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), riprendendo una serie di principi generali indispensabili (il "neurosviluppo"), ma anche descrivendo le molte buone pratiche messe in atto in altrettante realtà nazionali.

Facendo seguito al confronto scaturito dallo scambio di lettere, vorremmo continuare a condividere con i lettori di *Medico e Bambino* alcune brevi considerazioni.

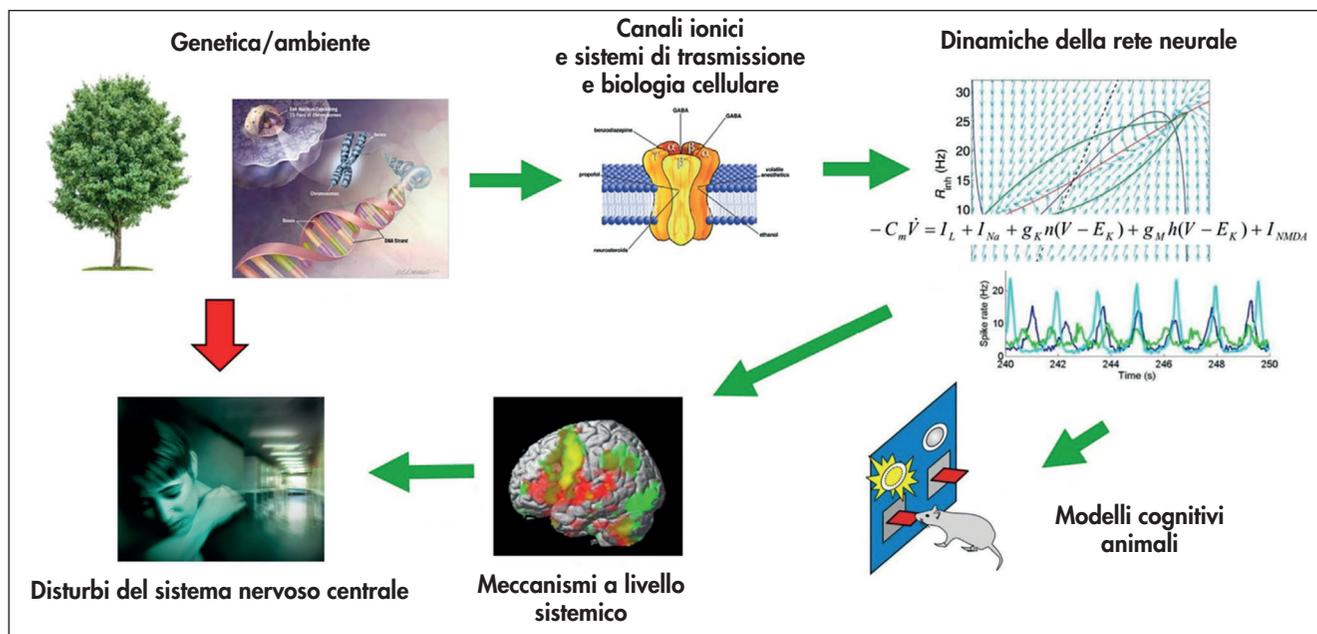
**Il sistema nervoso come sede dei disturbi sia neurologici che psichiatrici**

Vorremmo ripartire dal concetto di neurosviluppo come fenomeno di maturazione sia anatomica che funzionale del sistema nervoso centrale e conseguentemente delle funzioni moto-

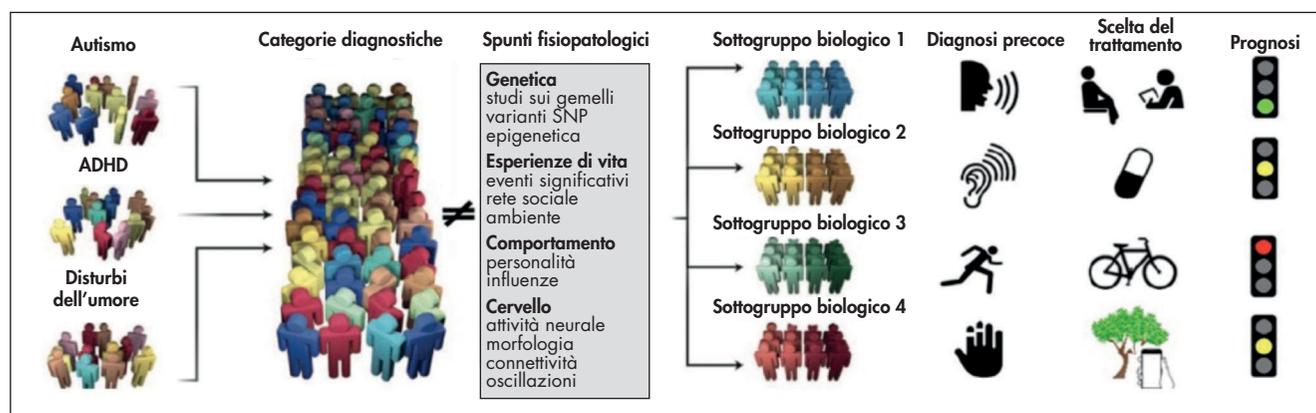
rie, sensoriali, cognitive affettive e sociali, modulato da come gli assetti genici e genomici dei singoli individui interagiscono con svariati fattori ambientali: durante lo sviluppo tali funzioni interagiscono costantemente rendendo spesso impossibile, o comunque estremamente complesso e talvolta poco utile, parcellizzarne l'analisi. Per restare nell'ambito dei disturbi psicopatologici, si è assistito a una vera rivoluzione copernicana, passando dal considerare bambini e adolescenti come "adulti in piccolo" all'interpretare tutta la psicopatologia come alterazioni delle traiettorie di sviluppo del sistema nervoso centrale e delle sue funzioni: in non pochi casi tali alterazioni biologiche molto precoci si manifestano clinicamente diversi decenni dopo. La diagnosi e la terapia di tutti i disturbi neuropsichici dovrebbe basarsi sulla conoscenza e sulla gestione clinica di tutti questi fattori (*Figura 1*).

**Aspetti comuni e oggettiva differenziazione delle prassi cliniche**

Negli scorsi decenni le prassi cliniche (es. definire come assetti genici e fattori ambientali specifici possano modulare le diverse presentazioni cliniche e, conseguentemente, le specifiche strategie terapeutiche) nella gestione dei disturbi del neurosviluppo si sono significativamente evolute e spesso differenziate. Tali differenze non giustificano però la divisione dei percorsi formativi di base: per rimanere in ambito pediatrico, risulta in genere impossibile chiedere a un neonatologo ospedaliero di essere allo stesso tempo un valido oncologo pediatrico: per un pediatra di famiglia è però necessario saper gestire clinicamente sia un neonato patologico che un minore con patologia oncologica. Può sembrare estremamente difficile formare, in quattro anni di Scuola di Specializzazione, un giovane collega nella gestione di pazienti a elevata complessità, sia neurologica che psichiatrica: a differenza di quanto spesso accade con gli adulti, in un'ottica di neurosviluppo, non avere sufficienti conoscenze scientifiche e abilità



**Figura 1.** Dai fattori di rischio genetici e ambientali ai disturbi del sistema nervoso centrale (da: Meyer-Lindenberg A, et al. Prospects for improved prevention and treatment of neuropsychiatric disorders. *Neuroscience Applied* 2022;1:100103. doi: 10.1016/j.nsa.2022.100103, modificata).



**Figura 2.** Dalla diagnosi categorica agli interventi di precisione (da: Meyer-Lindenberg A, et al. Prospects for improved prevention and treatment of neuropsychiatric disorders. *Neuroscience Applied* 2022;1:100103. doi: 10.1016/j.nsa.2022.100103, modificata).

clinica in entrambi i campi rende impossibile gestire sia le patologie psichiatriche che neurologiche. Come per i pediatri, le differenze tra le diverse prassi cliniche vanno declinate in articolazioni e differenziazioni di specifici servizi, non nella formazione di base degli specialisti.

### Eterogeneità dei Servizi

Molte delle criticità riportate da Alessandro Ventura sono fortemente correlate alla significativa eterogeneità e soprattutto al drammatico sottodimensionamento dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza nelle diverse Regioni italiane. Servizi che, come SINPIA da tempo sottolinea, non sono monoprofessionali ma multiprofessionali integrati e con una specifica struttura organizzativa per poter mettere in campo risposte appropriate ai bisogni.

In importanti realtà come Trieste NON esistono i Servizi territoriali specialistici di NPIA; in Veneto si sta programmando di smantellarli: non è pensabile che una presa in carico che preveda l'integrazione tra Servizi sanitari a intensità assistenziale diversificata, Servizi educativi formali e informali, Servizi sociali e talvolta anche giudiziari possa essere effettuata in ospedale o da singoli professionisti isolati e "dispersi" nel distretto o nella casa di comunità, e in assenza di risorse adeguate nello specifico territorio!

D'altra parte, in diverse Regioni italiane NON esistono posti letto di degenza ordinaria di NPIA, e i pazienti gravi vengono incongruamente ricoverati in reparti di Pediatria o Psichiatria dell'Adulto.

Simili disparità esistono però anche in campo pediatrico: in diverse realtà (in Sardegna, ma anche in diverse realtà lombarde e in importanti IRCCS nazionali) l'assistenza pediatrica, anche ospedaliera, termina a 14 anni. Le Cliniche di cui siamo responsabili assistono i pazienti fino al compimento del 18° anno di età: a essa afferiscono sia pazienti del Pronto Soccorso pediatrico, che appunto termina a 14 anni, che da quello "generale", con modalità assistenziali, protocolli e aspetti amministrativi significativamente differenti.

È certo difficile ricoverare in stanze vicine un lattante epilettico e un diciassettenne delirante; l'organizzazione di un ricovero richiede appropriate competenze, spazi e risorse sufficienti: non può essere improvvisata. Con approccio ultra semplificatorio in diverse Regioni alcuni psichiatri dell'adulto propongono la costituzione di strutture dedicate alla fascia di età 12-25 anni, facendo finta di dimenticare i diversi biso-

gni, le differenti modalità assistenziali necessarie (basti considerare il diverso ruolo della famiglia nelle diverse fasce di età, e i diversi obiettivi evolutivi), la diversa efficacia e tollerabilità (sia clinica che etica) di specifici interventi terapeutici e, non ultime, la diversità di specifica codifica età-dipendente di criteri diagnostici in apparenza simili. Per semplificare al massimo: quale lettore di Medico e Bambino sopporterebbe a cuor leggero di vedere la propria figlia (o anche una propria paziente) tredicenne con ideazione suicidaria nella stessa struttura di un ventitreenne con psicopatologia grave, ricoverato in regime di trattamento sanitario obbligatorio?

### Sono scomparsi i telefoni a gettoni, sostituiti dai cellulari, anche se alcuni decisori non se ne sono accorti

Com'è stato da molti ricordato, la prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici è raddoppiata nell'ultimo decennio con un rapido incremento, negli ultimi 2 anni di pandemia, soprattutto dei casi ricoverati per psicopatologia grave (nello stesso biennio, in molte realtà regionali è invece significativamente diminuito il numero ricoveri nei reparti di Pediatria generale). A ciò non stanno corrispondendo, nella gran parte delle Regioni, adeguati aggiustamenti organizzativi e programmatici.

A tali differenze nella tipologia e nella numerosità dei pazienti assistiti si è aggiunto un significativo ricambio generazionale tra i NPIA, con maggiori possibilità di formazione continua effettivamente accessibile per chi già lavora nei Servizi. In molte Scuole di Specializzazione, nell'ambito della rivoluzione copernicana di cui abbiamo parlato sopra, si è formata una nuova generazione di giovani colleghi in grado di valutare come gli adulti siano il risultato dell'interazione tra geni e ambiente nelle diverse fasi del neurosviluppo (che dal punto di vista strutturale si completa dopo i 18 anni di età) e come opportune strategie di prevenzione in età evolutiva possano modulare la psicopatologia dell'età adulta (basti pensare alla gestione anche farmacologica dell'ADHD nella prevenzione del disturbo da uso di sostanze; Figura 2). Inoltre, il percorso formativo sta sempre più includendo la frequenza degli specializzandi nei Servizi territoriali.

In meno di un anno, SINPIA ha ulteriormente accelerato il processo di potenziamento dei colleghi più giovani e la formazione continua di quelli più anziani, avviato da Antonella Costantino, past-president di SINPIA, stimolando il confronto tra le diverse generazioni e tra le differenti tradizioni cliniche.

### Un'alleanza tra pediatri e neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza

Rinnovando la stima e il riconoscimento degli intenti comuni, vorremmo ancora ringraziare *Medico e Bambino* per aver riaperto il dibattito sulle diverse criticità ancora irrisolte. Sulla base di queste poche note ci permettiamo di suggerire brevemente alcune strategie finalizzate a garantire una più accurata ed efficiente assistenza a bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo, per la definizione, e soprattutto l'implementazione delle quali, sia i pediatri che i NPI, dovrebbero concordare e collaborare:

1. Garantire che in tutti i Servizi sanitari territoriali e ospedalieri venga effettivamente applicata la competenza pediatrica fino al diciottesimo anno di età (quando, sebbene il neurosviluppo non sia ancora concluso, si modificano fortemente se non altro i parametri legali), come già previsto dal Piano di azione italiano sul Sistema europeo di garanzia per i bambini vulnerabili (*Child Guarantee* <https://www.minori.gov.it/it/node/8044>), dello scorso aprile.
2. Garantire in tutte le Regioni la presenza di Servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sulla base di chiari standard organizza-

tivi, adeguati a garantire l'effettiva esigibilità dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e definiti a livello nazionale.

3. Garantire in ogni Regione la presenza di posti letto di NPIA, sufficienti ad accogliere in modo appropriato sia le patologie neurologiche che quelle psichiatriche, con articolazione organizzativa e logistica specifica e adeguata agli effettivi bisogni, monitorandone efficacia ed efficienza.
4. Provare a parlare la stessa lingua: seguendo l'esempio di Confronti in Pediatria favorendo le occasioni di scambio tra gli specializzandi delle due discipline. Parlare la stessa lingua può aiutare a superare alcune incomprensioni e a rispondere meglio ai bisogni dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie.

**Alessandro Zuddas**

Professore di Neuropsichiatria Infantile, Università di Cagliari  
Vice-Presidente SINPIA  
[azuddas.unica@gmail.com](mailto:azuddas.unica@gmail.com)

**Elisa Fazzi**

Professore di Neuropsichiatria Infantile, Università di Brescia  
Presidente SINPIA

### CARLA BERARDI: IL SORRISO DI UNA COMBATTENTE

Carla è stata con noi di *Medico e Bambino* da subito: da quel primo incontro alle Giornate Perugine di Pediatria nell'aprile del 1984. E da subito ci ha generosamente (è questo il moto d'animo che più l'ha sempre caratterizzata) donato tutta la sua passione e tutto il suo impegno per far andare al meglio le cose della Pediatria: soprattutto nell'aiutarci a riconoscere e perseguire le più vere e inderogabili priorità dei bisogni di salute e di sviluppo del bambino. Carla, che ha dovuto dedicare vent'anni della sua vita anche a combattere il suo tumore, è stata fino all'ultimo giorno (si, letteralmente così) esempio concreto ed entusiastico di quanto valga sempre la pena impegnarsi pienamente per un buon fine, di quanto un buon agire finisca inevitabilmente per essere contagioso per il contesto. Nella sua vita professionale, Carla ha tra l'altro svolto un ruolo rilevante nella promozione delle conoscenze nel campo della violenza e dell'abuso sul bambino, svolgendo personalmente una grande opera di formazione e contribuendo a tracciare, anche con testi di riferimento, le linee guida per gli interventi preventivi e per quelli in urgenza che ogni pediatra dovrebbe saper mettere in atto. Carla si è anche dedicata con abnegazione assoluta alla realizzazione sul campo del progetto "Nati per Leggere" di cui non ha mai smesso di essere convinta e attiva divulgatrice, e dei suoi sviluppi più recenti, come l'esperienza dei "Villaggi per crescere", che ha trovato in Umbria uno dei territori più recettivi. Ha colto subito l'importanza di una formazione dei pediatri anche nel campo dello sviluppo, della sua promozione e dell'identificazione precoce nell'am-

bito del lavoro del pediatra di famiglia. Carla è stata vicina fino all'ultimo, con i suoi consigli e la sua opera, a chi ha ora meritoriamente realizzato a Perugia uno sportello per bambini e adolescenti con disturbi del funzionamento. In sostanza, Carla ha sempre visto "tutto" il bambino, e il lavoro del pediatra di famiglia come un lavoro veramente comprensivo. Come tanti di noi si sono detti al telefono condividendo il dolore per la sua perdita, Carla è stata più di ogni altra cosa una vera, infaticabile, entusiasta combattente del bene e del giusto. Sempre con il suo luminoso sorriso. Ed è così che la ricorderemo sempre.



**Medico e Bambino**