

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.

CI HA LASCIATO ALESSANDRO LIBERATI: IL RICORDO DEI SUOI AMICI PEDIATRI



Ci ha lasciato Alessandro Liberati. Molto, troppo presto, lui che è stato e poteva essere ancora una risorsa per il nostro SSN, capace di introdurre razionalità nelle scelte quando farlo era una scelta di rigore scientifico,

non ancora un imperativo di equità e di sopravvivenza di un sistema universalistico. L'avremmo visto bene a capo di un NICE italiano, magari multicentrico, creato sulla base delle eccellenze nazionali, intento a rendere operativo per gli amministratori, i manager, e soprattutto i professionisti un metodo per cui a ciascun paziente, come pure a ciascuna collettività, viene proposto quanto di più efficace, fattibile e accettabile nella prevenzione così come nella diagnosi e nella cura. Una bussola del rigore che man mano incorpora i risultati della ricerca e li trasferisce al letto del malato, co-

si come nei distretti, negli studi medici e nelle case. Quanto ce ne sarebbe bisogno, ora più che mai.

Era stato investito di responsabilità da chi credeva in lui, nel Governo, nell'Università, nelle Regioni. Ed era stato aspramente osteggiato, nelle stesse sedi, ma soprattutto dalle lobby che infestano l'Italia della Sanità come l'Italia tutta, fino alle male parole (quel "rosso", alludendo al pel di carota ma forse anche ad altro), come ostacolo nei confronti di una distribuzione clientelare di fondi, di una valutazione che tutto teneva in conto fuorché il merito.

Caro Alessandro, la tua visione, rigorosa ma mai priva di duttilità, sempre attenta al risultato, ragionevolmente innovativa ci mancherà. Non ti hanno consentito, gli avversari e la malattia, di realizzare tutto quanto avresti voluto. Ma hai seminato parecchio e vedrai crescere molto.

I tuoi amici pediatri

Riportiamo qui di seguito una delle sue tante testimonianze, ripresa dal sito Partecipasalute (www.partecipasalute.it) che Alessandro aveva contribuito a immaginare e creare: a favore di una Salute pubblica partecipe e lontana da interessi personali, di gruppi o di mercato.

C'è bisogno di riallineare la ricerca accademica e commerciale per orientarla verso il paziente

Il progetto *PartecipaSalute* ha dato spazio diverse volte al tema della priorità della ricerca, cercando di stimolare un dibattito che coinvolgesse in particolare cittadini e loro rappresentanze. Questi ultimi, quando interrogati, hanno sottolineato la necessità e la voglia di essere coinvolti nel dibattito e ancor più la necessità di far correre su un unico binario le priorità dei pazienti e quelle della ricerca. Esaminando la nostra realtà, è invece facile vedere che i binari corrono ancora saldamente paralleli. Vero è, infatti,

Alessandro Liberati è stato Professore Associato di Statistica Medica presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Modena e Reggio Emilia e Direttore del Centro Cochrane italiano. Dopo aver ottenuto la laurea in Medicina all'Università di Milano nel 1978, inizia la sua carriera come ricercatore presso il Laboratorio di Farmacologia Clinica dell'Istituto Mario Negri a Milano dove rimarrà per vent'anni diventando capo del Laboratorio di Epidemiologia Clinica. Nel 1981 ottiene la laurea post-dottorato in Igiene e Salute Pubblica, in seguito trascorre un periodo di formazione come ricercatore universitario al *Departments of Epidemiology and Health Policy and Management* presso la *Harvard School of Public Health di Boston* (USA). Durante il suo soggiorno (1983-84) negli Stati Uniti, studia Epidemiologia e Biostatistica con particolare riferimento alla metodologia di Ricerca del Servizio Sanitario. Al suo rientro in Italia, nel 1985, concentra la sua ricerca nel campo della qualità della valutazione dell'assistenza in oncologia (con particolare riferimento allo studio dei fattori determinanti del comportamento del medico) e la valutazione e affidabilità della letteratura scientifica. Nel 1986 fonda il gruppo di ricerca cooperativo GIVIO (Gruppo Interdisciplinare per la Valutazione degli Interventi in Oncologia), che include 63 tra grandi e piccoli ospedali, per svolgere dei trial multicentrici controllati sull'efficacia degli interventi terapeutici nonché per effettuare degli studi sulla qualità dell'assistenza in oncologia. In questa veste contribuisce anche alla diffusione e all'adozione in Italia di strumenti standardizzati per la valutazione della qualità della vita nei trial clinici e nel 1991 coordina uno studio nazionale mirato a valutare l'impatto delle linee guida nazionali per il trattamento della neoplasia alla mammella, alle ovaie, e della neoplasia coloretale. Nel 1993 trascorre un periodo sabbatico negli Stati Uniti come *Visiting Scholar* alla *RAND Corporation* a Santa Monica (California) sotto

la diretta supervisione del Prof. Robert H. Brook. Durante tale periodo completa un ampio studio sul rapporto costi-benefici delle diverse modalità di screening, trattamento e follow up per le pazienti con tumore precoce al seno. Nel 1996 collabora con il *Centre for Review and Dissemination* dell'Università di York al completamento di un progetto, il cui scopo è di produrre linee guida evidence-based nazionali per gli utenti dei servizi per il tumore al seno. Tra aprile 1999 e il 2004 ricopre l'incarico di Direttore Scientifico del Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria" (CEVEAS) a Modena. Da aprile 2004 è stato Consulente per il Programma di Ricerca e Innovazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna, Bologna. È stato membro (dal 2005) della Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria del Ministero della Salute e della Commissione di Ricerca e Sviluppo dell'AIFA. Dal 2001 è stato il Direttore Scientifico della versione italiana del periodico *Clinical Evidence*. L'attività di ricerca di Liberati è documentata in oltre 300 pubblicazioni scientifiche (di cui 197 su riviste in lingua inglese che prevedono la procedura di peer-review). È stato membro dell'*Editorial Board* del *British Medical Journal* tra il 1996 e il 2000 e ha collaborato con l'*Editorial Board* degli *Annals of Internal Medicine*. Membro dell'*Editorial Board* del *Journal of Clinical Epidemiology* e del *Journal of Health Services Research*. I suoi contributi più significativi riguardano i seguenti campi: a) valutazione della qualità della letteratura medica; b) metodologia delle revisioni sistematiche e metanalisi con particolare riferimento all'oncologia, malattie cardiovascolari, oftalmologia e medicina intensiva; c) analisi dei fattori determinanti della compliance alle linee guida pratiche in oncologia; d) metodologia per la produzione e la valutazione di linee guida pratiche; e) valutazione dell'efficacia degli interventi assistenziali a lungo termine.

che i cittadini e i pazienti sono ben lontani dalla stanza dei bottoni: raramente presenti nelle commissioni o gruppi di lavoro, quasi mai coinvolti nella valutazione dell'assegnazione dei fondi di ricerca, scarsamente rappresentati e isolati nei comitati etici, ancora episodicamente coinvolti nella messa a punto dei protocolli di ricerca, purtroppo diverse volte compromessi negli ingranaggi sottili del mercato della salute.

Alessandro Liberati, uno degli animatori del progetto *PartecipaSalute*, sta vivendo queste riflessioni in una propria personale esperienza e si sta adoperando perché dall'esperienza personale nasca una riflessione collettiva. Con questo spirito riportiamo la traduzione di una sua recente lettera pubblicata dalla rivista *Lancet* 2011; 378(9805):1777-8.

Paola Mosconi e Roberto Satolli
a nome di *PartecipaSalute*

La ricerca clinica è motivata da diversi fattori. Alcuni maggiormente difendibili di altri, tuttavia la maggior parte dei ricercatori clinici affermerebbe che la loro ricerca intende migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure. Ci sono esempi nei quali i pazienti riescono a influenzare ciò che viene studiato, ma in realtà queste sono solo delle eccezioni.

Ho avuto l'opportunità di prendere in considerazione, da più punti di vista, il divario esistente tra quello che i ricercatori

studiano e quello di cui i pazienti hanno davvero bisogno. Io sono un ricercatore, ho la responsabilità di assegnare fondi per la ricerca, e ho avuto un mieloma multiplo negli ultimi dieci anni. Pochi anni fa ho dichiarato pubblicamente che le incertezze incontrate all'inizio della mia patologia si potevano evitare. Quasi dieci anni dopo - dopo una ricaduta - ho guardato l'"epidemiologia" degli studi sui mielomi sul sito *ClinicalTrials.gov*. Al 31 luglio 2011 una ricerca con il termine chiave "mieloma multiplo" ha identificato 1384 studi. Di questi, 107 erano studi comparativi di fase II o III. Tuttavia solo 58 di questi aveva come obiettivo la sopravvivenza globale e, in soli 10, quest'ultima rappresentava l'obiettivo primario. Nessuno studio clinico riguardava confronti tipo testa a testa tra diversi farmaci o tra diverse strategie. Nel frattempo, gli esperti ritengono che gli studi citogenetici e i profili di espressione genica metteranno in luce trattamenti personalizzati per il mieloma, mentre le aziende farmaceutiche evitano la ricerca che potrebbe mostrare che i farmaci nuovi e più costosi non sono migliori rispetto a quelli di confronto già presenti sul mercato.

Se vogliamo che informazioni più pertinenti diventino disponibili, è necessaria una nuova governance della strategia di ricerca. Non si può pretendere che i ricercatori, abbandonati a se stessi, affrontino l'attuale squilibrio. I ricercatori sono intrappolati all'interno dei loro interessi - professio-

nali e accademici - che li portano a competere per finanziamenti dell'industria farmaceutica per fasi precoci di trial invece di diventare "campioni" di studi strategici, testa a testa e di fase III.

Non sono i gruppi di pazienti a modificare il modello prevalente di ricerca: data la mancanza di meccanismi espliciti per la prioritizzazione della ricerca, essi sono spesso dominati dagli esperti con interessi personali. Né il solo finanziamento pubblico riuscirebbe a risolvere il problema. È necessario sviluppare politiche nella fase di pre-approvazione dello sviluppo di un farmaco, e questo processo necessita di una stretta collaborazione con le aziende farmaceutiche e continui input degli organismi regolatori.

Una componente essenziale di ogni nuovo modello di strategia sarebbe quella di riunire tutte le parti interessate, partendo da un'analisi delle ricerche esistenti e in corso prodotte indipendentemente da ogni interesse personale. Le associazioni di pazienti con mieloma spendono milioni per sostenere la ricerca con la speranza di promuovere una migliore assistenza. Con il supporto della collettività dovrebbero essere in una posizione di forza per chiedere una ridefinizione dell'agenda di ricerca nell'interesse dei pazienti. Spero che questo approccio possa essere ulteriormente discusso su *Lancet* per molte altre aree della ricerca clinica e non solo in oncologia.

Alessandro Liberati

ALIMENTAZIONE CORRETTA: CIBI NATURALI O INDUSTRIALI PER L'INFANZIA?

La Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) si è pronunciata a favore dell'uso di alimenti industriali specifici per la nutrizione dei bambini nei primi anni di vita, adducendo come motivo il rischio che gli alimenti naturali contengano pesticidi. Lo ha fatto anche con un depliant, molto direttivo nelle indicazioni, destinato alle famiglie. A questa presa di posizione è seguita quella dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) che, al contrario, prende le distanze da questa raccomandazione. Il Ministero della Salute si è sentito in dovere di precisare che «gli organi competenti del Ministero della Salute e delle Regioni effettuano controlli costanti sulla frutta, la verdura e i cereali. L'attenzione e la vigilanza sui prodotti destinati all'infanzia sono massime».

"Medico e Bambino" ha ritenuto opportuno riportare nella sua corrispondenza il problema, di fronte al quale è probabile che ciascun pediatra abbia già "deciso" cosa fare nei consigli che fornisce da anni alle famiglie; a volte, soprattutto in passato, con troppa invasività, dettando "regole" rispetto a pratiche che dovrebbero essere invece vissute

dalle famiglie come scelte motivate e, come tali, ragionevoli e consapevoli. Ma crediamo che ci sia uno spazio di ulteriore informazione e riflessione, ovviamente indipendente da interessi commerciali, che abbiamo affidato all'editoriale di Giorgio Tamburlini.

Comunicato Stampa della FIMP

Cibi per bambini, alimenti per neonati e infanzia: chi garantisce genitori e figli? Da tempo la definizione di *baby food*, riferita a prodotti alimentari per l'infanzia, viene utilizzata con sempre maggior consuetudine dai media e dalle pubblicità, non sempre in modalità appropriate. Chi può sostenere le famiglie nella corretta scelta dell'alimentazione per i più piccoli, superando le attrattive di tante pubblicità persuasive che quotidianamente appaiono sui giornali italiani e internazionali? Su questi temi è intervenuto Giuseppe Mele, presidente della FIMP, che a Istanbul, nel corso della seduta plenaria dell'Alleanza Strategica in Pediatria, si è fatto portavoce di una preoccupazione medica ormai diffusa: «Le famiglie

europee sono raggiunte da messaggi che tendono a presentare come "baby food" cibi e alimenti sui quali non esiste chiarezza tossicologica e scientifica. La pediatria europea desidera ricordare alle famiglie e alle industrie che solo il pediatra è garante dell'equilibrio nutrizionale di singoli alimenti».

La posizione espressa dalla FIMP è ampiamente condivisa dai maggiori specialisti europei e punta a far chiarezza in quella che non è una sfida commerciale - chi vende di più all'interno del "segmento infantile" - bensì una attenzione di grande rilevanza sanitaria. Dolci, omogeneizzati, carni, pesci, prodotti di trasformazione, cereali: le caratteristiche di correttezza nutrizionale e la sicurezza tossicologica dei "baby food" sono garantite dal decreto 8/2009, che ha recepito la direttiva europea 2006/141/CE e proprio a questa si ancora fortemente l'intervento della FIMP, che assume così il ruolo di autentico soggetto di garanzia nei confronti dei genitori e delle famiglie, ricordando che «i prodotti per l'infanzia sono caratterizzati da una elevata specificità nutrizionale dovuta alla peculiarità dei consu-

matori cui sono destinati: i bambini infatti non sono piccoli adulti ma soggetti fragili, con esigenze nutrizionali specifiche, particolarmente esposti al rischio metabolico, biologico e tossicologico. Le norme specifiche definiscono dunque la loro composizione, puntualizzando limiti e restrizioni all'uso di particolari ingredienti o alla presenza di determinati contaminanti, le modalità di pubblicità e quelle di etichettatura».

Nell'immediato futuro l'azione dei pediatri italiani diventerà ancor più specifica, ha sottolineato ancora Giuseppe Mele, avviando un'analisi sistematica di cibi e prodotti alimentari indirizzati all'infanzia per verificare le effettive composizioni alimentari. Questo per registrare l'eventuale presenza di componenti dannose per la salute dei più piccoli e per salvaguardarli nel momento più delicato del loro sviluppo.

Comunicato stampa dell'Associazione Culturale Pediatri

I pediatri dell'ACP intendono dissociarsi dalle raccomandazioni sui vantaggi degli alimenti industriali specifici per l'infanzia per la nutrizione dei bambini, recentemente diffuse in un depliant per le famiglie dalla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP). Nel depliant si legge che: «*Il 50% della frutta fresca contiene livelli di pesticidi non idonei all'alimentazione infantile*» e che: «*il 35% del grano in Italia contiene residui di pesticidi troppo elevati per l'alimentazione infantile*».

Quindi è preferibile dare ai bambini frutta industrialmente preparata piuttosto che frutta fresca?

La FIMP parla come organo scientifico, ma nei toni e nella sostanza riporta quanto affermato da una nota campagna pubblicitaria del marchio leader del "baby food" in polemica con un'altrettanto marca leader di prodotti alimentari (inutile girarci intorno, la guerra è quella tra Plasmon e Barilla).

I pediatri non dovrebbero prestarsi a questi "giochi" di concorrenza industriale.

Per questo l'ACP ricorda che i dati riportati da FIMP nel comunicato a suppor-

to della validità di queste affermazioni sono ampiamente discutibili.

La normativa sui pesticidi. In tutta l'Unione Europea, da settembre 2008 è in vigore un nuovo regolamento che modifica le disposizioni per i residui dei pesticidi (Regolamento (CE) n. 396/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 febbraio 2005). La legge indica i limiti quantitativi tollerabili per la sicurezza alimentare di tutti: adulti e bambini. L'Autorità europea per la sicurezza alimentare (AESA) verifica che tale residuo sia sicuro per tutte le categorie di consumatori, **compresi i gruppi vulnerabili come i neonati, i bambini e i vegetariani.**

Per questo i pediatri dell'ACP:

- intendono assicurare e incoraggiare tutti quei genitori che, intorno al sesto mese di vita, ricorrono all'alimentazione complementare a richiesta del bambino, utilizzando gli alimenti che essi stessi assumono;
- ribadiscono l'importanza di un'adeguata informazione ai genitori per un'alimentazione salutare per tutta la famiglia e si impegnano a realizzare campagne di stampa ad hoc;
- incoraggiano una dieta ricca di frutta, verdura e vegetali per tutta la famiglia, ricorrendo, quando è possibile, ai prodotti a filiera corta e in questo caso spesso anche biologici (anche ricorrendo alla partecipazione a gruppi di acquisto solidale, i cosiddetti G.A.S.);
- ritengono che l'assunzione di cibi industriali penalizza la cultura del cibo propria delle diverse popolazioni e delle diverse famiglie attraverso la delega a "terzi più esperti" anche del semplice atto del nutrire il proprio figlio;
- si impegnano a continuare a battersi per sensibilizzare gli enti preposti alla sicurezza alimentare per migliorare sempre di più le leggi e i regolamenti, insieme anche alle associazioni a tutela dei consumatori;
- ritengono che le azioni di advocacy per mettere a tavola cibi sicuri rientrano nel più vasto capitolo della salvaguardia dell'ambiente, obiettivo prioritario di salute pubbli-

ca. Gli interventi devono essere "politici" e devono ricadere su tutta la popolazione, con inclusione ovviamente delle fasce più vulnerabili (feti ed embrioni compresi);

• mettono in risalto che la promozione dei cibi dell'industria per i bambini penalizza le famiglie meno abbienti, e peggiora la qualità dell'ambiente attraverso la moltiplicazione dei rifiuti da imballaggio e il loro smaltimento e il trasporto attraverso i territori.

Infine, l'ACP ritiene che, nell'ambito del generale principio di trasparenza, documenti di questo genere comportino - come accade in tutto il mondo - la necessità di dichiarare la fonte di finanziamento alla base della campagna di informazione.

**Paolo Siani, Presidente ACP;
Giacomo Toffol, Responsabile Gruppo Ambiente/Pediatri per un Mondo Possibile ACP; Sergio Conti Nibali, Responsabile Gruppo Nutrizione ACP**

Comunicato stampa del Ministero della Salute

Il controllo ufficiale dei prodotti fitosanitari, compresi i pesticidi negli alimenti, è una delle priorità sanitarie più rilevanti nell'ambito della sicurezza alimentare.

Gli organi competenti del Ministero della Salute e delle Regioni effettuano controlli costanti sulla frutta, la verdura e i cereali. L'attenzione e la vigilanza sui prodotti destinati all'infanzia sono massime.

I dati in possesso del Ministero della Salute ci permettono di affermare che tali alimenti sono tra i più sicuri in Europa. Infatti, solo lo 0,6% di frutta fresca e lo 0,3% di cereali hanno superato i limiti fissati dalla normativa comunitaria, contro una media europea che si attesta intorno al 3,5% di irregolarità.

Il Ministero della Salute raccomanda anche per i bambini, nel contesto di un'alimentazione equilibrata e varia, il consumo di cinque porzioni di frutta e verdura al giorno, rispettando la comune regola di igiene di lavare accuratamente e, ove possibile, sbucciare i vegetali.

La sindrome della "obesity-resistance"

Rispondo all'invito del prof. Panizon a tutti i pediatri italiani a un atteggiamento più responsabile verso la prevenzione dell'obesità nei primi anni di vita.

Purtroppo, persino noi pediatri italiani, pensiamo che un buon genitore è quello che non fa mancare nulla alla sua creatura! Quando ci accorgiamo dell'errore spesso è tardi per la prevenzione e i nostri figli si sono abituati a una taglia corporea maggiore e a quantità di cibo esagerate.

Le curve di crescita che ci autorizzano a definire precocemente il problema dell'obesità sono uscite solo nel 2006 (SIEDP dai 2 anni e WHO dalla nascita) e il nostro occhio si è adattato, come i percentili SIEDP, al peso dei nuovi bambini. Noi pediatri facciamo ancora molta fatica a confrontarci con questa malattia: non la preveniamo, né la curiamo. In realtà non la vogliamo proprio vedere.

Deve essere colpa di quella che la dottoressa Baur chiama "sindrome dell'obesity resistance": secondo Lei è curabile, ma quanto è difficile? Quando ha cercato

di istituire un servizio dedicato ai grandi obesi, la Baur si è accorta che i suoi colleghi erano sostanzialmente contrari o perché pensavano che fosse tutta colpa dei pazienti ("quando vorranno, si cureranno da soli senza spesa"), o perché non credevano nell'esistenza di una terapia efficace, forse essendo essi stessi obesi; o perché non si sentivano preparati ad affrontare il problema. Quando un pediatra, anche involontariamente, lascia intendere a una mamma che la pensa così (non fa differenza quale delle 3 forme di resistenza sta utilizzando) la battaglia è perduta: "se non ci

crediamo neppure noi, non c'è più nulla da fare".

Da 4 anni sto cercando di formare quei pochi colleghi che vorrebbero essere preparati ad occuparsene in modo migliore. Non sono certo il 10% e raramente riescono a trascinare il loro gruppo. I pediatri che si occupano di obesità sono dileggiati da quelli che non lo fanno, in quanto impegnati in problemi più "importanti" e professionalmente più appaganti. Così lo fanno quasi di nascosto, come per un vezzo personale.

Non c'è vergogna per aver lasciato diventare sovrappeso/obesi un terzo dei propri bambini. Basta non accorgersene ed è molto facile! I bambini in sovrappeso sono diventati la norma e non li vediamo più. Se hanno un po' di pancia a 3-5 anni è perché assomigliano al papà! I bambini obesi? ... quelli ci sono sempre stati, certo ora sono un po' aumentati, come in tutto il mondo, dove non c'è il pediatra di famiglia, ma è colpa dei genitori! E, per fortuna, dopo i 10 anni le visite sono rare; i bambini grassi non vogliono andare più dal pediatra, che li rimprovera, e dopo i 14 cambiano anche medico: quindi non c'è alcun problema. Qualcun altro prima o poi curerà le conseguenze della nostra disattenzione. Noi preferiamo continuare a consolare le mamme dell'inappetenza da raffreddore con gocchine... miracolose.

A chi daremo la colpa per un minore che pesa 100-120 kg o anche 155 kg, come l'ultimo mio paziente?! Chi ascolterà il dolore di questi ragazzi, che devono confrontarsi con un problema irrisolvibile per loro, condannati a vivere con un corpo grasso, in un mondo che punta tutto sull'immagine, ovviamente magra. State tranquilli, non ve lo racconteranno mai! Saranno i media a suggerire loro soluzioni!

Purtroppo penso che cambieremo solo se l'OMS "costringerà" gli stati membri ad applicare fino in fondo il suo programma 2006 Guadagnare in Salute.

Vorrei sperare che il panel di esperti cominci a interessarsi anche di come i bambini si sentono e quanto si piacciono, come HBSC fa adesso con gli adolescenti. Non ci si può accontentare solo di registrare ai prossimi OKkio 2012 o 2014 la sospirata consapevolezza d'esser grassi o meglio il peso di bambini più magri, perché finalmente a dieta, ma già tristi e malati: oggi la voglia di magrezza e i disturbi alimentari stanno conquistando anche i più piccoli e i maschi.

Bibliografia di riferimento

Baur LA. Changing perceptions of obesity-recollections of a paediatrician. *Lancet* 2011;378 (9793):762-3.

Rita Tanas
Pediatra Endocrinologo, Ferrara

Io voglio bene ai pediatri italiani, credo; e li stimo. Ma proprio per questo non mi sento di assolverli se non VEDONO, se non HANNO VISTO, se non HANNO SAPUTO LEGGERE. Sono dei professionisti; fanno regolarmente i cosiddetti controlli di salute; non possono non vedere, non guardare, non capire i percentili. E se non li vedono, non li guardano, non li capiscono, a pagamento, beh, non posso confermare proprio tutta quella mia stima universale. Che poi sia difficile convincere i genitori, FINCHÉ C'È ANCORA TEMPO, a introdurre un po' di rigidità sulla dieta, sull'esposizione alla TV, un po' di "movimentazione" del tempo libero, e un po' di abitudine al controllo del peso, questo lo posso capire: ma che così pochi (nessuno?) siano riusciti a farsi seguire nemmeno un po', mi fa un po' specie, sorpresa, perplessità, la metta come vuole.

Resta che siamo il Paese col più alto indice di obesità infantile; e anche quello col più alto numero di pediatri per bambino; e abbiamo anche fatto quell'invenzione che un tempo ci era parsa bellissima, dei Pediatri di Famiglia, o di Libera Scelta, così come l'uno o l'altro preferiscono esser chiamati. Un po' di autocritica. O no?

Franco Panizon

Broncopolmonite e linee guida

Nell'ultimo numero di M&B è stato dedicato ampio spazio (un Digest e un Editoriale) al commento delle nuove Linee Guida (LG) (americane e inglesi) per la gestione della polmonite di comunità (CAP).

Ho imparato che l'Italia è fatta di tante realtà anche molto diverse tra loro, ma credo che si possa affermare che rispetto a queste LG in Italia si tenda dovunque ad avere un eccesso di trattamento: troppi esami strumentali, troppi antibiotici, troppa varietà di antibiotici ecc.

Per il pediatra (ospedaliero o di libera scelta) che agisce più direttamente sul territorio il problema è molto rilevante, per cui vorrei aggiungere ancora qualche considerazione:

1. Le LG britanniche dicono, tra le altre cose, quando bisogna pensare a una polmonite e quando invece no: *Children with CAP may present with fever, tachypnoea, breathlessness or difficulty in breathing, cough, wheeze or chest pain. They may also present with abdominal pain and/or vomiting and may have headache. Children with upper respiratory tract infection and generalised wheeze with low-grade fever do not have pneumonia.* Semplificando: se non ha polipnea (ovvero, se ha un asma franco) non ha polmonite.

2. In entrambe le LG non per tutti i bambini con diagnosi di CAP viene raccomandato l'uso dell'antibiotico: secondo gli ameri-

cani *Antimicrobial therapy is not routinely required for preschool-aged children with CAP, because viral pathogens are responsible for the great majority of clinical disease (strong recommendation; high-quality evidence).* Anche gli inglesi hanno le loro eccezioni, più o meno le stesse degli americani, al trattamento antibiotico: *Children aged <2 years presenting with mild symptoms of lower respiratory tract infection do not usually have pneumonia and need not be treated with antibiotics but should be reviewed if symptoms persist. A history of conjugate pneumococcal vaccination gives greater confidence to this decision.* Cioè, banalizzando: esiste una patologia respiratoria bassa, polmonite virale nella maggior parte dei casi poco sintomatica e bronchite, molto più frequente, che non richiedano la terapia antibiotica.

3. Certo, gli americani creano (probabilmente in modo inutile) non poca confusione sul dosaggio della amoxicillina, proponendo una serie di distinguo, mi sembra però che si possa ragionevolmente proporre una sintesi finale partendo da una delle loro affermazioni: *To achieve the appropriate amoxicillin exposure in lung infected by relatively resistant pneumococci (MICs of 2.0 lg/ml), a high total daily dose (90 mg/kg/day) in 3 equally divided portions is predicted to achieve a clinical and microbiologic cure in about 90% of children treated, compared with only 65% of children treated with the same total daily dose divided into 2 equal doses.* Tre dosi quindi in ogni caso funzionano meglio che due.

In conclusione, come dice Marchetti nell'Editoriale, il percorso, basato sulla ricerca di evidenze, arriva a messaggi pratici (*summary points*) di una estrema ulteriore semplificazione. E da questo nasce l'ultima considerazione: perché è così difficile raggiungere una uniformità di comportamenti tutto sommato semplici? Perché tanta difficoltà ad accettare l'amoxicillina come unica scelta? A evitare la via iniettiva? A non ricorrere, se non eccezionalmente, a indici di flogosi, tamponi, antigeni urinari, ecografie, radiografie?

Probabilmente per un timore di fondo da parte del pediatra del territorio, che non è certo il timore di fallire una diagnosi e/o di avere un insuccesso terapeutico; si tratta piuttosto del timore di perdere la posizione di predominio che una gestione "complicata" ci garantisce e forse ancora di più il timore di venire interpretati come "meno efficaci" rispetto all'immane collega più interventista.

Ne deriva che solo un impegno collettivo potrà rappresentare una via di uscita per un approccio più appropriato che permetta risparmio di risorse e un più razionale utilizzo della terapia antibiotica.

Occorre quindi che, come negli USA e in UK, le società scientifiche pediatriche prendano posizioni forti ed esplicite indicando con chiarezza le linee dell'agire corretto secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili e riprovando i percorsi assistenziali, diciamo "alternativi", fondati sulla medicina difensiva.

E non sarebbe male se chi, come gestore del Sistema, accetta oggi supinamente la sistematica inosservanza delle indicazioni universalmente accettate (cosa facilmente desumibile dalla lettura dei report sulla prescrizione di farmaci sul territorio così come dei DRG ospedalieri), cominciasse invece a chiedere conto di una meno "creativa" interpretazione dei percorsi assistenziali da parte di chi, nel nome della libertà professionale, tracima spesso nella incontinenza prescrittiva.

Non è una utopia, è stato realizzato a volte anche in Italia; bisogna però fortemente volerlo.

Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

Concordo e non concordo. Concordo, naturalmente, con le Sue conclusioni pratiche; non concordo sul richiamo, o sul senso, o sul potere di un richiamo "ufficiale".

Se, come Lei dice, il comportamento dei pediatri italiani nei riguardi della polmonite è (ancora! in epoca di internet, Google, EBM, ECM, FAD) così disomogeneo sul territorio nazionale e gravato, oltre che da errori di scelta del farmaco (per far meglio del giusto), oltre che dagli effetti inattesi delle vaccinazioni e dei stereotipi esclusi (empirismo), anche dalla richiesta di esami confondenti e di scelte iniettive non necessarie, dal timore di perdere qualche ruolo, oppure della concorrenza sleale dell'ospedale oppure del vicino malintenzionato, non vedo come un richiamo da parte di società scientifiche possa far presa su queste.

Quanto ai gestori periferici, che sono poi gli stessi dei calendari vaccinali diversi da Regione a Regione, mi colpisce che li chiami in soccorso proprio Lei. E poi sappiamo che non è una questione di spesa, solo una questione

di professionalità. Dunque PERSONALE.

Io penso, devo pensare, non posso non continuare a pensare, che fare il pediatra, come fare il medico, non sia un mestiere che consenta o incoraggi sentimenti così, chiamiamoli "minuscoli", come quelli che Lei descrive, ma piuttosto la "gioia di servire". In questo, dunque, debbo, mi tocca, non concordare, con Lei. Ma forse ho torto.

I "messaggi" inglese e americano non sanno certo di nuovo (come è scritto nel Digest). E, sebbene doverosamente riportati, nemmeno arrivano a rinforzare i "messaggi" di casa nostra, culturalmente, semmai, un poco più avanti. Dunque ha ragione Lei: i nostri "messaggi", i messaggi quotidiani, i messaggi "perbene", non servono a niente. Sa cosa Le dico? Pazienza! Chi "vuole" far male, faccia. Peggio per lui. Così, ancora una volta, do una risposta che non è una risposta. Inconvenienti del voler dialogare.

Franco Panizon

Svezamento ed extracomunitari: guidare o prescrivere

Abbiamo letto con molto interesse l'articolo sull'"alimentazione complementare nelle popolazioni immigrate" nelle pagine elettroniche di *Medico e Bambino* di ottobre 2011.

Tocca a nostro avviso un punto problematico per chi si occupa di seguire bambini di genitori immigrati e si pone l'impegno di sostenerli nel compito difficile di allevare figli in un Paese straniero. Lavoriamo in un ambulatorio della Caritas e in uno dell'Ospedale San Gallicano in Roma per bambini figli di immigrati e abbiamo da tempo sentito la necessità di riflettere su quanto passa tra madre e medico al momento del svezamento; abbiamo colto in quel punto una difficoltà di comunicazione che non dipende solo dalla non conoscenza della lingua, presente soprattutto nei bambini cinesi. Ci è sembrato che si scontrassero due culture e che non fosse chiaro, non solo alla madre, quale delle due scegliere. Spesso madre e medico sorvola-

no sull'argomento; talvolta emerge una difficoltà che viene espressa con il rifiuto del bambino ad assumere nuovi cibi.

Le nostre osservazioni sono assai vicine a quelle dei colleghi di Reggio Emilia.

Abbiamo trovato anche noi un facile passaggio all'allattamento con latte in polvere e una preferenza per i cibi preconfezionati.

Tutto questo ci ha portato a considerare l'alimentazione del lattante, insieme alla nascita e all'ingresso nella scuola, momenti critici nei quali si scontrano l'attaccamento alla tradizione e il desiderio di adeguarsi alla nuova cultura, presente specialmente nelle madri africane.

Il divezzamento rischia di diventare un modello di integrazione che spesso porta alla rinuncia della propria tradizione.

La nostra esperienza ci suggerisce un'attenzione particolare all'alimentazione di questi bambini e la necessità di offrire un sostegno che spesso non viene richiesto. Ci siamo convinte che sia necessario aiutare la madre a scegliere un'alimentazione che sia possibile nel nuovo Paese e che garantisca un buon accrescimento, senza per questo dovere escludere a priori il ricorso alla tradizione. La conoscenza delle abitudini alimentari e dei cibi in uso nei Paesi di origine è sicuramente una buona partenza.

Ancora una volta c'è bisogno che il pediatra si disponga all'ascolto e alla comprensione, sollecitando magari domande che vengono a volte taciute, prima di passare a prescrizioni che non tengano conto di quanto l'alimentazione del bambino rappresenti per la madre.

**Lida Bruni, Elena Buccisano,
Fernanda Di Tullio, Mariella Vaccaro
(pediatre), Maria Rita Ghera (psicologa)**

*Care dottoresse romane,
la Vostra non è una lettera che chiede una risposta. È in qualche modo una risposta (parziale e indiretta) ai quesiti di fondo aperti dalle lettere precedenti.*

Franco Panizon

RINGRAZIAMENTO AI REFEREE

Medico e Bambino ringrazia caldamente i colleghi che nell'anno 2011 hanno svolto con accuratezza e con grande dedizione il lavoro di revisione degli articoli arrivati in Redazione:

Carlo Agostoni, Alessandro Albizzati, Anna Aprile, Dante Baronciani, Alessandra Benettoni, Giancarlo Biasini, Gianni Bona, Maurizio Bonati, Ernesto Bonifazi, Renata Bortolus, Jenny Bua, Roberto Buzzetti, Vincenzo Calia, Adriano Cattaneo, Rosario Cavallo, Francesco Chiarelli, Antonio Chiaretti, Rolando Cimaz, Giuseppe Cirillo, Antonio Clavenna, Daniela Concolino, Marco Confalonieri, Sergio Conti Nibali, Paola Costa, Silvana Cremaschi, Antonino Crinò, Mario Cutrone, Lorenzo D'Antiga, Fernando Maria De Benedictis, Angela De Cunto, Luciano De Seta, Sergio Demarini, Mattia Doria, Flavio D'Oswaldo, Claudio Fabris, Federico Festini, Paolo Fiammengo, Massimo Fontana, Fabrizio Fusco, Michele Gangemi, Lorenzo Genitori, Claudio Germani, Michele Grandolfo, Luigi Greco, Andrea Guala, Dario Iafusco, Lorenzo Iughetti, Momcilo Jankovic, Giuseppe La Gamba, Paolo Lionetti, Giuseppe Maggiore, Benedetta Mainetti, Maria Luisa Mammano, Paola Marchisio, Federico Marolla, Stefano Martellosi, Giuseppe Masera, Marina Mayer, Stefano Miceli Sopo, Giovanni Montini, Fabio Mosca, Vitalia Murgia, Paolo Nucci, Costantino Panza, Paolo Paolucci, Fulvio Parentin, Dino Pedrotti, Leopoldo Peratoner, Lucio Piermarini, Mauro Pocecco, Giuseppe Primavera, Daniele Radzik, Ugo Ramenghi, Gherardo Rapisardi, Laura Reali, Lamberto Reggiani, Carmela Santuccio, Paolo Siani, Aldo Skabar, Valter Spanevello, Angelo Spataro, Paolo Tamaro, Gianluca Tornese, Ugo Vairo, Enrico Valletta, Federica Zanet, Barbara Ziani, Stefania Zoia, Gianvincenzo Zuccotti, Alessandro Zudda.