

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.

## Dieta senza glutine alla deriva?

Abbiamo letto l'articolo "Dieta senza glutine alla deriva", pubblicato sul numero di febbraio 2012 di *Medico e Bambino* nella Pagina gialla a cura del prof. Alessandro Ventura, trovando molti spunti di riflessione e un po' di disappunto. La sensibilità al glutine o meglio "non celiac gluten sensitivity" è un problema emergente nella pratica clinica che si manifesta con sintomi intestinali (diarrea, dolori addominali, flatulenza ecc.) ed extraintestinali (astenia, cefalea, irritabilità ecc.) che migliorano o addirittura scompaiono con la dieta senza glutine (GFD) in individui in cui la malattia celiaca e l'allergia al grano siano state correttamente escluse. Il concetto di sensibilità al glutine non è nuovo; già negli anni '80, Cooper, in una lettera a *Gastroenterology*, parlava di soggetti non celiaci con dolori addominali e diarrea cronica dipendenti dall'assunzione di glutine (Cooper BT, et al. *Gastroenterology* 1981;81:192-4). Da allora, la letteratura scientifica è stata silente, probabilmente a causa delle difficoltà di dimostrare obiettivamente questa condizione. Tuttavia, la sensibilità al glutine si è lentamente palesata, tanto che attualmente la percentuale di soggetti che seguono la GFD è di gran lunga superiore alla percentuale dei celiaci (negli USA il 15-25% dei consumatori segue la GFD laddove solo l'1% è celiaco). Si tratta solo di una moda o di una suggestione collettiva? Si potrebbe, infatti, ipotizzare che la *gluten sensitivity* sia la conseguenza dell'effetto placebo dell'ingestione di grano/glutine, quindi una semplice reazione psicologica, e questo avviene certamente nella maggior parte dei casi. Tuttavia non possiamo tralasciare i risultati del primo studio, in doppio cieco, che dà una nuova luce a questa entità nosologica. Biesiekierski Jr, et al. (*Am J Gastroenterol* 2011;106:508-14) hanno infatti dimostrato la dipendenza di disturbi funzionali (astenia, gonfiore e dolori addominali, flatulenza) dall'assunzione di glutine in pazienti non affetti da malattia celiaca (i pazienti a GFD che in cieco hanno assunto glutine hanno presentato i sintomi, coloro che hanno assunto placebo sono stati bene). Ci siamo allora chiesti come il glutine potesse provocare tale condizione e abbiamo trovato molte riposte in letteratura, che vanno dalla tossicità diretta del glutine sulla mucosa intestinale fino alla capacità di attivare in modo abnorme l'immunità innata; è anche possibile che a essere responsabili siano altre proteine come l'α-amilasi/tripsina o la presenza di una maldigestione dei carboidrati.

Certo la cautela è d'obbligo e l'allarmi-

smo mediatico può essere pericoloso, ma sarà proprio corretto parlare di una "scienza approssimativa e pericolosa" solo perché diverge dal pensiero "distorto dai pregiudizi"? Anche negare l'esistenza di una nuova entità nosologica è approssimativo e pericoloso tanto quanto sopravvalutarla.

Coloro che un tempo furono giudicati folli per le loro tesi, sono coloro che poi hanno cambiato il mondo. Idee che sono apparentemente bizzarre non convenzionali, interpretazioni originali e posizioni dissidenti non dovrebbero mai essere considerate come elementi di opposizione ma come reali opportunità in quanto capaci di dare nuovi impulsi alla scienza, anche se solo alcune di queste idee, alla fine, si dimostreranno valide. Disdegno tali idee significa perdere le tracce di una possibile importante scoperta e sono un cattivo esempio per noi giovani che già viviamo nell'era della "globalizzazione ideologica".

Il fisico britannico Lord William T. Kelvin commentò così nel 1900 l'invenzione dei raggi X: "... l'invenzione dei raggi X è una presa in giro".

**Licia Mastrototaro, Specializzanda in Pediatria, Università di Bari**

**Ruggiero Francavilla  
Pediatra gastroenterologo  
Università di Bari**

*Ringrazio la dottessa Mastrototaro e il suo mentore, dott. Francavilla, per la bella lettera che di fatto è, pur in ipersintesi, una ottima messa a punto sulla "non celiac gluten sensitivity". E soprattutto Li ringrazio per il richiamo, sempre opportuno a noi professori, a farsi garanti di una scienza sempre aperta a nuove ipotesi, libera da pregiudizi e basata unicamente sulle evidenze. Ma è proprio a posteriori di una attenta analisi della letteratura scientifica disponibile sull'argomento (centrata ad oggi su un solo studio randomizzato controllato, quello citato anche da Mastrototaro e Francavilla - Biesiekierski JR, et al. *Am J Gastroenterol* 2011; 106:508-14) e della sua qualità, della presa d'atto della straripante diffusione mediatica data a questa così mal definita patologia e agli ipotetici vantaggi della dieta senza glutine e, naturalmente, anche dopo aver ripercorso criticamente l'esperienza mia personale e di tutto il gruppo con cui lavoro, che ritengo doveroso riproporre, a tutti i lettori di *Medico e Bambino* e naturalmente anche ai Colleghi baresi che ci hanno scritto, un atteggiamento critico e quantomeno distaccato su questo argomento così di moda.*

*Tengo a premettere che sono personalmente convinto che la possibilità di una in-*

*dividuale avversione o di una generica, imponentabile, intolleranza possa esistere per ogni tipo di alimento, e certamente anche per il glutine che è una proteina complessa, con tante e differenti caratteristiche (citate anche da chi ci scrive) che possono farla percepire come "nociva" anche al di fuori di una condizione ben precisa come la celiachia o una classica allergia. Lo studio su cui si basa oggi tutta la scienza della sensibilità non celiaca al glutine riguarda una casistica obiettivamente modesta (34 soggetti dimostratamente NON celiaci, convinti che i loro disturbi, compatibili con la diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile, fossero causati dal glutine e randomizzati a ricevere, in doppio cieco, dieta aglutinata o contenente glutine). Tredici dei 19 (68%) messi a dieta con glutine hanno annotato di star peggio in confronto a 6 (40%) dei 15 messi in placebo. Orbene, per quanto il "p" statistico risulti molto significativo ( $p < 0.0001$ ), andrebbe nel contempo rimarcato che l'esperimento stesso viene obiettivamente a negare una diagnosi di sensibilità al glutine che comunque era già stata fatta in 12 dei 34 soggetti entrati nello studio (i sei che durante l'esperimento non sono stati peggio assumendo il glutine e i sei che sono stati peggio assumendo il placebo per un totale del 35% dei casi!). Inoltre, anche nei casi in cui sarebbe stata dimostrata l'esistenza di disturbi glutine-correlati, nessun meccanismo possibile è stato individuato, stando alle indagini genetiche e agli esami eseguiti che indagavano l'esistenza di una flogosi latente, una alterazione della permeabilità intestinale o la risposta immunologica al glutine. Nonostante tutto ciò, nonostante nulla si sappia di certo sull'esistenza, la reale prevalenza, la patogenesi di questa nuova condizione, come rimarcato in uno splendido commento pubblicato su *Annals of Internal Medicine* da parte di due grandi esperti italiani (Di Sabatino A, Corazza GR. Nonceliac gluten sensitivity: sense or sensibility? *Ann Intern Med* 2012; 156:309-11), la ipersensibilità non celiaca al glutine ha invaso i media e in particolare Internet (con forum, dibattiti, avvisi di pazienti e produttori di cibi senza glutine) tanto che oggi è calcolabile un rapporto tra citazioni della stessa su Google e su PubMed di quasi 5000 (cinquemila) (il che la dice lunga anche sul peso della letteratura scientifica oggi disponibile sull'argomento). E non poca preoccupazione e diffidenza rispetto a interpretare la ipersensibilità al glutine non celiaca come malattia piuttosto che come fenomeno "indotto" dovrebbe suscitare proprio il fatto (citato anche dai Colleghi che ci hanno scritto) che il 15-25% dei consumatori americani desidera seguire una dieta senza glutine.*

ne (Painter K, USA today, 17 aug 2008) e che qualcuno ha suggerito che fino a 17 milioni di Americani sono oggi ipersensibili al glutine (Layton L. The Washington Post, 29 april 2011). Uno studio appena pubblicato su Journal of Pediatrics e rintracciabile in PubMed (Tanpawpong P, et al. Predictors of gluten avoidance and implementation of a gluten-free diet in children and adolescents without confirmed celiac disease. J Pediatr 2012;161:471-5) mostra come l'uso improprio della dieta senza glutine, a tutti i costi, al di là delle evidenze di efficacia, avvenga per prescrizione medica nel 7,4% dei casi in cui la malattia celiaca viene negata dai test sierologici appropriati e dalla biopsia intestinale e che particolarmente a rischio di finire in questa deriva (mi dispiace, ma non riesco a trovare un termine più appropriato...) sono i bambini con disturbi del comportamento (si tratti di irritabilità o di disturbo di tipo autistico) oltre che quelli con diarrea o storia familiare di celiachia.

Se devo fare riferimento alla esperienza personale non posso negare di sentire una profonda amarezza (ma anche rabbia) nel ricordare una piccola serie di bambini autistici le cui famiglie, già distrutte dal dramma e dalla fatica, erano state irrette da qualche cultore della non-celiac gluten sensitivity a mettere il bambino in dieta senza glutine, senza obiettivo vantaggio ma senza poi riuscire a liberarsi da questa aggiunta di fatica nella gestione del figlio, nella speranza che "qualcosa di buono" la dieta potesse comunque fare (o nell'illusione che realmente facesse). Non credo che questo piccolo dibattito possa concludersi senza rimarcare (e condividere?) la speranza che la letteratura sul problema si arricchisca unicamente (!) di studi ineccepibili e conclusivi. Credo però che, anche allo stato attuale delle conoscenze, qualcosa di concreto noi pediatri potremmo (dovremmo) fare, quantomeno per non contribuire ad aumentare il fumo e il rumore di fondo su questo problema che sembra sfuggito al controllo dell'evidenza scientifica: potremmo (dovremmo), davanti a un sospetto di intolleranza al glutine, limitarci a mettere in atto un iter diagnostico che confermi o neghi con certezza la celiachia. Se tutto questo viene fatto bene e porta a una precisa conclusione la cosa più importante è fatta. E, nel caso la diagnosi di celiachia venga negata, si dovrebbe evitare poi di intrudere con la vita del paziente elargendo consigli scientificamente contrari o incautamente solidali con l'ipotesi di una sensibilità non celiaca verso il glutine. Perché sarebbero comunque, allo stato attuale delle conoscenze, ipotesi e consigli assolutamente privi di ogni base scientifica.

**Alessandro Ventura**

PS. Colgo l'occasione per invitare la dottoressa Mastrototaro (e tutti gli altri specializzandi della scuola di Bari) a partecipare ai Confronti in Pediatria (in particolare ai

Confronti Giovani) dove troverà realizzato quel clima di circolazione di idee, di esperienze e di ipotesi "col vento in faccia" che, purtroppo, anche se sono profondamente convinto che i raggi X siano stati una grande scoperta..., Le ho dato modo di pensare venga da me osteggiato. Complimenti e un carissimo saluto ancora!

### La profilassi con vitamina K nel neonato

Medico e Bambino ha pubblicato nel 2003 un bell'articolo di S. Demarini che faceva il punto sul deficit di vitamina K nel neonato e sulle possibili strategie di prevenzione; le sue conclusioni erano abbastanza chiare:

- Una dose unica di vitamina K per via intramuscolare alla nascita previene tutti i casi prevenibili.
- Non ci sono per il momento prove che la profilassi orale classica sia ugualmente efficace.
- È invece molto probabile che la somministrazione orale continua di vitamina K per 13 settimane sia equivalente a una singola dose intramuscolare alla nascita: peraltro, a livello di popolazione, ciò pone problemi di compliance.
- Data la rarità dell'evento, nessuno può avere un'adeguata esperienza personale al riguardo: le decisioni dovrebbero basarsi su dati preferibilmente nazionali.
- L'American Academy of Pediatrics ha ribadito quest'anno la raccomandazione di somministrare a tutti i neonati una dose intramuscolare singola di vitamina K (0,5-1,0 mg) alla nascita.

Nel 2004 invece, il gruppo di studio di ematologia neonatale ha emanato alcune raccomandazioni, supportando l'uso della profilassi orale giornaliera con 25 mcg/die di vitamina K (secondo il modello olandese) sia dopo profilassi orale alla nascita che dopo profilassi intramuscolare, modalità quest'ultima proposta solo in Italia e non adottata altrove<sup>2</sup>.

La Consensus prevedeva una verifica a distanza di due anni in seguito a uno studio di sorveglianza<sup>3</sup>.

Fermi restando i problemi di compliance (che rischiano di compromettere anche la supplementazione di vit. D in quanto sono spesso prescritti preparati che contengono entrambe le vitamine) e la necessità di assumere decisioni sulla base di dati nazionali e non della propria esperienza; ricordando anche il peso del carico economico e il definitivo tramontare delle ipotesi di danno da somministrazione parenterale, vorrei sapere se a oggi le raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia (SIN) sono state verificate, se sono da considerare ancora attuali o se sarebbe opportuno ritornare alla raccomandazione (forte) di dimettere il neonato sano solo dopo una singola somministrazione im di vitamina K.

### Bibliografia

1. Demarini S. Il deficit di vitamina K nel neonato. Medico e Bambino 2003;22:586-7.
2. Società Italiana di Neonatologia, Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale. Profilassi con la vitamina K nell'emorragia da deficit di vitamina K. Consensus Conference, Siena 2 aprile 2004. Acta Neonatologica & Pediatrica 2004;4: 373-7.
3. Profilassi del neonato con vitamina K (Lettere). Quaderni acp 2005;12:124.

**Rosario Cavallo, Pediatra di famiglia  
Salice Salentino (Lecce)**

La Consensus Conference del 2004 del gruppo di studio di ematologia neonatale della SIN ha suscitato non poche perplessità. Innanzitutto perché, nonostante fosse una "Consensus", non ha tenuto in debita considerazione il fatto che nell'80% dei punti nazionali italiani venisse allora eseguita esclusivamente la profilassi intramuscolare.

Il divario maggiore, rispetto alle altre linee guida e raccomandazioni internazionali, è rappresentato dall'indicazione alla supplementazione orale con vitamina K nei neonati allattati al seno anche per quelli sottoposti a profilassi intramuscolare alla nascita. Decisione che non è stata adottata in nessuna altra nazione, dal momento che neonati senza fattori di rischio sottoposti a profilassi im l'incidenza della forma tardiva di VKDB è stimata in 1 caso su 1.000.000. Anche la scelta dello schema per la supplementazione orale è discutibile: lo schema di profilassi giornaliera con 25 mcg (adottato in Olanda) è risultato meno efficace rispetto ad altri schemi, e in particolare rispetto alla somministrazione settimanale di 1 mg (schema adottato in Danimarca).

Non solo, ma studi recenti hanno confermato come la dose di 25 mcg/die sia inefficace, e nel 2011 in Olanda è stato proposto l'aumento del dosaggio fino a 150 mcg/die (pari a una dose settimanale complessiva di 1 mg). È altrettanto discutibile, infine, l'aver proposto uno schema di somministrazione a totale carico della famiglia.

In Olanda, Danimarca, Germania e Regno Unito sono state monitorate coorti di neonati sottoposti a profilassi per valutare l'efficacia degli schemi adottati. Non si ha notizia che questo sia avvenuto in Italia.

Non sappiamo se le indicazioni della Consensus siano state riviste. Una risposta a tale riguardo spetta alla SIN. Possiamo, però, concordare con il dottor Cavallo sul fatto che la raccomandazione della (sola) profilassi intramuscolare alla nascita sia quella supportata dalle evidenze scientifiche più solide.

### Bibliografia di riferimento

- de Winter JP, et al. New Dutch practice guideline for administration of vitamin K to full-term newborns. Ned Tijdschr Geneesk 2011;155: A936.
- Ijland MM, et al. Incidence of late vitamin K deficiency bleeding in newborns in the Nether-

lands in 2005: evaluation of the current guideline. Eur J Pediatr 2008;167:165-9.

• van Winckel M, et al. Vitamin K, an update for the paediatrician. Eur J Pediatr 2009;168:127-34.

**Antonio Clavenna**  
Centro di Informazione sul Farmaco  
e la Salute, Istituto M. Negri, Milano

*Abbiamo richiesto al dottor Clavenna una risposta alla lettera perché si è occupato del problema con una revisione puntuale della letteratura. Abbiamo anche richiesto il parere ufficiale della SIN su un argomento così comune e controverso e siamo ancora in attesa della risposta. Siamo fiduciosi che arriverà, come eventuale importante aggiornamento sulle raccomandazioni che sono state formulate nel 2004.*

**Medico e Bambino**

### **La Pediatria di famiglia tra consunzione e rinascita: cultura e organizzazione**

Ho letto con molto interesse ciò che è stato scritto negli ultimi numeri di *Medico e Bambino* sul futuro della pediatria, l'editoriale di Giorgio Tamburlini (giugno 2012), e ritengo che quanto scritto sia condivisibile.

Da qualche anno faccio la pediatra di famiglia; penso che forse la riduzione del numero dei pediatri, nel futuro, sarà salutare per i bambini; potrà essere l'occasione di una riorganizzazione della pediatria, ora inflazionata, nel nostro Paese. Mi chiedo spesso cosa pensano i nostri bambini, sani, che sono continuamente portati dal pediatra e in Pronto Soccorso; che percezione hanno; continueranno ad andare dal medico per qualsiasi cosa anche da grandi?

In altri Paesi anche il futuro del lavoro del medico generalista è materia di riflessione, si veda "The evolving primary care physician", *N Engl J Med* 2012;366:1849-53. "... molte funzioni possono essere svolte, e meglio, da figure sanitarie non mediche... il medico deve essere partner di un team multidisciplinare o impiegato in centri di salute, con scomparsa del lavoro individuale... pena la riduzione a figura di lusso per pochi". Cita alcune esperienze dove queste forme organizzative sono in essere, sottolinea come una maggior competenza acquisita e un più stretto e proficuo rapporto con gli specialisti permettano di migliorare la cura dei pazienti senza riferirli a un secondo livello. Sottolinea la necessità di occuparsi di salute mentale e dei pazienti con patologie croniche complesse.

Dunque proprio le stesse cose!

È evidente che molte delle funzioni svolte dai pediatri di famiglia, e alcune funzioni, impropriamente svolte dai reparti di

pediatria degli ospedali, dovrebbero essere svolte da personale sanitario non medico, alcune addirittura da personale non sanitario.

Il pediatra dovrebbe vedere tanti bambini, non mille volte sempre gli stessi, riflettere su ciò che vede, su una realtà che cambia, studiare, vedere altri bambini.

Organizzare e verificare gli interventi di promozione della salute.

Fare in ambulatorio tutto ciò che si può fare, avere un rapporto permeabile con l'ospedale, uno scambio, una collaborazione.

Avere un rapporto molto stretto con i servizi di NPI, pensare di acquisire delle competenze non solo per fare diagnosi, ma per fare qualcosa in termini di intervento; essere primo riferimento per la scuola.

Un aspetto essenziale, quindi, è la cultura pediatrica, l'altro è l'organizzazione.

Organizzare meglio, sicuro, ma per che cosa? I due ambiti cruciali sono l'assistenza ai neonati e al bambino critico, che ancora oggi, in molte situazioni, non riceve l'assistenza intensiva adeguata.

Organizzare meglio per il mal d'orecchie forse non serve. Cito il prof. Panizon: discriminare fra chi ha bisogno di cure e chi solo di comprensione.

Le cose scritte dal prof. Biasini (*Medico e Bambino*. Lettere maggio 2012, pag. 285-6) sono assolutamente condivisibili, ma come poter fare tutto ciò?

Dal punto di vista organizzativo dovrebbe esserci un disegno, una definizione dei ruoli e dei compiti, una restituzione chiara di ruolo al personale infermieristico.

Per costruire dei team multidisciplinari è possibile mantenere il rapporto convenzionato per il pediatra o è necessario trasformarlo in un rapporto di dipendenza?

Come superare le resistenze corporative, l'opposizione del sindacato?

Come superare le chiusure di ciascuna "istituzione"? Basta vedere quello che succede in questi giorni appena si accenna a fare qualche taglio.

Se ci sono delle esperienze concrete, se ne parli, si raccontino, possono servire da modello. Proviamo a cambiare concretamente.

**Daniela Lizzi**  
Pediatria di famiglia, Udine

### **La crisi della Pediatria di famiglia: alcune riflessioni**

Pongo alla vostra attenzione la mia analisi sulla crisi della pediatria di famiglia (PdF). Premetto che la PdF ha avuto il merito di permettere alla popolazione infantile italiana un accesso diretto allo specialista pediatra con un netto guadagno in salute, intesa nel suo senso più ampio, per il bam-

bino. È servita a più di una generazione di pediatri per inserirsi con dignità nel mondo del lavoro. Nei primi anni di PdF i ricoveri sono crollati; la PdF ha assunto ruoli sempre più attivi nel proporre la prevenzione e l'educazione alla salute. Perché allora da oltre dieci anni il pediatra di libera scelta è sotto accusa sia da parte dell'opinione pubblica e dei mass media che da parte di chi gestisce la sanità? Il pediatra non si trova mai, il pediatra non fa visite domiciliari, il pediatra guadagna troppo, il pediatra non filtra gli accessi impropri ai pronto soccorso, il pediatra usa troppo cortisone per aerosol e troppi antibiotici. La PdF è insomma una casta.

Sono solo maledicenze facilmente confutabili? Se si, come? Con dati o con sindacale autoreferenziale passione? Non è forse giunto il momento, più che di una difesa, di una analisi critica del nostro ruolo? Se prima il rapporto di fiducia era il cardine con cui il pediatra di famiglia si rapportava con i genitori dei propri assistiti e con cui governava la domanda di salute, oggi si può ancora dire lo stesso? Certamente sì nella stragrande maggioranza dei casi, ma non sempre. Il rapporto fiduciario è sempre più conflittuale, confuso com'è da un lato dall'opinione che al pediatra si possa chiedere tutto e in ogni momento e, dall'altro, dal tentativo, peraltro ben stabilito dalla convenzione, di impedire che ciò avvenga. La libertà di scelta, altro prerequisito della convenzione, nel tempo è diventata una generica enunciazione per i moltissimi genitori costretti a scegliere gli unici, e a volte l'unico, pediatra disponibile. Non è un privilegio da casta limitare il numero dei pediatri di famiglia elevando il numero si assistiti ben oltre il massimale? Non esiste concorrenza tra pediatri, tanto tutti, chi prima chi dopo, raggiunge il massimale e con questo un identico compenso. Oggi tra chi fa tanto e chi fa poco non vi è differenza alcuna. La convenzione consente vuoti di presa in carico che ricade impropriamente, specie nelle grandi città, sui pronto soccorsi pediatrici e facilita la libera professione. È in questo clima che si è assistito anche di recente ad attacchi alla PdF nei mass media. È per questi motivi che si vuole sostituire la PdF con la pediatria territoriale, dove il modello organizzativo, non il rapporto medico/paziente, diventa il centro del sistema salute. Ambulatori sempre aperti e utenza che trova risposta dal pediatra di turno. Ma prima di fare ciò dovremmo riconvertire, sia professionalmente che giuridicamente, la PdF. Non più pediatra di fiducia ma pediatra *ad horas* o dipendenza.

Il rischio di creare un dispendioso opificio di prestazioni pediatriche a richiesta sta diventando una concreta possibilità senza che né la parte pubblica né tantomeno i sindacati dei pediatri se ne accorgano.

La soluzione? Lasciare ai pediatri dipen-

denti, con adeguate incentivazioni economiche, la continuità assistenziale nelle ore non coperte dalla convenzione. Sostituire parte del compenso del pediatra di famiglia con una quota a obiettivo: *in primis* la riduzione degli accessi impropri e l'appropriatezza prescrittiva (cosa diversa da riduzione della spesa che potrebbe poiché chi fa poco prescrive assai meno di chi fa tanto), e a seguire la disponibilità telefonica, percentuale di vaccinati ecc.

Io credo che sia stato un errore affiancare la medicina generale nelle cure primarie. La PdF è nata come una sorta di specialistica ad accesso diretto e a ciclo di fiducia. Doveva sin da subito integrarsi anche contrattualmente con la pediatria ospedaliera e realizzare così quell'area pediatrica vissuta solo il tempo di morire. Il bambino lo deve assistere il pediatra sempre e comunque. I genitori lo hanno capito; i legislatori e gli addetti ai lavori (SIP, ACP e sindacati dei pediatri) ancora dibattono su chi deve fare cosa. E intanto la PdF muore senza alcun vantaggio per nessuno, tanto meno per i bambini.

**Gian Piero Cassano**  
**Pediatria di famiglia, Viareggio**

*Due lettere di sostanziale accordo. Chissà quanti, invece, hanno borbottato "ecco, ci si mette anche Medico e Bambino a darci contro". In realtà, come forse non era difficile*

*capire, l'editoriale intendeva salvare non tanto i pediatri di famiglia quanto l'idea della pediatria di famiglia. Come servizio che si prende cura del bambino e della sua famiglia (in quanto caregiver del bambino) in modo comprensivo, certo risparmiando ricoveri inutili e prestazioni di PS non urgenti, certo risparmiando esami inutili o cure inappropriate. Ma soprattutto costruendo, a partire dalla nascita, salute e benessere e dando a quella minoranza con bisogni speciali quella continuità di cure e servizi di cui hanno bisogno. Quindi un servizio non una persona sola. Quindi un insieme di professionalità, comunque con al centro il pediatra ma un pediatra non solitario, ma connesso con i suoi pari, con i centri specialistici e le maternità, con gli altri servizi.*

*Mi pare che il commento di Daniela Lizzì sposi questa opzione, chiedendosi se non sia il rapporto di dipendenza uno strumento amministrativo migliore della convenzione. Può darsi, francamente non lo so. Mi verrebbe da dire, se fossimo in un altro Paese, sperimentiamo, confrontiamo e valutiamo. L'organizzazione regionale lo dovrebbe permettere. C'è qualche assessore che vuole impegnarsi in un simile tentativo? Sta per uscire una serie del Lancet sui servizi di salute in Europa, un articolo sarà sulla pediatria. Dirà anche questo, vedremo se qualcuno si muoverà. Certo, sarebbe utile il diretto appoggio di SIP e sindacati (giacché non ho dubbi che l'ACP sarebbe a favore). Ma ve-*

*niamo anche ad altre osservazioni contenute nelle due lettere. Il collega Cassano pare puntare sul sistema attuale corretto da alcune incentivazioni alle buone pratiche. Si può tentare anche questo, ma resto convinto che serva un cambio di rotta più deciso. Poi propone una cosa a cui forse nessuno aveva ancora pensato, almeno in questi termini (forse mi sbaglio): un'area pediatrica unica, tutta dipendente, ma tutta collegata, comprendente ospedale e territorio. Interessante. Mi viene da dire che dovrebbe per lo meno essere un'area materno-infantile che arrivi all'adolescenza, che funzioni come dipartimento. Anche questo era stato proposto (ACP, 15 anni fa, poi in parte ripreso da un progetto obiettivo materno-infantile nazionale). Nulla di ciò è stato fatto. I perché li ho già elencati nell'editoriale: difese corporative sindacali (e non solo), decrescente interesse degli amministratori verso il materno-infantile, scarsa lungimiranza di tutto il settore formativo (con le dovute eccezioni). Ma, vi assicuro, qualcosa cambierà. Sotto la spinta delle necessità e dell'evidenza. Si tratta di definire quando. Su questo ciascuno di voi può dire la sua, magari andando a parlare con l'assessore in carica, proponendo una sperimentazione seria, e facendo in modo che i pediatri (almeno la maggioranza) la appoggino convinti.*

**Giorgio Tamburlini**

## GIORGIO BARTOLOZZI

È morto Giorgio Bartolozzi. Uno che sembrava non dovesse morire mai; una persona malata che sembrava la persona più sana di questo mondo; la più attiva, la più attiva che io abbia mai conosciuto; la più attiva e la più partecipe con quel che diceva; e forse anche la più amata dai pediatri. Girava l'Italia senza tregua, nei suoi ultimi e penultimi anni, chiamato dappertutto, dai pediatri di base così come dalla pediatria ufficiale, come relatore, e vivace animatore a questo, quello, quell'altro Congresso. Era un Maestro. Un didatta nato. Il suo libro di testo, *Pediatria, Principi e Pratica clinica*, credo sia stato il più letto, da studenti, da specializzandi, da pediatri. Lo conoscevo, possiamo dire, da sempre. Ma l'ho conosciuto più da vicino nel corso di un'impresa "benefica". Era il tempo della "alfabetizzazione della Pediatria"; un tempo un po' eroico, iniziato, anzi esploso, nel 1978, assieme alla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Soffiava ancora il venticello del '68, e la voglia di rinnovamento, che allora si identificava, per la Pediatria, con l'Associazione Culturale Pediatri. E nel 1978 l'Associazione, con *Burgio for President* e con molti di noi come consiglieri, "occupava" la Direzione della Società Italiana di Pediatria: *Occupy SIP*. E istituiva dei corsi "model-



lo" per pediatri di base, tre, uno al Nord, uno al Sud, uno al Centro: quello al Nord ha avuto un solo, bravo figlio (Tabiano, sempre vivo), quello al Centro nessuno, quello al Sud una piccola marea. Sono venuti da noi, allora, i pediatri di Perugia a chiederci, a me e a Giorgio, di organizzarne uno là, al Centro, che era rimasta sterile. E siamo andati in pellegrinaggio, quasi a piedi, a braccetto, guardandoci ogni tanto, a chiedere al cattedratico di Perugia di far parte, naturalmente, anche lui del Corso, e, sostanzialmente, di lasciarcelo fare. Ce l'ha lasciato fare; ma se ero da solo, non so.

Da allora abbiamo avuto una lunga stagione di impegni comuni; ma lui ne aveva sempre uno di più. Però sullo stesso fronte. Chiamati a parlare di questo e di quello, in pediatria di base; e imparavamo, via via che insegnavamo. Poi lui si è lasciato prendere dalla passione per i vaccini. Con una certa fatica iniziale, ad accoglierli, come diceva all'inizio, *dura lex, sed lex*; ma poi se ne è innamorato, e poi sempre più; si è innamorato dei loro progressi, dei loro effetti. Sapeva tutto, davvero, e portava in giro la sua passione. Ha lavorato a lungo, anni e anni, più di 400 titoli, per *Medico e Bambino*, con *Medico e Bambino*; e non solo sui vaccini. È venuto sistematicamente, eccetto che negli ultimissimi tempi, ad animare gli incontri organizzati dalla nostra Rivista. Non mi sembra vero che non ci sia più. Arrivederci, Giorgio.

**Franco Panizon**