

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

IL GRAFFIO La nostra strada



È bello immaginare il mestiere di medico come qualcosa che si svolge lungo un percorso: una strada che ci dà occasione di incontrare una molteplicità di persone diverse e di diversi problemi e di dedicare loro la nostra opera e la nostra competenza, senza discriminazioni, sempre e comunque. Bello, sì. E, tutto sommato, non diverso da quello che la gente si aspetta da noi, in uno dei più classici esempi di quell'etica minima condivisa e di quella scontata aspettativa di solidarietà che sono indispensabili pilastri della stabilità e dello sviluppo delle società. Ma quando il gioco si fa (strumentalmente) duro, perché la durezza diventa un valore (elettoriale) assoluto, quando nelle strategie e nei modi di chi governa il mondo si insinua la discriminazione e la violenza, anche l'etica minima condivisa viene messa duramente alla prova e rischia di sgretolarsi. Non ci meraviglia quindi (ma ci sgomenta) che in questo periodo storico ci sia richiesto, proprio e paradossalmente dai governanti (che della stabilità e del futuro della società dovrebbero essere i garanti), di restringere i bordi della nostra strada, di renderla meno ampia e accogliente, di ridimensionare, svuotandolo di valore logico e concreto prima ancora che umanistico, il significato del nostro lavoro. A questa richiesta dobbiamo essere pronti a rispondere con fermezza. Quando ai pediatri e ai neuropsichiatri infantili era stato chiesto dal Governo USA di assistere i bambini migranti separati dai genitori, quegli stessi pediatri e neuropsichiatri, in un messaggio inviato al presidente Trump e al mondo intero, hanno ribadito che il loro compito (la loro strada) era quello di prevenire la causa del male (la separazione) e non di assistere, da complici, le vittime di un delitto (N Engl J Med 2017;376:2314-5). E ancora: quando nel novembre 2018 l'American Academy of Physicians ha richiamato formalmente il Governo all'urgenza di investimenti di ricerca e di interventi concreti per la prevenzione delle morti da arma da fuoco (Ann Intern Med 2018;169:704-7), la National Rifle Association (NRA) (una delle lobby più potenti d'America), sostenuta dal Governo Trump, ha sparato in rete (è il caso di dirlo) un tweet minaccioso, ammonendo i medici, "che si danno importanza perché sono contro le pistole", a rimanere sulla loro strada. La risposta dei nostri colleghi americani (molti, pensate un po', possessori di arma da fuoco) è stata perentoria e tumultuosa. Non solo è stato ribadito che la prevenzione delle morti da armi da fuoco è incontrovertibilmente la strada che i medici devono percorrere ("our lane"),

ma è stato anche creato un hashtag, diventato rapidamente virale (#ThisIsOurLane), in cui si sono succedute migliaia e migliaia di immagini, di esperienze e di riflessioni postate da medici: quelle di un soccorritore con le mani insanguinate dopo 30 minuti di massaggio cardiaco a un sopravvissuto a una sparatoria; quelle di un chirurgo che mostrava la poltrona dove era seduto accanto a una madre cui aveva dovuto comunicare la morte del figlio "sparato"; quelle di un rianimatore con il reparto pieno di feriti gravi; quelle di un pediatra che rimarcava come la mortalità per arma da fuoco in età pediatrica negli USA sia il doppio di quella per tumore e la seconda in assoluto dopo gli incidenti di altro tipo; quelle di operatori medici e paramedici che assistevano estenuati i ragazzi colpiti nella sparatoria del novembre 2018 in una scuola californiana, dovendo anche pulirne il sangue sulle barelle... e avanti così (non perdetevi a questo proposito la "Perspective" del NEJM: #ThisIsOurLane 2019;380:405-407). All'appello per lo sbarco immediato dei 47 naufraghi recuperati in mare dalla nave Sea Watch (questa volta parliamo dell'Italia), lanciato al Governo da un neonatologo del "Burlo Garofolo" di Trieste e sottoscritto alla fine da più di ottocento medici di tutta la Regione Friuli Venezia Giulia, la risposta risentita e minacciosa dei governanti della Regione è stata quella di richiamarci a stare al nostro posto: come se la salute fisica e mentale, la vita stessa (e la dignità) dei migranti non fossero a pieno titolo affar medico ma una questione che riguarda solo la (loro) politica. Senza contare tra l'altro che dalla salute fisica e mentale, dalla vita, dalla dignità che avremo saputo garantire ai migranti rifugiati che chiedono asilo, dipenderà anche la vita, la salute, la dignità e ragionevolmente anche il benessere della nostra stessa società. Nel loro complesso, scrive il Time, il popolo dei migranti internazionali costituisce il quinto Paese più popoloso del mondo. Un Paese produttivo tra l'altro, se è vero che, come segnalano le Nazioni Unite, pur costituendo il 3% della popolazione mondiale, genera il 9% del PIL. Sì, sono sicuro che anche qui in Italia è il momento di far capire che noi medici, noi pediatri, noi operatori della salute, non siamo disposti a cambiare la nostra strada né a modificarne la capacità di accoglienza. Quantomeno per non umiliare la nostra intelligenza se non per rispettare la nostra coscienza. E, mi raccomando, chi è capace di farlo lanci magari un nostro hashtag italiano: #QuestaÈLaNostraStrada.

Alessandro Ventura

Ruolo del pediatra nei disturbi dell'apprendimento

Vorremmo rispondere alle argomentazioni del dott. Spataro sul ruolo del pediatra rispetto ai problemi del disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) del bambino (Lettere. *Medico e Bambino* 2018;37(6):352).

Il dott. Spataro sostiene che di tale problematica debbano occuparsene gli insegnanti. A sostegno di questa tesi chiama il Decreto Ministeriale (DM) 5669/2011 nonché la Direttiva Ministeriale del 2012 riguardante i bisogni educativi speciali (BES) dove non si parla di pediatri! Sostiene poi che la Scuola ha fatto molti passi avanti nello specifico della sorveglianza e della diagnosi dei DSA. Conclude infine che il ruolo del pediatra debba limitarsi al sospetto diagnostico precoce di disturbi del linguaggio per non creare sovrapposizioni e perché "gli insegnanti sono più bravi". Naturalmente ho riassunto semplificando.

Di Medicina fatta a colpi di DM abbiamo molti nefandi esempi: vogliamo parlare dei vaccini? Oppure di note e noticine, appropriatezza prescrittiva fatta più che altro per ottenere di rientrare finanziariamente e mille altre burocratizzazioni che ci legano le mani quotidianamente? Citare due DM a difesa della supposta superiorità nell'intercettare la problematica degli insegnanti mi sembra un'autorete!

Ciò detto, lungi da noi non riconoscere l'importantissimo ruolo degli insegnanti in questi casi, ma in specie perché hanno l'occasione di una osservazione medio-lunga contro la nostra necessariamente breve. Loro hanno il tempo, ma noi la competenza!

Possiamo supplire alla logistica negativa mediante la raccolta anamnestica, la somministrazione di reattivi standardizzati e soprattutto la nostra esperienza clinica.

È esperienza comune nei nostri ambulatori che i "passi avanti" fatti dalla Scuola negli ultimi anni abbiano portato a un eccesso di "sospette dislessie", un mare di richieste valutative e una pletera di certificati telematici per 104 e indennità di frequenza.

Ci troviamo quotidianamente con bimbi con disturbi minimi o nulli che hanno i BES a sei/sette anni, e di contro, diagnosi di dislessia fatte a 13 anni quando ormai il rischio di psicopatologie associate è molto forte e le possibilità di intervento molto più limitate, per non parlare degli aspetti motivazionali ed emotivi associati a questa età.

Allora, forse, le competenze del pediatra e l'osservazione degli insegnanti vanno meglio integrate sviluppando una collaborazione. Non si tratta di sovrapposizione di ruoli tra pediatra e insegnanti, ma di complementarietà! Non facciamo così anche per i disturbi del linguaggio? Raccogliamo le confidenze dei genitori e somministriamo dai diciotto mesi ELM test e questionario Mac-

Arthur, solo dopo inviamo ai successivi step diagnostici. Se lasciassimo fare alle mamme avremmo migliaia di consulenze neuropsichiatriche/logopediche inutili e molti disturbi del linguaggio non diagnosticati.

Seguendo la falsariga del ragionamento del collega Spataro, perché eseguire il *cover-uncover* test e il test di Lang? Basta inviare direttamente all'oculista come chiedono tutte le mamme alle quali è demandata l'osservazione del figlio. E così sarebbero superflue le podoscopie e le scoliometrie che facciamo, tanto ci sarà l'ortopedico.

Ma allora, se invece questi screening sono utili, a maggior ragione lo sono quelli verso i disturbi cognitivi eseguiti ai 5 anni, almeno per chi ha avuto disturbi del linguaggio, per poter intervenire precocemente e magari evitare problemi maggiori ai sette anni, età alla quale si diagnostica il DSA.

L'importanza del ruolo del pediatra nell'individuazione precoce di questi disturbi inoltre è promosso da numerose associazioni e iniziative quali l'AID (Associazione Italiana Dislessia) che ha organizzato nel 2016 il convegno "I pediatri incontrano la Scuola dei DSA" o l'intervento della dott.ssa Stefania Manetti (pediatra e responsabile per la Campania dell'ACP) che in occasione del XV Congresso nazionale AID del 2015 portava un intervento intitolato: "Il ruolo del pediatra prima e dopo la diagnosi". Anche l'associazione SOS Dislessia (guidata dal dott. Giacomo Stella, considerato uno dei massimi esperti del settore in Italia) pone il pediatra in prima linea affermando che: "*compito del pediatra è quello di rilevare difficoltà nelle competenze comunicativo-linguistiche, motorio-prassiche, uditive e visuospatiali, e, se persistenti nel tempo, richiederne un approfondimento presso i Servizi sanitari dell'età evolutiva*". Riporto poi un'iniziativa promossa proprio dall'ACP, "Nati per leggere", che propone alle famiglie con bambini fino a 6 anni di età attività di lettura che costituiscono un'esperienza importante per lo sviluppo cognitivo dei bambini. Seguendo il ragionamento del collega tale iniziativa (a nostro parere lodevole) andrebbe bocciata in quanto la lettura e "*tutto quello che riguarda l'apprendimento deve essere affidato alla Scuola*" (cit. Spataro) e in nessun DM è sottolineato il ruolo del pediatra nel promuovere percorsi di lettura condivisa.

Cosa ne pensano i colleghi pediatri di famiglia? Abdichiamo o ci prendiamo le nostre responsabilità?

Luca Giangrande

Pediatra di famiglia dei Castelli Romani

Andrea Giangrande

Psicologo dell'età evolutiva, Roma
e-mail: luca.giangrande53@gmail.com

Credo che parlare del solo ruolo del pediatra sia una parte del problema perché l'individuazione, la presa in carico riabilitativa, ma soprattutto il mantenimento della giusta motivazione allo studio dei bambini con DSA è un lavoro di squadra che deve coinvolgere le famiglie, la Scuola, i pediatri e gli specialisti.

È (purtroppo) nozione comune che i tempi di attesa per la valutazione dei soggetti DSA in molti ambulatori del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sono lunghi, troppo lunghi.

Vero è che gli Organici sono sottodimensionati ma è anche vero che le richieste inappropriate si stanno moltiplicando con conseguente allungamento delle liste e conseguente ritardo nell'individuazione tempestiva di chi può ancora giovare di un trattamento abilitativo (che sappiamo può migliorare ma non risolvere il disturbo) ma soprattutto può giovare di quanto previsto dalla legge 170/2010 (provvedimenti dispensativi e compensativi). Tanto per dare qualche numero, nel nostro ambulatorio per i DSA fra il 30% e il 40% dei bambini che afferiscono non ha nulla, proprio nulla...

Conosciamo il dato di prevalenza della dislessia perché è stato pubblicato nel 2012 uno studio epidemiologico relativo alla Regione Friuli-Venezia Giulia, parte di un lavoro nazionale, appena pubblicato, che è del 3,5%. Il dato interessante che emerge da queste ricerche è che in 2 bambini su 3 il disturbo non era diagnostico ed è stato individuato solo nel corso delle ricerche.

Quindi potremmo sapere in anticipo, con buona approssimazione, quanti bambini possiamo aspettarci (e questo ci permetterebbe di creare liste diversificate per età per valutare prima i bambini più piccoli dopo la fine delle seconda elementare, ma questo non sempre è possibile perché l'attuale sistema di priorità per gli ambulatori privilegia chi telefona prima e non il problema) per programmare le indagini, ma siamo letteralmente sepolti da richieste per "generiche" problematiche di difficoltà scolastiche. Quindi si corre tanto ma alla fine, comunque, 2 bambini su 3 non vengono diagnosticati.

Dobbiamo quindi lavorare e collaborare per rendere appropriate (e tempestive) le domande di valutazione. È fondamentale altrimenti non ne usciamo.

Cercando di mettere un po' di ordine in questo apparente caos. La legge 170 del 2010 prevede che: "Le scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia, [debbono, NdR] attivare, previa apposita comunicazione alle famiglie interessate, interventi tempestivi, idonei a individuare i casi sospetti di DSA degli studenti". E dice anche: "[...] Per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero didattico mirato, presentano persistenti difficoltà, la Scuola trasmette apposita comunicazione alla famiglia."

Partendo da questo dato di realtà (la Legge) una possibile soluzione è che nell'am-

bito scolastico (parliamo soprattutto della scuola primaria di primo grado) vengano individuati i bambini con difficoltà e che per loro venga organizzato un programma di rinforzo didattico (in accordo ovviamente con i genitori).

Solo i bambini resistenti all'intervento, quelli cioè che non miglioreranno nonostante l'intervento, dovranno essere inviati all'osservazione specialistica. La Scuola cioè comunica alla famiglia che il bambino è resistente all'intervento e i genitori con questa comunicazione si rivolgeranno al pediatra che invierà il bambino alla valutazione specialistica.

Il pediatra quindi è il riferimento di questo processo perché può verificare se il bambino è stato sottoposto al rinforzo e se è resistente. Potrebbe anche succedere che al pediatra venga comunque richiesta la prescrizione per la visita specialistica, in questo caso l'uso di uno strumento di facile utilizzo e a voi noto, come per esempio la scheda dell'ACP, compilata insieme ai genitori, permette di individuare i bambini a rischio per possibile DSA da inviare alla valutazione specialistica.

Nella nostra Regione (Friuli-Venezia Giulia) questo approccio, che prevede il coinvolgimento attivo dei genitori, della Scuola, del pediatra e degli specialisti, è stato oggetto di un Tavolo di lavoro regionale che ha coinvolto l'Ufficio scolastico regionale, i pediatri e gli specialisti e dove è stato elaborato un documento poi oggetto di delibera di Giunta dal titolo: "Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra la Regione Friuli-Venezia Giulia e l'Ufficio scolastico regionale per l'attività di individuazione precoce dei casi sospetti di disturbo specifico dell'apprendimento (DM 17 aprile 2013)" (Delibera 933/2014 consultabile on-line). Non so se questo documento sia la soluzione ideale, anche perché viene applicato poco, in maniera incostante o non viene applicato, ma almeno ha il pregio di definire chi fa che cosa in una serie di interventi, diciamo, consequenziali.

In questi tempi d'altronde anche la Scuola e i Servizi Sanitari, sono in difficoltà. Solo lavorando facendo squadra sarà possibile essere efficaci nell'elaborare progetti che permettano ai bambini il raggiungimento dei previsti obiettivi formativi, che ora sono scolastici, ma domani saranno di vita.

Bibliografia

1. Barbiero C, Lonciari I, Montico M, et al.; CENDi (National Committee on the Epidemiology of Dyslexia) working group; Epidemiology of Dyslexia of Friuli Venezia Giulia working group (FVGwg). The submerged dyslexia iceberg: how many school children are not diagnosed? Results from an Italian study. *PLoS One* 2012;7(10):e48082.

2. Barbiero C, Montico M, Lonciari I, et al.; of behalf of the EpiDit (Epidemiology of Dyslexia in Italy) working group. The lost children: the underdiagnosis of dyslexia in Italy. A cross-sectional national study. *PLoS One* 2019;14(1): e0210448.

Marco Carrozzi

IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo",
Trieste

Non so da quanti anni si discute su chi, quando e come si debba fare la diagnosi di DSA. Partiamo dalle certezze.

La diagnosi deve essere fatta dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) su segnalazione degli insegnanti.

Quando? Il prima possibile. In terza elementare bisognerebbe avere la certezza della diagnosi ma prima, anche molto prima (diciamo durante la scuola dell'infanzia), bisogna individuare i bambini a rischio di DSA.

Come fare la diagnosi? Compito, naturalmente, dei NPI mediante test appositi. Il compito certo è indiscusso, quindi, durante l'iter diagnostico è quello del NPI. Più incerti sono i compiti di genitori, pediatri, insegnanti.

Di grande responsabilità è il compito degli insegnanti perché sono loro che hanno i mezzi, il tempo e, si spera, le competenze per individuare i bambini a rischio. Leggere però i dati del MIUR dello scorso anno (vedi News Box. Gli alunni con disturbi specifici dell'apprendimento. Medico e Bambino 2018;37(5):291-4) fa un certo effetto: incidenza dei DSA in Val d'Aosta, Piemonte e Liguria rispettivamente: 4,9%, 4,8%, 4,5%; incidenza dei DSA in Calabria, Campania e Sicilia rispettivamente: 0,7%, 0,9%, 1,1%.

È molto probabile che la responsabilità di questa differente incidenza sia da attribuire agli insegnanti (appunto, con scarse competenze in materia) e lo Stato dovrebbe intervenire con adeguati investimenti in ambito scolastico per appianare queste imbarazzanti differenze tra Nord e Sud. Ma è certo che lì dove sfuggono tanti bambini con DSA qualche responsabilità devono assumersela anche genitori e pediatri, perché anche loro possono contribuire a individuare i bambini a rischio di DSA.

I pediatri attraverso il continuo monitoraggio, in occasione dei bilanci di salute successivi all'anno di vita, delle abilità del bambino accertandosi di cosa quel bambino sia capace di fare.

I genitori dedicando quotidianamente del tempo ad attività che in qualche modo misurino le capacità del proprio figlio: lettura, musica, gioco.

Un bambino con un ritardo del linguaggio o che a 4-5 anni non riconosce le rime o segue una storia per pochi secondi non sapendo riferire nulla del contenuto è sicura-

mente un bambino a rischio di DSA e deve essere seguito con particolare attenzione.

C'è il rischio, enfatizzando troppo la problematica, di eccessivo ricorso alle strutture di NPI per formulare una diagnosi corretta di DSA? Forse sì, ma a questo punto bisognerebbe chiedersi se è meglio avere più falsi positivi o falsi negativi.

Lucio Basile

Pediatra di famiglia, Spoltore (Pescara)

Ritengo che non dobbiamo abdicare al nostro ruolo di medici, che è anche giustamente quello dello screening dello sviluppo psicomotorio, delle competenze cognitive, comunicative e linguistiche. Con quali mezzi noi facciamo questo screening, però, non è standardizzato (non come lo stereotest di Lang, la tavola ottotipica, la scoliometria...). Non ci sono test e scale valutative dello sviluppo e del linguaggio diffuse in modo omogeneo negli ambulatori. Nemmeno la M-chat e nemmeno la scala di Denver.

Concordo che sia imprescindibile lo screening "de facto" che fanno le maestre alla scuola materna e primaria.

Credo che vada implementata sia la nostra capacità di valutazione, senza dover mandare tutti dal neuropsichiatra (o dallo psicologo? O dal logopedista? Anche gli iter andrebbero standardizzati meglio), con un test (fattibile, ripetibile, uguale per tutti).

Ma, anche dopo aver avuto l'occasione di sentire proprio il dott. Giacomo Stella, credo che il maggior investimento vada fatto sugli insegnanti.

Ho l'impressione che molti insegnanti siano maggiormente sensibilizzati sull'argomento rispetto al passato, ma non maggiormente formati. Risultato: un grande spavento poco guidato e poco finalizzato, molti invii al nostro ambulatorio, che danno a volte più l'impressione di uno "scaricabarile" che di una presa in carico, l'avvio di un progetto da parte della Scuola.

Un neuropsichiatra non molto tempo fa mi ha detto che secondo lui si dovrebbe arrivare alla diagnosi fatta a Scuola. Non lo so, e non vorrei perdere, come pediatra, il ruolo di "coordinatore della salute del bambino", perché credo davvero che solo noi possiamo avere le competenze per vedere il bambino nel suo insieme (di salute e malattia, di range di normalità o necessità di intervento). Ma tutto considerato, se avessi 10 euro da spendere su questo problema, li spenderei tutti sugli insegnanti anziché 5 a Scuola e 5 dal pediatra. E mi riferisco non a incentivi economici (!) ma alla formazione.

Giovanna Ventura

Pediatra di famiglia, Monfalcone (Gorizia)