

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.

Pediatrati di famiglia in ospedale

Caro prof. Panizon,

L'estate scorsa sono stato ricoverato in ospedale.

Sia come collega che come paziente, mi è sembrato giusto, lo stesso giorno del ricovero, telefonare e informare il mio medico curante. Mi ha risposto che alla dimissione ci saremmo parlati.

Mi sarei aspettato che, durante le mie giornate di degenza, il mio medico venisse a trovarmi e a discutere il mio problema con i colleghi di reparto. Invece, chi l'ha visto? Deluso dal suo comportamento, anche perché si tratta di un collega veramente preparato, e non vedendo, per la verità, in giro per il reparto altri medici curanti, ho chiesto al primario se quella di informarsi sui propri assistiti ricoverati fosse o non fosse una prassi diffusa. Mi ha risposto che solo eccezionalmente, e questo ormai da anni, qualche medico chiede informazioni sui suoi pazienti ricoverati, e in ogni caso, di regola, per telefono. Ma in pediatria, ho chiesto, c'è qualche pediatra che va a trovare i suoi pazienti? Se ci va, mi ha risposto, sarà per farsi perdonare qualcosa da parte dei loro genitori; e che comunque le cose sono diverse per bambini e anziani.

Solita ruggine tra ospedalieri e convenzionati? Ma davvero i medici di oggi non vanno a trovare i loro pazienti in ospedale? Anche se magari il loro studio è a poche centinaia di metri di distanza? Ma perché tanti di loro mancano di quel minimo di umanità che a me sembra debba far parte del nostro lavoro? Certo, ce se ne accorge meglio quando si passa dall'altra parte, dalla parte del malato.

La nostra professione, oggi, è schiacciata dal peso della burocrazia (maledetta!), dal numero delle visite, 30-40 pazienti ogni giorno, allo studio; forse anche dall'uso spersonalizzante del computer.

Mi scusi per lo sfogo. Ma da Lei, che ho sempre considerato un padre della pediatria, vorrei davvero sentire un saggio parere.

Lettera firmata

Caro dottor X,

è tanto che non La sento; ed è tanto che non faccio più il pediatra. Ho ottantasei anni (86!). Ho fatto ancora, felicemente, il pediatra, in Africa, dai 75 anni agli 82; una

patologia somigliante a quella dei nostri anni '50, ma moltiplicata, non so per quante volte. Bello; e non disumanizzante, malgrado i numeri, anzi. E malgrado i morti, 1, 2, 3, 4 per settimana.

Non so se sarò capace di risponderLe come Lei mi chiede; e mi scusi se, forse, per la Sua scrittura "da medico" ho capito male qualche punto della Sua lettera. Ma solo qualche punto, non la sostanza.

Ci provo.

Della medicina di oggi, di qui, io credo si possa parlare bene: dico della medicina che ho vissuto, in questi ultimi anni, come paziente e come ricoverato; anzi benissimo, sia della medicina ospedaliera che di quella "di famiglia". Non avrei, anzi, dubbio sul fatto che è migliorata MOLTO rispetto a quella di cinquant'anni fa. Non solo per le conoscenze, per la tecnica, per la disponibilità, per la qualità dell'albergo ospedaliero, ma proprio per il "sentire" nei riguardi del malato, per la percezione di una dignità del malato che, allora, la presuntuosa "superiorità" della professione, inconsapevolmente, ci portava a cancellare, a dimenticare.

Allora, quando mi sono laureato, alla fine degli anni '40, e per almeno i primi 20-30 anni dopo la laurea, quella dei medici era davvero una casta, quasi come quella dei nostri politici. E i pazienti "non paganti", quelli che avevano diritto alla visita del papà e della mamma solo il mercoledì e la domenica, e più ancora i papà e le mamme che il mercoledì e la domenica arrivavano in Ospedale come "la carica dei bisonti", erano guardati con sufficienza e fastidio. In Sardegna ricordo un medico condotto che diceva che lui faceva medicina "in corpore vili". Lo diceva seriamente, non per fare lo spiritoso. Ho parlato spesso di queste cose e ho in mente molte colpe, anche mie, di allora. La "rivoluzione" è cominciata dal luogo più "debole" (e più scandaloso), la psichiatria, all'inizio degli anni '70, qua e là; poi è venuta la pediatria, a metà degli anni '70, anche quella qua e là. Poi, dopo abbastanza, io direi dopo almeno una decina d'anni, tra gli anni '80 e gli anni '90, anche quella qua e là (e ancora conosco posti un po' scandalosi), la medicina dell'adulto. La geriatria, che oggi comprende il 70% della medicina, allora (anni '50) neanche c'era. Si moriva a casa, e dopo una certa età nessuno ti curava più. Eppure, non me ne accorgevo.

Della pediatria di oggi, di qui, della pediatria che conosco, l'ho detto, non posso che parlare molto bene. Sicuramente cam-

biata in meglio rispetto a 30 anni fa, quando è nata la rivista Medico e Bambino. Ma anche la pediatria non è eguale dappertutto, né i medici sono eguali tra loro. Certo sono cambiate anche la numerosità e la qualità delle malattie. La mortalità pediatrica si è ridotta di 10 volte e solo un poco per merito nostro (di noi medici), molto più per il benessere. Allora i malati che si vedevano (e che si potevano ricoverare) erano una piccola parte della popolazione pediatrica, ed erano prevalentemente gravi. Oggi se ne vedono molti, molti di più; e molto, molto meno gravi.

Probabilmente è per questo che è cambiata la nostra (di noi medici) percezione del singolo malato. Ma non (non necessariamente) la "umanità". Lo ha detto anche Lei; il numero, e dunque la (relativa) banalizzazione, e la burocratizzazione del lavoro, han reso il rapporto interpersonale meno stretto. E tuttavia, io dico, e spero che questo La consoli, bene lo stesso; molto bene; molto meglio. Il bilancio generale è, a mio giudizio, positivo. E questo non vuol dire che non si possa ancora migliorare; e che ciascuno di noi, medici, non ci possa mettere dentro ancora più impegno, e affetto, e partecipazione. Tutte cose che fanno BENE, BENE, BENE, al cuore.

Un abbraccio, caro (vecchio?) dottor X.

Franco Panizon

Credibilità e professionalità

Ho letto la lettera del dott. Baio (e la risposta del prof. Panizon), pubblicata sul numero di ottobre 2011, relativa a marketing e prescrizioni di farmaci, trovando molti spunti di riflessione. La mia impressione è che la "classe medica" sia poco consapevole del ruolo che le aziende farmaceutiche le hanno assegnato. Non ci rendiamo conto della potente opera di promozione che facciamo offrendo ai nostri pazienti il campione che ci viene lasciato, che sia un antibiotico o una crema idratante. In cambio otteniamo qualche penna o gli abbassalingua; non sto sostenendo il paragone, vorrei solo sottolineare il "basso costo" al quale le aziende farmaceutiche ottengono una collaborazione che risulta vitale per le loro campagne pubblicitarie (un campione dato dal medico ha il significato di un suggerimento "qualificato e personalizzato", altro che inserzioni sui giornali o nelle TV!). In questi anni l'informatore farmaceutico ha sopperi-

to alle "carenze dell'Università"; ha offerto cioè ai medici di base "soluzioni pratiche" per i problemi banali che con frequenza quotidiana si propongono negli ambulatori. Spesso non problemi, ma avvertiti come tali, dai pazienti o dai loro genitori (qui forse il lavoro di Michael Balint potrebbe aiutarci a capire...). Agli occhi del "medico di trincea", soprattutto se giovane e inesperto, gli informatori possono apparire come angeli benevoli che gli offrono solidarietà e preziosi consigli. Non è così facile, come sembra sia per il dott. Baio, rifiutare questa pubblicità ingannevole... Basta guardare i lattini o i farmaci che prescriviamo per il fisiologico reflusso gastroesofageo.

Basta riflettere su quanto cortisone inalatorio distribuiamo a piene mani, senza nessuna indicazione, in risposta automatica al sintomo tosse (qualunque ne sia l'origine) perché l'informatore sollecito ci ricorda ogni volta che "funziona per le alte e basse vie respiratorie". Spiegare ai genitori che la tosse passerà a prescindere dai farmaci usati, impegna non poco, tempo e parole; aspettare, ai loro occhi, può equivalere a una scelta rinunciataria, sospetta (pediatra incerto sulla diagnosi? o sulla terapia?). Nel breve è sicuramente più semplice prescrivere l'aerosol, ma nel lungo tempo ci diamo la zappa sui piedi, con richieste da parte dei genitori che ripropongono i nostri automatismi, tosse-cortisone. Spesso ormai auto-prescritto e, clamorosamente, senza indicazione. Ancora, il fatto che meno di trent'anni fa, ogni farmaco e ogni visita medica venissero ancora rimborsati dallo Stato (tanto pagava... Pantaloni), non può che avere favorito l'abuso dei farmaci o presunti tali; e tuttora gli automatismi tipicamente consumistici di rispondere a ogni problema, a ogni ansia, con l'acquisto dell'oggetto-farmaco, persistono molto potenti nella nostra cultura. Anzi, oggi siamo inondati, in una ulteriore esasperazione consumistica, da farmaci "per i sani" o "per mantenere o migliorare la salute" come dice il dott. Baio: "gel dentizione", "soluzione sterile per la pulizia perioculare", "salvietta monouso per la pulizia del cordone ombelicale", la gran parte dei fitoterapici, probabilmente tutti gli omeopatici ecc.

Voglio segnalare altri abusi... diagnostici in questo caso. Neonata nata in un ospedale dell'Emilia Romagna circa 2 mesi fa. Modesta pielectasia destra fetale (7 mm poco prima del termine della gravidanza). Il parto è distocico per utilizzo di ventosa, l'Apgar è 8 a 1 min, e 9 a 5 min. Viene segnalata sospetta riduzione della diuresi, che viene quindi quantificata con raccolta da catetere vescicale. La quantità di urina risulta normale e l'ecografia renale e delle vie urinarie risulta normale, escludendo dilatazioni e mostrando una vescica vuota in presenza di catetere. Qui comincia il delirio. A 4

giorni di vita viene eseguita cistografia minzionale che esclude reflusso e a 5 giorni viene fatta scintigrafia con MAG3, che esclude difetti di eliminazione del tracciante a destra (insomma il reflusso che non andava cercato viene escluso, e la stenosi pieloureterale che l'eco e la diuresi normale avevano escluso... si conferma che non c'è proprio). Viene dimessa con diagnosi di "sospetto diagnostico prenatale di idronefrosi" (con una pelvi fetale di 7 mm? Forse "diagnosi sospetta!"). Sul diario si riporta che il "decorso clinico è stato privo di complicanze" (si presume iatrogeno, in assenza di patologie che possano "complicarsi") e viene prescritto amoxicillina + acido clavulanico (qui si dà un contributo rivoluzionario al dibattito circa l'opportunità di profilassi con antibiotici (ATB) nel RVU di grado elevato, cioè ATB in assenza documentata di RVU, non si sa mai...). Questa prescrizione viene lasciata fino a nuovo controllo che, ovviamente, come l'antibiotico, risparmiò alla bambina (chissà che non gli venga in mente di rifare la CUM, prima di abbandonare l'ATB). Conclusioni, questo Reparto o questo Direttore di Clinica Universitaria, arrampicandosi sulle pareti a precipizio dei DRG, ne strappa uno niente male (idronefrosi solo "sospettata" ma... avercene di sospetti così... più si sospetta e più le indagini "necessarie per escludere" si complicano). La neonata ha subito un'invasività gratuita, si è beccata le radiazioni per la CUM e quelle della scintigrafia, ma i genitori "aiutati" dal loro status di cittadini romeni, e dall'appartenenza a un gruppo "meno protetto", non dubiteranno dell'adeguatezza delle cure ricevute dalla loro bambina.

Altra Chirurgia Pediatrica dell'Emilia Romagna, giornata di aggiornamento sull'uso di *deflux* per la correzione endoscopica del reflusso (sponsorizzata dall'azienda che produce il *deflux*). Dopo un inizio durante il quale il Direttore della Clinica mette in dubbio l'utilità della procedura ("forse di solo significato cosmetico"), le conclusioni, poco coerenti con l'incipit, sono entusiastiche, e vi si ipotizza l'indicazione del *deflux* "anche per il reflusso di primo grado"; si mostra inoltre anche il filmato che documenta il trattamento dell'ostio ureterale "beante", in assenza di reflusso ("già che eravamo in vescica...").

Spesso oggi si parla di conflitto d'interessi, di classe dirigente troppo dedita ai propri interessi, a scapito delle responsabilità verso il bene comune (verso i pazienti nel caso di un medico). Oltre che per politici e imprenditori, istituzioni finanziarie e banche, magistrati e giornalisti, chissà che non ci sia un problema di credibilità anche per i medici...

Alberto Neri
Pediatra di libera scelta, Ferrara

Sì, caro Neri, c'è un difetto di credibilità se non altro da tutto (TUTTO) quello che Lei ci racconta. Un grave difetto di credibilità, ma in sostanza un incredibile difetto di professionalità. Cosa dobbiamo fare. Piangere, piangere piangere, smettere di scrivere, tanto nessuno ci legge. Anzi, tanto nessuno legge. NIENTE.

Franco Panizon

Vitamina D e integratori alimentari

Sottopongo alla vostra attenzione un problema che può ben evidenziare alcune distorsioni nel nostro modo di comportarci. Ho constatato che la maggior parte dei pediatri nel prescrivere la vitamina D nei primi mesi di vita si affidano a integratori alimentari, che sono costosi, meno controllati dei farmaci e inoltre a totale carico dell'assistito benché nella farmacopea siano presenti farmaci a base di vitamina D che, oltre a essere meno costosi e a carico del Sistema Sanitario Nazionale, sono anche sottoposti a un maggior controllo. Mi sono creato l'opinione che ciò sia dovuto a una più insistente attività da parte degli informatori e che spesso si prescrivano quasi di istinto e ripetitivamente il nome che ci è più familiare. Facendo ciò, non ci rendiamo conto che spesso graviamo sui bilanci familiari dei nostri assistiti che, soprattutto in questo periodo, per una larga fascia di popolazione non necessitano di inutili aggravii. Mi chiedo anche se è proprio indispensabile somministrare la vitamina D per due anni come indica l'OMS o se anche in questa indicazione si può scorgere una pressione da parte dell'industria farmaceutica che peraltro è da ringraziare per i risultati sorprendenti delle sue ricerche soprattutto negli ultimi decenni.

Roberto Luciani
Pediatra di famiglia, Lido di Camaiore

La Sua lettera mi ha colpito, e anche molto sorpreso. Questa dei pediatri che danno la vitamina D con gli integratori, a parte i costi, che non sono irrilevanti, e a parte l'accento alla (possibile) invasività dell'industria, pensiero così disturbante da darmi dolore (che vada a farsi friggere col suo dolore, diranno i lettori più scalfati), sarebbe, se è vera (non dico che Lei sia un mentitore, ma potrebbe avere notizie solo parziali), la baggianata più grande che ho sentito nella mia vita professionale. E anche questo è motivo di dolore per il mio tenero cuore (ma che vada a farsi friggere! in padella!!! A proposito, ho mangiato, una volta, quando ero alpino, un cuore di ca-

vallo, morto di morte naturale, anzi di fatica e di stenti. Che bontà! ma non era in padella).

Lei chiede (cominciamo dai "fondamentali") se è indispensabile, questa di continuare a dare la vitamina D, anche dopo il primo anno. Di indispensabile non c'è niente, specialmente (ahimè, ormai) nel nostro mestiere. E non c'è dubbio che a nessun bambino succede niente di niente, come non è mai successo, se dopo il primo anno di vita si smette di dare questa integrazione vitaminica "artificiale" che è, appunto, un artificio innaturale e non indispensabile, in un mondo peraltro che è diventato così innaturale che, alla fine delle fini, anche il mangiare finisce per far male. Ma indispensabile, per un professionista, è essere professionali, informati, e fare "il meglio", tenendo anche conto del fatto che "il meglio è nemico del bene". Dunque, ci sono evidenze certe che nel mondo innaturale in cui viviamo l'esposizione al sole e la vita all'aperto siano insufficienti e che, di fatto, molti bambini e moltissimi adolescenti, specie le femmine, finiscono per avere livelli considerati subottimali di vitamina D (anche su questo, su cosa sia ottimale e cosa subottimale, ci potrebbe esser qualche discussione); e c'è il ragionevole sospetto che questo abbia parte nei problemi dell'osteoporosi dell'anziano e specialmente dell'anziana. Non solo, ci sono ragionevoli evidenze epidemiologiche che la vitamina D non faccia bene solo per l'osso, ma anche per l'equilibrio immunitario, diciamo per il complesso equilibrio biologico dell'organismo.

Tutto questo è trattato, io penso, esaurientemente e correttamente, in *Medico e Bambino* (2010;29:237-45;246-9;261-2). Ne è derivato un consenso, che sta diffondendosi e acquistando corpo, sulla molto probabile, anche se marginale, utilità di dosaggi più alti e anche molto protratti di vitamina D per os (oltre a una più cogente indicazione per il suo uso nell'anziano).

Personalmente, ma questo lo dico a titolo strettamente personale, sia pure parlando su una Rivista che ha qualche legittima pretesa di universalità, che non stia bene, per la salute mentale del bambino e della famiglia, che questo, il bambino, riceva le gocce ogni giorno dalla nascita all'adolescenza (ma in fondo noi ottantenni ricevevamo, tutti, l'olio di fegato di merluzzo ogni giorno, finché eravamo grandi; anche se quello era alla fine un allenamento alle durezze della vita). Oggi (e sempre a titolo personale) suggerirei delle dosi semi-urto, per esempio 100.000 UI (ad esempio, tanto per dimostrare che non ce l'ho con le case farmaceutiche, Adisterolo 100) a ogni cambio di stagione.

Grazie per l'importante segnalazione.

Franco Panizon

Introduzione di alimenti solidi nella dieta del lattante

Negli ultimi tempi (diciamo da un paio di anni) l'argomento "introduzione di alimenti solidi nella dieta del lattante" è oggetto di discussioni, prese di posizione, novità o pseudotali.

Tastando un po' il polso della situazione con colleghi, almeno della mia zona, potrei concludere che più uno legge, più frequenta convegni e forum, maggiori sono le incertezze, specie se, come me, fa il pediatra di famiglia.

In poche parole, il redigere, oggi come oggi, uno schema di divezzamento stando a criteri possibilmente "parenti stretti" (almeno cugini...) dell'EBM, è diventata una piccola impresa per un pediatra di famiglia, sempre dato per scontato che uno ci tenga a svezzare secondo le ultime evidenze scientifiche.

Mi chiedo quanti siano al corrente o meglio applichino la "regola del periodo finestra" (permettetemi una definizione così schematica) dei 4-6 mesi durante il quale sarebbe opportuno, almeno, o forse ancor più, per l'allattato al seno, introdurre nuovi alimenti, vedi uovo, pesce, latte vaccino e quant'altro, per far sì che ci siano meno probabilità che il lattante, specie se con familiarità, si allergizzi a questi cibi, al contrario dell'assunzione ritardata, essendo tutto questo figlio del concetto più generale che "solo mangiando arrivi a tollerare".

Mia personalissima opinione è che comunque tutte queste presunte novità siano tali probabilmente più per i pediatri più giovani ma forse anche per "i meno giovani" (lo so... è molto vago scriver così, ma si figura meglio); probabilmente, se andiamo a ben vedere, non sono tali (novità...) per le nostre mamme o nonne (diciamo fino agli anni '60...) che per svezzarci non portavano certo i figli dal pediatra, non introducevano certo l'uovo a 10-11 mesi... ma, almeno sentendo la mia di madre, si erano inventate loro (sarà stato così, se dopo, dagli anni '70-'80 fino a "circa due anni fa", abbiamo iniziato a fare diversamente...) un periodo finestra che verosimilmente sarà poi coinciso con quello che leggiamo oggi nei vari studi più recenti (mia mamma a 5-6 mesi mi dava la pastina all'uovo e i biscotti, non certo quelli senza uovo; sono nativo spezzino e a 5 mesi il primo brodo, con la minestrina, mi dice mia madre, era di pesce, fatto con le boghe che pescava mio padre).

Personalmente, da un paio di anni, leggendo soprattutto quanto scrivono o dicono Giorgio Longo, Attilio Boner, Stefano Miceli Sopo, ho eliminato quei "limiti temporali prudenziali" che fino a un paio di anni fa mi imprigionavano in schemi e tappe più o meno rigidi: sono tornato insomma a "dire di fare" quello che in fondo faceva mia mam-

ma con me. Qualcuno obietterà che, oggi come oggi, per arrivare a questo bisogna perder poi più tempo coi genitori, spiegare il perché di questa che adesso appare una sostanziale novità, dare motivazioni plausibili, vincere paure, confrontarsi col comportamento di altri colleghi... A me onestamente, da un punto di vista pratico è capitato il contrario: spiegato bene il "concetto di base", è venuto poi tutto più semplice, naturale, spontaneo e, anzi, ci sono meno domande, ansie, titubanze. Ora, concludendo, chiedo/propongo: se è vero che a mio pari l'abitudine prescrittiva in tema di divezzamento nei pediatri di famiglia italiani sta via via cambiando nel senso di una più precoce introduzione dei cibi solidi, visto che in passato l'introduzione precoce di alimenti, ad esempio tipo l'uovo, veniva ritardata per il timore di un possibile aumento di manifestazioni allergiche, non sarebbe auspicabile, diciamo per "tagliare la testa al toro", l'inizio di uno studio con la partecipazione della pediatria di famiglia (che presa in toto costituirebbe direi la "componente ideale", in quanto composta sia da pediatri che hanno iniziato a introdurre l'uovo a 4-6 mesi che da pediatri che continuano a introdurlo a 8-10 mesi) per verificare se tale nuova abitudine (o moda, come la definisce qualcuno) può portare davvero ad esempio a un incremento delle allergie? Direi che l'uovo potrebbe essere l'alimento ad hoc.

**Auro Della Giustina
Pediatra, Fornovo di Taro**

Sull'argomento Medico e Bambino ha già dedicato molte pagine, dalla controversia tra Stefano Miceli Sopo e Alessandro Fiocchi pubblicata nel 2008 (sono solo 4 anni, ma da allora sembra passata una vita!), a "La dieta nei primi mesi e lo sviluppo dell'atopia" del prof. Panizon e il sottoscritto, fino alle numerose lettere che ne sono seguite (ottobre 2009). Pubblichiamo però con molto piacere anche questa del dott. Della Giustina che ripropone l'argomento dello svezzamento chiedendosi quanto ancora dovremo aspettare perché tutti i pediatri si allineino su schemi di comportamento condivisi e raccomandati anche in base alla forza dell'EBM. Raccolgendo e condividendo totalmente le affermazioni del dott. Della Giustina, io girerei la sua domanda chiedendo: "Quanto tempo deve passare ancora prima che l'EBM dimostri quanta ragione avevano e quanto corretti erano i comportamenti delle nostre mamme e delle nostre nonne?"

Quando non esistevano ancora gli idrolisati, i lattini ipoallergenici e speciali, quello di asina, o magari di cavalla, quando le mamme facevano da sole, le prime pappe venivano offerte appena i figli si dimostravano pronti ad accettarlo (senza "finestre") ed erano fatte con tutto quello che la cucina di casa

offriva (e come poteva essere diversamente!): il brodo di pesce pescato poco prima dal padre, come ci segnala il dott. Della Giustina, o l'uovo della gallina del cortile e con questo tutte le altre pietanze della tradizione di famiglia, nei modi e nelle ricette che ci ha ben ricordato e suggerito Lucio Piermarini nel suo "Io mi svezzo da solo".

Diciamo anche che l'uscita dal tunnel sembra oggi molto vicina. L'era delle diete facili, della "avoidance", del rimandare tutto a dopo, è finita. Ha fatto già troppi danni (le allergie alimentari sono almeno triplicate negli ultimi vent'anni!) e proprio nei soggetti a rischio allergico per i quali tutte queste limitazioni preventive erano state (oggi possiamo aggiungere, avventatamente) raccomandate e adottate. Già a partire dal 2008, tutte le Linee Guida internazionali hanno ritrattato le vecchie raccomandazioni basate sull'evitamento, smentendo e negando qualsiasi utilità preventiva del ritardare l'introduzione degli alimenti solidi dopo i quattro-sei mesi di vita (American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Pediatrics 2008; ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the

ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008).

Siamo ora in attesa che si completino alcuni importanti studi randomizzati e controllati che dovrebbero sancire queste raccomandazioni con la forza dell'evidenza. I due principali sono condotti a Londra da Gideon Lack, che è l'artefice primo della cosiddetta "rivoluzione copernicana" (è la dermatite atopica che produce l'allergia alimentare, non il contrario).

Entrambi gli studi hanno l'obiettivo di verificare l'ipotesi che una precoce introduzione dei cibi solidi può servire a prevenire le allergie alimentari: il primo studio con le arachidi, denominato LEAP (Learning Early About Peanut Allergy), ha arruolato 640 bambini che verranno seguiti per 7 anni con risultati attesi per il 2014; mentre l'EAT (Equiring About Tolerance) prevede di introdurre, già a partire dai tre mesi di vita, in rapida successione, i sette alimenti più comunemente allergizzanti, burro di arachidi, latte, uovo, pesce, frumento, riso e sesamo: di questo i risultati sono attesi nel 2015.

Penso che facciamo prima ad aspettare.

Giorgio Longo

Marina Spaccini, una pediatra di famiglia molto speciale

È morta Marina, questa pediatra triestina, molto speciale. Speciale perché? Curava a domicilio anche bambini che gli altri non volevano o non potevano curare, gli SMA1, quelli che si chiamavano Werdniger-Hoffmann (duravano un anno o poco più; e oggi, anche per merito di pediatri speciali, durano 6, 8, 10, 12, 14 anni e anche molto oltre). Era a Genova, vent'anni fa, al G8, a dimostrare pacificamente, ed è riuscita a farsi pestare, e ad essere fotografata mentre, pestata, aiutava un altro pestato; una foto che ha fatto il giro del mondo, pubblicità non cercata. Ha passato una parte non piccola della sua vita in Africa, col marito, un bravissimo chirurgo, e coi figli, lavorando per il Cuamm Medici per l'Africa, lasciando, sia lei che il marito, quassù, "tutto", la professione (la trovate, per questo, nel bel libro di Paolo Rumiz, *Un bene ostinato*). Era una delle anime della comunità di volontariato di San Martino in Campo. Era anche brava.

Medico e Bambino

Linea Fitoterapica

patux[®]

sciropo

spezza la tosse!

UNA FORMULA STUDIATA PER UNA AZIONE RAPIDA ED EFFICACE NELLA TOSSE SECCA E PRODUTTIVA

Bambini fino a 3 anni: mezzo cucchiaino 3 volte al giorno
Bambini sopra i 3 anni: un cucchiaino 3 volte al giorno

SENZA CONSERVANTI - 100% NATURALE
Ingredienti: Althea, Liquirizia, Pino silvestre, Propoli, Rosolaccio, Elicriso

Biotrading
www.biotrading.info

150 ml

Direzione Scientifica Tel. +39 0423 761380 - Fax +39 0423 4882211 - biotrading@biotrading.info
Produttore autorizzato - officina s.p.a. Via Tadini, 14/A - 36100 Verona (VR) - Tel. +39 0475 2791951 - biotrading@biotrading.info - biotrading.it