

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute (500 parole circa). Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Emergenza e urgenza pediatrica e la questione della terapia semi-intensiva

Sul numero di settembre di *Medico e Bambino* ho letto e riletto l'editoriale del presidente della SIP, che è anche *magna pars* della SIMEUP e che guida il gruppo di lavoro per le cure semi-intensive in pediatria. Vi noto alcune genericità, alcune contraddizioni di fondo e alcune affermazioni che meriterebbero il supporto della prova, o dei numeri.

Vediamo.

"Nella nostra nazione il bambino critico [...] afferisce quasi inevitabilmente ai servizi di terapia intensiva dedicati all'adulto, che non hanno competenze specifiche e che necessiterebbero della collaborazione di un pediatra esperto in emergenza/urgenza". La mia domanda è triplice:

- cosa succede invece nelle altre nazioni?
- perché mai, se non hanno competenze specifiche in pediatria, gli intensivisti dell'adulto non se le possono fare?
- dove troverebbero invece la collaborazione del pediatra esperto in emergenza/urgenza? (più esperto, intendiamoci, del pediatra che lavora nel Pronto Soccorso) perché la terapia intensiva è ovviamente altra cosa rispetto alla emergenza/urgenza.

Pare a me che l'esperienza richiesta e necessaria non possa essere costruita sui piccoli numeri; e contestualmente che i numeri dei bambini che necessitano di terapia intensiva, in qualsivoglia unità ospedaliera pediatrica, siano invece, per loro natura, dei numeri piccoli o piccolissimi. In altre parole che un'esperienza reale possa essere fatta solo sul campo, e solo concentrando, come è oggi, la terapia intensiva pediatrica in poche specifiche unità distribuite sul territorio nazionale. Certo, io non ho i numeri: e i numeri mi permetterei di chiedere al nostro Presidente, per potere ragionare, e intendere e, se è il caso, accettare il suo messaggio. Quanti sono, in Italia e in un anno, o per ospedale, i bambini che necessitano di terapia intensiva? Quanti sono quelli che per l'insufficienza di terapia intensiva pediatrica hanno avuto danno permanente (neurologico, immagino), o sono deceduti?

Si potrebbe approfondire, partendo dalle prime parole dell'editoriale: "L'emergenza/urgenza neonatale e pediatrica rappresenta una sfida quotidiana". Certo, la neonatologia ha le sue necessità, e i suoi centri di terapia intensiva, e li vanno indirizzati i nati a rischio e naturalmente i neonati con problemi. L'altra grande specialità pediatrica dove c'è ancora mortalità e dove

una terapia intensiva viene applicata con relativa frequenza è ovviamente l'ematologia/trapiantologia; e credo fuori dubbio che gli oncologi/trapiantologi sappiano trattare quelle loro specialissime emergenze, in casa.

Tolte le due grandi sotto-specialità pediatriche con degenza autonoma, e con terapia intensiva "interna", cosa rimane? O meglio, quanto rimane?

Cerco di frugare nella mia mente e nei miei ricordi; e devo dire che l'emergenza-urgenza-terapia-intensiva-e-semi-intensiva della mia esperienza è rimasta in gran parte legata alla patologia infettiva (sepsi iperacuta, gastroenterite grave, sindrome uremico-emolitica, miocardite, encefalite), allora, quarant'anni fa, dominante, oggi ridotta a piccolissimi numeri; che questa patologia è stata, allora, in larga misura, gestita, senza drammi e con larga percentuale di successo, all'interno del reparto; e che, quando c'è stato bisogno di una collaborazione con lo specialista o con l'intensivista, questa è stata, per lo più, facile, cordiale e produttiva.

Resta l'altro mistero, quello della patologia semi-intensiva. Ma cos'è? L'ossigeno? La nutrizione parenterale? Il riequilibrio di una disolettrolitemia? La trasfusione? Un monitoraggio cardiocircolatorio? Quando mai non potranno essere gestiti in reparto? Quando mai richiederanno la creazione di un iper-specialista "da usare al bisogno"?

Mi rendo conto che sto facendo la figura dello sprovveduto, e anche, forse, del malevolo. Ma assicuro che nelle mie domande e nei miei dubbi non c'è malevolenza, solo bisogno di capire; e d'altro lato temo che la stessa mia figura la farebbe anche la maggior parte dei lettori di *Medico e Bambino*, e anche la maggioranza dei pediatri. Penso che, per loro come per me, avere dei numeri sui quali ragionare, potrebbe essere utile. Forse, il prof. Di Pietro potrebbe ritornare sull'argomento, con maggiore concretezza, e fornirceli. C'è l'impressione, condivisa (ho parlato con molti ospedalieri, in proposito), che i problemi e le necessità, oggettivi ma rari (tanto da rendere difficile la stessa acquisizione di una competenza specifica, che i pur benemeriti "corsi" non possono fornire), rappresentino una specie di cavallo di Troia per legittimare una sub-sub-specialità, la terapia semi-intensiva, che, a mio modo di vedere, una normale équipe pediatrica dovrebbe essere qualificata a svolgere. E altrimenti, a svolgere cosa?

Il prof. Di Pietro ci promette una Consensus Conference. Speriamo che si tratti della ricerca di un vero consenso; non, come purtroppo potrebbe sempre accadere, di

un consenso organizzato. In fondo, sia il consenso che la delega (del malato grave) hanno i loro lati appetibili.

Franco Panizon

Gentile prof. Panizon, devo affermare che le tematiche da Lei affrontate sull'argomento sono interessanti e molto stimolanti e penso siano necessarie alcune precisazioni.

Innanzitutto voglio precisare che non era obiettivo della nostra Consensus sulla semi-intensiva valutare se il bambino intensivo debba essere ricoverato in una terapia intensiva per adulti o pediatrica. Naturalmente preferiamo che un bambino possa essere ricoverato in un ambiente pediatrico, ma non per questo neghiamo sia possibile che un anestesista dell'adulto possa acquisire le competenze pediatriche necessarie ad assistere un bambino critico.

D'altra parte vi saranno sempre degli intensivisti dell'adulto che si avvicineranno alla pediatria e dei pediatri che si avvicineranno all'assistenza intensiva, altrimenti non sarebbe comunque possibile l'assistenza a un bambino critico.

Il problema che invece vogliamo portare alla luce, anche attraverso la Consensus, è che - come evidenziato da molti articoli soprattutto della letteratura americana - una buona parte dei ricoveri pediatrici nei reparti di terapia intensiva non necessitano di tale ambiente di cure, ma solo e sempre di un monitoraggio emodinamico e di una sorveglianza più stretta di quella che può essere fornita in un normale reparto di degenza.

Da qui l'esigenza di rendere disponibili sul territorio, quanto meno su base provinciale, posti letto attrezzati per le cure semi-intensive, che garantiscano un'assistenza appropriata senza dover ricorrere al ricovero in una terapia intensiva.

A questo proposito, nel loro ultimo Congresso Nazionale gli anestesisti hanno lamentato una gravissima carenza di posti letto intensivi su tutto il territorio nazionale. È ovvio come la concomitante carenza dei posti semi-intensivi pediatrici non faccia altro che aggravare la situazione delle terapie intensive.

La ricerca sulla mappa ospedaliera presentata al Congresso Nazionale della SIP di Genova ha evidenziato come molti reparti di pediatria tendano a spopolarsi dei casi più gravi, mentre altre realtà (come ad esempio la broncopneumologia, la cardiologia, l'oncologia, la nefrologia) trattano nelle proprie aree pazienti sempre più delicati che necessitano di monitoraggi emodinamici, non essendo ancora specificata in Italia la funzione di un'area semi-intensiva di reparto.

A questo si aggiunge quanto da Lei considerato, e cioè che molto spesso reparti pediatrici seguono pazienti critici con sepsi, scompensi cardiaci, e altro. Perché, allora, non mettere questi reparti nelle condizioni, operative e formali, per poter garantire un'adeguata assistenza semi-intensiva? Ciò anche in considerazione del fatto che i pazienti critici, o meglio instabili, sono in aumento per l'aumento della sopravvivenza dei bambini affetti da patologie croniche, per i quali un'assistenza semi-intensiva nei reparti specialistici è spesso la soluzione ottimale.

E, sempre parlando di numeri, dagli ultimi rilevamenti effettuati risulta che gli accessi al PS sono, in Italia, oltre 5 milioni in pediatria e i codici rossi e gialli rappresentano il 10%. Circa 500.000 all'anno, dunque, e la stragrande maggioranza di questi pazienti acuti e critici necessita di assistenza semi-intensiva e cure intermedie (e questo dato non tiene conto dei pazienti critici che vengono ricoverati direttamente da parte di reparti sub-specialistici pediatrici o di reparti di terapia intensiva).

Questo per evidenziare che l'esigenza di una più diffusa presenza di posti letto di terapia semi-intensiva è sostenuta anche dai numeri. Anche se – e il mio parere è condiviso da tantissimi colleghi – un modello di assistenza pediatrica che possa dirsi davvero moderno e adeguato alle attuali esigenze non deve basarsi solo sui “numeri”, ma anche sulla migliore risposta possibile che dobbiamo dare alla nuova “domanda di salute”.

Per concludere, mi preme rassicurarla sul fatto che la Consensus sulla semi-intensiva, discussa con ampia partecipazione e interesse nel Congresso di Genova, non voleva essere e non è stata “calata dall'alto”, ma è derivata da una sentita esigenza della pediatria ospedaliera e da un percorso attento e condiviso. Percorso iniziato a Pisa nel 2007 nel corso della Consensus sull'assistenza pediatrica, proseguito nell'ambito della SIMEUP, e ampiamente dibattuto a Trieste nell'assemblea nazionale SIMEUP di settembre 2008.

Nel contempo, attraverso l'indagine della SIP sulla pediatria ospedaliera in Italia (presentata nel corso del Congresso di Genova), è stata evidenziata la grave carenza di posti letto pediatrici adeguatamente monitorizzati o strutturati per la semi-intensiva.

Verranno pubblicati i risultati della Consensus, che sono certo apprezzerà anche Lei, e che, Le anticipo, ha ipotizzato tre livelli di attività semi-intensiva: un primo livello collegato alle unità intensive pediatriche e ai reparti di medicina d'urgenza pediatrica, un secondo livello connesso ai reparti pediatrici di alta specialità e un terzo livello (cure intermedie) collegato agli ospedali generali che hanno spesso un reparto di pediatria e amministrano anche la parte pediatrica del PS. L'assistenza semi-intensiva (che comprende anche le cure intermedie) forse è anche più necessaria nei reparti periferici che in quelli dei grandi ospedali, in quanto qui più spes-

so, date le limitate risorse, si deve trasferire il paziente verso le unità specialistiche centrali. Infatti, molte sono le vertenze giuridiche legate a trasferimenti di pazienti non stabilizzati; ne deriva che, in queste situazioni, l'area semi-intensiva può svolgere al meglio le sue funzioni garantendo i colleghi che si preparano a effettuare la procedura del trasferimento.

Faccio un solo accenno alla formazione del pediatra che debba gestire, in reparto, la semi-intensiva. L'obiettivo non è creare un super-specialista, ma far riappropriare la pediatria di quella parte del sapere medico che riguarda il monitoraggio e la stabilizzazione del bambino critico. In questo frangente grande importanza avrà la componente universitaria pediatrica che immetterà, nei programmi formativi delle scuole di specializzazione, attività concernenti l'utilizzo del monitoraggio emodinamico del paziente critico.

Augurandomi di aver risposto alle Sue osservazioni, La ringrazio per la competente attenzione che da sempre rivolge a queste problematiche. Credo che saremo comunque d'accordo nel ritenere che più che la paura dell'innovazione debbano essere la ragionevolezza e la gradualità a guidare il cambiamento necessario affinché l'assistenza pediatrica possa raggiungere, nei prossimi anni, gli auspicati livelli di eccellenza.

Pasquale Di Pietro
Presidente SIP

Caro Presidente,

mentre La ringrazio per la lunga e cortese risposta, devo confessare di esserne rimasto solo parzialmente soddisfatto, non essendomi ancora chiaro quali siano le procedure semi-intensive che un pediatra normale oggi non sia in grado di effettuare in un reparto normale e quanti siano i pazienti “instabili”, per anno e per reparto (non convinto che possano essere i 500.000 codici giallo-rossi), che di queste procedure possano aver bisogno. Aspetterò fiducioso i risultati della Consensus.

Franco Panizon

La “pillola magica” per curare la celiachia

Qualche settimana fa è stato dato notevole risalto sui giornali e in televisione alla notizia di una possibile svolta storica nella terapia della celiachia. Alcune tra le testate più importanti (*la Repubblica*, *il Sole 24 ore*) hanno titolato: “Celiachia, addio per sempre alla schiavitù della dieta” (www.ilsecoloxix.ilsole24ore.com), “Addio alla dieta senza glutine: arriva la pillola anti-celiachia” e ancora “Celiachia, una pillola la sconfiggerà” (www.larepubblica.it). Se n'è parlato al Congresso Internazionale sulla Celiachia che si è tenuto a Genova dal 18 al 21 settembre

2008. Ma in cosa consiste questa grande novità?

I ricercatori dell'Università del Maryland a Baltimore, guidati dall'italiano Alessio Fasano, stanno sperimentando una pillola a base di larazotide acetato, che sarebbe in grado di bloccare l'aumento di permeabilità intestinale riscontrato nei celiaci a seguito dell'ingestione di glutine.

Detto in parole povere, le cellule intestinali sono adese tra loro a formare una barriera invalicabile, che impedisce alle macromolecole provenienti dall'esterno di passare dal lume intestinale nell'organismo. Il glutine induce nel soggetto celiaco un aumento di permeabilità attraverso un'esagerata liberazione di zonulina, una proteina in grado di modulare e aprire le giunzioni serrate presenti tra cellula e cellula. Come conseguenza, il glutine riesce a penetrare attraverso la barriera intestinale e a stimolare il sistema immunitario, che lo riconosce come elemento estraneo, si attiva e finisce per distruggere le stesse cellule della mucosa intestinale.

La pillola di Fasano, assunta prima dei pasti contenenti glutine, sarebbe in grado di evitare questo aumento di permeabilità, competendo con i recettori per la zonulina e quindi impedendo alla stessa zonulina di agire.

Finora un centinaio di celiaci sono stati trattati all'interno di questa sperimentazione gestita dalla *Alba Therapeutics Corporation*, che ha già raggiunto la fase 2 (www.albatherapeutics.com). Si tratta di soggetti celiaci (sierologia e biopsia intestinale compatibili), in dieta senza glutine da almeno 6 mesi, con buon controllo della malattia dimostrato dalla negatività degli anticorpi anti-transglutaminasi. Questi soggetti sono stati inclusi in un trial doppio cieco contro placebo e hanno ricevuto 4 dosi al giorno di larazotide acetato o placebo, prima di una quantità nota di glutine. Di base è stata misurata la permeabilità intestinale di tutti i soggetti attraverso un test del doppio zucchero, test che è stato ripetuto dopo 14 giorni. Sono quindi state registrate le variazioni nella permeabilità intestinale e la comparsa di eventuali sintomi. L'85% dei trattati non ha avuto alcun sintomo né alcun aumento della permeabilità. Nulla si sa ancora di cosa accade agli anticorpi anti-transglutaminasi, né alla biopsia intestinale, ma siamo ancora in una fase preliminare della sperimentazione.

Viene spontaneo avere alcune perplessità e porsi delle domande cruciali. Prima di tutto, utilizzare soltanto la clinica come misura di outcome è certamente improprio, soprattutto per una patologia così variegata, in cui per molti anni possono mancare del tutto i sintomi, pur in presenza di lesioni anche molto evidenti della mucosa intestinale. E, anche nei casi in cui alla diagnosi siano presenti sintomi gastrointestinali, una volta avviata la dieta, i soggetti spesso non si ac-

corgono di eventuali assunzioni di glutine, spesso ripetute nel tempo, perché del tutto asintomatiche^{2,3}. Per non parlare del fatto che possono volerci tempi più o meno lunghi, a seconda della sensibilità di ogni paziente, prima che un challenge con glutine porti alla ripositivizzazione della sierologia.

Ancor più, la pillola miracolosa sembra agire se assunta immediatamente prima del pasto, prima di ogni possibile contatto con il glutine. E per quanto tempo perdura la sua azione? Per quante ore è concesso che il celiaco assuma glutine senza correre rischi? Quanto glutine può essere assunto? È vero che già il sapere di poter uscire con gli amici e mangiare ogni tanto una pizza normale può essere una rivoluzione, ma diverso è poter liberalizzare completamente la dieta in qualsiasi contesto. Di fatto il celiaco dovrebbe ugualmente seguire una dieta senza glutine, sapendo di poter in determinati contesti, con la pillola magica, assumere qualsiasi alimento. Ma non si rischia di dare false sicurezze che poi si traducono in sgarri dannosi? Se questa pillola fosse in grado di impedire solo in modo grossolano il passaggio di glutine, ma una minima quantità riuscisse a passare la barriera intestinale, mantenendo una persistente minima infiammazione, quali potrebbero essere gli effetti a lungo termine di questa flogosi? Aumenterebbe il rischio di altre patologie, di autoimmunità o di linfomi?

La dieta senza glutine diventa per il celiaco uno stile di vita. Probabilmente una pillola, inserita qua e là nell'arco di una giornata, rischierebbe di creare confusione nell'ambito di una malattia che richiede una terapia per certi versi semplice, ma che deve essere molto rigorosa per essere efficace.

Bibliografia

1. Fasano A, Not T, Wang W, et al. Zonulin, a newly discovered modulator of intestinal permeability, and its expression in coeliac disease. *Lancet* 2000;355:1518-9.
2. Matysiak-Budnik T, Malamut G, de Serre NP, et al. Long-term follow-up of 61 coeliac patients diagnosed in childhood: evolution toward latency is possible on a normal diet. *Gut* 2007;56:1379-86.
3. Hopman EG, von Blomberg ME, Batstra MR, et al. Gluten tolerance in adult patients with coeliac disease 20 years after diagnosis? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008;20:423-9.

Irene Berti
ex Celiacologa, Clinica Pediatrica, Trieste
Chiara Zanchi
Celiaca, specializzanda in Pediatria,
Trieste

Non ci sembra che una risposta o un commento possano arricchire questa bella lettera, la "perla" dell'epistolario di questo numero, concreta, documentata e illuminante, quasi un editoriale. Non va letta, naturalmente, come una critica a Fasano, i cui risultati contengono un'elevata rilevanza

scientifica, quanto alle illazioni che ne ha fatto la stampa.

Federico Marchetti

Sul futuro del nostro SSN

Vorrei partecipare alla riflessione sul futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che su queste pagine Giorgio Tamburlini ha proposto (*Medico e Bambino* 2008;27:210-1).

Quello che proverò a dire è molto strettamente legato alla mia personale esperienza professionale e politica di questi non pochi anni ormai di lavoro e d'impegno.

La prima considerazione immediata e anche un po' brutale è questa: partiamo dai bilanci; partiamo dalla loro trasparenza, dalla loro comprensibilità e giudichiamo su quanto viene investito e su che cosa; da qui valutiamo efficienza, appropriatezza, efficacia.

Il nostro becero aziendalismo meridionale (e non solo) ha contribuito a produrre in questi anni un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione (ad es. in Campania) (obesità nei bambini, speranza di vita, mortalità evitabile, mortalità specifica per tumori) a fronte di una lievitazione di spese e costi. Ora ci troviamo di fronte alla necessità del rientro, affrontato con ragionieristico impegno (senza offesa per i ragionieri) e con commissari che calano a frotte sulla nostra regione con piglio autoritario ed efficientistico.

I bilanci della sanità sono difficilmente leggibili e credo, in mancanza di contabilità analitica, molto grossolanamente controllabili dagli stessi manager-commissari.

Se è però vero che nel 2007 il 47,5% dei bilanci sono ascrivibili a beni e servizi e alla spesa ospedaliera accreditata, quindi ad appalti, acquisti, ..., specialistica e altra assistenza convenzionata (Oasi 2007 - Cergas Bocconi), se è vero che la spesa per la diagnostica e terapia tende a crescere per varie ragioni (offerta e domanda sempre più raffinate e costose tecnologie, di farmaci "intelligenti"...), se è vero che l'invecchiamento della popolazione tende a far crescere i costi assistenziali in generale, non posso che pensare che il futuro del SSN sia un futuro con risorse sempre più limitate e sempre più indirizzate ai bisogni di pochi (benestanti, anziani) rispetto alla popolazione in generale. Se questa prospettiva poi si applica alle regioni meridionali e alla mia (Campania) in particolare, l'aziendalismo condito con l'incombente federalismo fiscale produrrà, con gli attuali paradigmi interpretativi, razionamento e abbandono assistenziale per molti (disabili, anziani poveri, tossicodipendenti, malati mentali ecc.).

Allora ripartiamo dai bilanci, dall'efficienza, dall'appropriatezza e dall'efficacia.

Prima di ripartire però dobbiamo tentare di superare l'attuale paradigma fatto di do-

manda, offerta, valutazione di procedure, in cui i manager (e gli assessori al ramo) hanno più il ruolo di direttori di un supermercato (attenzione alle merci, al magazzino, agli acquisti, alla scadenza di prodotti) che non di tecnici attenti soprattutto alla governance della salute.

La governance della salute è però possibile in presenza di alcune condizioni imprescindibili:

- 1) la presenza di un sistema consapevole di sanità pubblica in cui la valutazione dei risultati di salute sia elemento chiave per le decisioni e le valutazioni;
- 2) un sistema di programmazione partecipata e definizione trasparente delle priorità di salute ai diversi livelli territoriali;
- 3) in ultimo, ma solo perché architrave di un nuovo paradigma, la rinnovata centralità degli esseri umani all'interno del sistema salute.

Tutti e tre questi elementi hanno bisogno di qualche ulteriore esplicitazione.

Il primo elemento, la necessità di un rinnovato sistema di salute pubblica:

- a che serve l'epidemiologia se non a orientare, valutare, ridurre in qualche modo razionale i gradi di libertà delle decisioni della politica e degli affari?
- quale è oggi il ruolo degli osservatori, delle agenzie regionali, nell'orientare le politiche sanitarie e i relativi bilanci?
- siamo lontani da una trasparente valutazione e da un coerente sistema decisionale.

Il secondo elemento, molto collegato al primo, la mancanza di una trasparente definizione delle priorità a diversi livelli territoriali: qui siamo, dal mio punto di vista campano e meridionale, all'anno zero, alla gestione da supermercato del sistema salute, nonostante i recenti "esercizi programmatori" dei Piani di Zona e dei Programmi delle Attività Territoriali.

Il terzo elemento, la necessità di un nuovo antropocentrismo della salute, richiederebbe una troppo ampia trattazione. Ma qualche elemento cercherò di darlo.

Partiamo dalle catene causali della salute e dai determinanti riconosciuti: biologici, genetici, sanitari, sociali, ambientali. Partiamo anche dall'equità nella salute (definita come l'assenza di differenze nella salute associate sistematicamente - significativamente e persistentemente - al vantaggio/svantaggio sociale in termini di ricchezza, potere o prestigio), considerando che il superamento degli attuali differenziali sociali migliorerebbe la salute media in modo assolutamente significativo. Fatto questo, decidiamo quali poste vanno messe nel bilancio generale della salute, quanto deve essere destinato (non sprecato ma investito) al sistema sanitario, quanto al sistema sociale, quanto a quello educativo, quanto a quello dell'ambiente, per migliorare la condizione di salute di tutti i cittadini e investire nel capitale umano.

La condizione di salute di tutti i cittadini

sta al centro, e l'appropriatezza e l'efficacia orientano gli investimenti, che non sono per esempio sanitari per il sociale (ricoveri ospedalieri per bambini o anziani con disagio sociale), sanitari per l'ambiente (cure per le malattie respiratorie vs interventi per la mobilità o dosaggi della diossina vs bonifica ambientale ecc.).

Senza un cambiamento radicale del paradigma interpretativo, l'attuale sistema non potrà che fallire per mancanza di risorse, preda delle pressioni del mercato che orientano i bilanci della sanità più di quanto non facciano attualmente le priorità condivise di salute, l'appropriatezza e la valutazione dei risultati.

Giuseppe Cirillo
Pediatra, Napoli

Mi pare che il contributo di Giuseppe Cirillo confermi ed espanda ulteriormente quanto avevo affermato nel mio editoriale: potrei dire "sono d'accordo su tutto", e mi sentirei senz'altro a posto con le mie convinzioni. Il desiderio di non fare cadere il dibattito e la tensione mi impone di cercare qualche elemento, se non di disaccordo, almeno di diffe-

renziamento rispetto ai punti enfatizzati da Cirillo:

1. *Quando c'è qualcosa che non funziona (ad es. la sanità in molte parti del Sud, generalizzo ma ci capiamo), occorre analizzarne le cause. Mi pare ci siano pochi dubbi, che qui, prima ancora della governance della sanità, manchi la governance politico-amministrativa, sottoposta a infiniti condizionamenti distorsivi: Cirillo conosce i casi di bravi manager della sanità che non sono riusciti a fare molto, per il contesto generale in cui operavano. Non c'è via d'uscita se non attraverso una crescita civile che imponga strade diverse alla politica (l'inverso, allo stato attuale, non si dà, anzi...).*

2. *L'ipotesi altamente razionale di una lettura dei bisogni e delle risposte possibili passa per una capacità tecnica, che laddove esisteva è stata in alcuni casi mortificata (... scrivo dal Friuli Venezia Giulia!) e altrove è ancora da sviluppare. Non abbiamo una scuola di sanità pubblica, ma "solo", e nel migliore dei casi, una buona scuola di management, che però rischia di produrre una classe di dirigenti che fanno sempre maggiore difficoltà a parlare con i professionisti, e senza questo dialogo...; ma passa anche per*

la possibilità che questa lettura sia intrecciabile, e non sottoposta, alla politica: in questi giorni, sempre nell'"ottimo" Friuli Venezia Giulia, si sta sviluppando l'attacco (della sinistra, in questo caso, trasversalmente alleata alla destra locale) all'Assessorato regionale che intende rivedere criticamente l'opportunità di tenere aperto un punto nascita di meno di 400 parti che tra l'altro ha appena "prodotto" (inchiesta in corso) una morte perinatale, forse o probabilmente evitabile.

3. *Alla fine, mi trovo a ritornare su quello che a me pare il nodo centrale: il ruolo e la responsabilità dei tecnici, quindi di tutti noi, che dobbiamo ritrovare voce e indipendenza, e di quel movimento di società civile (consumatori, utenti) che possa farsi carico dell'interesse generale traducendosi in politica pulita, naturalmente assistito da una lettura tecnica dei bisogni e delle soluzioni, anche al di là del Sistema Sanitario, che è proprio quella che Cirillo propone.*

Per la questione determinanti, rinvio alla rubrica "Osservatorio" di questo numero, a pag. 594.

Giorgio Tamburini

Appello della Società Italiana di Pediatria per sostenere l'allattamento al seno

Appello al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, e alla Conferenza Stato-Regioni per il sostegno dell'allattamento materno per iniziativa congiunta di: **SIP**, Società Italiana di Pediatria; **SIN**, Società Italiana di Neonatologia; **FIMP**, Federazione Italiana Medici Pediatri; **ACP**, Associazione Culturale Pediatri; Comitato Italiano per l'**UNICEF**; **AICPAM**, Associazione Italiana Consulenti Professionali Allattamento Materno; **LLL**, La Leche League; **MAMI**, Movimento Allattamento Materno Italiano; e **Melograno**.

In occasione della settimana mondiale dell'allattamento materno è stata presentata al Congresso Nazionale della SIP (che si è svolto a Genova dal 15 al 18 ottobre) un'indagine sulla cultura dell'allattamento al seno tra le mamme in Italia. Dall'indagine risulta che, mentre la percentuale di mamme che esce dall'ospedale allattando al seno (circa il 90%) è soddisfacente, al sesto mese solo una mamma su due continua ad allattare al seno, anche se in maniera non esclusiva.

A questo proposito l'OMS, l'UNICEF e i pediatri italiani affermano che l'alimentazione normale per il bambino fino al sesto mese è l'allattamento esclusivo al seno; pertanto è importante recuperare quella percentuale di mamme che invece lo abbandona precocemente.

A tal fine, mettendo a disposizione i dati dell'indagine presentati e tutta la collaborazione che possiamo offrire, sollecitiamo il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, e la Conferenza Stato-Regioni a un intervento tempestivo delle Istituzioni preposte e, soprattutto, a una sollecita convocazione del Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento materno (previsto dalle linee di indirizzo nazionali sulla promozione dell'allattamento al seno), affinché vengano disposte tutte le iniziative possibili (lì dove non fossero ancora attive) a sostegno dell'allattamento al seno.

Dall'indagine della SIP (realizzata dall'Istituto ISPO) risulta infatti, da parte delle mamme, una forte domanda di supporto (determinante per il proseguimento fino al 6° mese dell'allattamento esclusivo) ai pediatri, agli operatori sanitari, alle associazioni dedicate e, pertanto, alle Istituzioni.

È quanto emerge dall'indagine nazionale "La cultura dell'allattamento al seno tra le mamme in Italia", promossa dalla SIP e condotta dall'Istituto di ricerca ISPO (tra marzo e luglio del 2008), sotto la guida del sociologo Renato Mannheim. "È un dato che rileviamo con estremo piacere" - dice Pasquale Di Pietro, Presidente della SIP - "anche perché sgombra definitivamente il campo dalle polemiche che a volte indicano i pediatri come sostenitori tiepidi dell'allattamento al seno."

Allattare, come è emerso dall'indagine, è anche un'esperienza faticosa. Ma, nonostante ciò, nulla toglie a questa esperienza la sua positività. Di questo sono convinte la grande maggioranza delle intervistate. Per il 95% delle mamme italiane, infatti, allattare al seno è un'esperienza unica che ogni donna dovrebbe vivere.

Ma non sono tutte luci le indicazioni che emergono dall'indagine. Se, infatti, alla dimissione dall'ospedale la percentuale delle donne che allatta al seno sfiora il 90% (un ottimo risultato che pone l'Italia ai vertici in Europa), già al terzo mese la percentuale scende al 69% e al sesto mese quasi una mamma su due non allatta più. Le indicazioni dell'OMS e dei pediatri italiani sono, invece, di protrarre l'allattamento al seno almeno fino al sesto mese di vita del bambino.

Elemento essenziale perché le mamme prolunghino l'allattamento, superando le difficoltà che emergono, è risultato essere il sostegno psicologico innanzitutto del partner, poi dei nonni del bambino e poi il pediatra. Il 27% delle mamme, ad esempio, ha dichiarato che, se avesse avuto un sostegno maggiore da parte del pediatra, avrebbe - forse o sicuramente - potuto allattare un po' più a lungo.

"È un dato questo" - sottolinea Di Pietro - "su cui dobbiamo riflettere. Per raggiungere il nostro obiettivo, che deve essere quello di far prolungare almeno fino al sesto mese l'allattamento al seno, evidentemente non è sufficiente 'promuoverlo' e proclamare la superiorità del latte materno (concetto ormai universalmente condiviso). È necessario, invece, essere concretamente vicini alle mamme nei momenti critici e sostenerle attivamente coinvolgendo, quando è necessario, anche il partner. Per questo compito" - prosegue il Presidente della SIP - "è anche importante la sinergia che può svilupparsi con associazioni laiche di mamme che promuovono l'allattamento al seno, sempre che si lavori con uno spirito di reciproca collaborazione."