

## Lettere

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.

### Possono i pediatri accettare un cambiamento nella loro pratica?

In relazione all'editoriale di Federico Marchetti (*Medico e Bambino* 2005; 24:499) e agli interventi successivi del Presidente della SIP, dell'ACP e del CSB, mi permetto di tentare un contributo spero utile alla discussione. Utilizzerò a questo fine la stessa organizzazione per punti che Federico Marchetti ha utilizzato.

Premessa indispensabile è la considerazione che la visione "pediatrocentrica" della salute del bambino è poco efficace e anche non giusta, per cui partire dai bisogni del bambino e della sua famiglia, piuttosto che da quelli del pediatra, rappresenta un "a priori" fondamentale.

**Punto 1:** definizione di un'agenda di lavoro per la comunità dei pediatri.

È necessario contribuire ad attivare un sistema organizzato di valutazione delle priorità e definizione di obiettivi prioritari espliciti a "cascata" dal sistema nazionale a quello locale, prevedendo per ciascuna di queste tappe interlocutori, partecipazione, condivisione. Su questa base vanno costruiti coerentemente gli obiettivi formativi. Vanno definiti obiettivi uniformi validi per ciascun territorio e obiettivi specifici relativamente a problematiche locali ed è su questo livello che il sistema di cure va valutato e vanno valutati i professionisti dedicati.

**Punto 2:** i leader entusiasti.

Lascio aperta la questione entusiasmo-responsabilità: è questo un campo troppo scivoloso, ma in linea di principio preferirei il senso del dovere e la continuità-coerenza all'entusiasmo, ma, se ci fossero tutte queste qualità insieme, sarebbe il massimo.

**Punto 3:** mi pare sintetizzabile come "prospettive organizzative delle cure al bambino e alla sua famiglia a livello territoriale".

Il primo elemento critico è rappresentato dall'integrazione all'interno del sistema di cure sanitarie: bisogna attivare un sistema inter-unità operative che lavori per programmi e percorsi, che leghi funzionalmente tutti gli operatori che si occupano dell'infanzia e delle famiglie. Questo sistema è orizzontale e non solo verticale e sequenziale del tipo ospedale-territorio.

Altro elemento critico è l'integrazione socio-sanitaria e quindi il rapporto tra ASL,

Comuni e terzo settore; in questo caso quello che era il paradigma dell'integrazione, cioè il Consultorio, si trova in condizioni, specie al Sud, di esaurimento quasi completo del potenziale innovativo; ormai è solo un alibi dell'integrazione.

Relativamente all'integrazione interna al sistema sanitario, vanno definiti a livello locale gli obiettivi programmatici, gli operatori coinvolti e le relazioni tra essi, utilizzando un sistema di osservazione che potremmo dire di tipo multifocale, in cui l'osservazione clinica individuale diventa, in un sistema informativo utile e semplice, anche la base per una visione comunitaria della salute e della vita dei bambini e delle famiglie a livello locale.

L'integrazione sociosanitaria va fondata all'interno dell'area materno-infantile, almeno nel Mezzogiorno; le carenze strutturali, organizzative e culturali sono tali da richiedere uno sforzo molto grande per risalire la china. In questo non è possibile permettersi scontri corporativi, irrigidimenti di ruoli e responsabilità, ma è necessario uno sforzo comune (università, regioni, scuole, province, comuni, ASL...). Tutto questo è vero e necessario nel grande ambito della promozione della salute e nell'altrettanto grande campo dell'accompagnamento, sostegno e/o presa in carico dei bambini e delle famiglie con bisogni speciali, dove la definizione di processi assistenziali condivisi (contatto/ascolto, valutazione integrata, progetto personalizzato, verifica, uscita/dimissione) rappresenta, secondo me, il nuovo paradigma. È chiaro che ciò comporta una rivoluzione culturale con l'organizzazione di Porte Unitarie di Accesso, di Unità di Valutazione Integrata e di modelli integrati di intervento, e l'adozione di strumenti comuni e nuovi tra gli operatori: la valutazione sociale, relazionale e sanitaria; la cartella socio-sanitaria...

Questo modello organizzativo deve poter produrre un sistema di monitoraggio praticabile sia dei singoli che della comunità; sarà ovviamente un sistema integrato, dove gli aspetti sociali, relazionali e sanitari avranno uguale dignità e rappresenteranno solo angoli di visuale diversa per migliorare la conoscenza dei bisogni e delle problematiche dei bambini e delle loro famiglie.

**Punto 4:** La partecipazione e sviluppo locale come movimento, per la definizione degli obiettivi e per la valutazione.

Tutte le possibilità vanno sperimentate,

le associazioni di famiglie dei bambini con patologie croniche, con disabilità, le associazioni per l'ambiente, i pediatri associati e non, sono tutti parte del capitale sociale della comunità e tutti rappresentano una risorsa per il raggiungimento di obiettivi comuni: i piani di zona ne rappresentano il contenitore più importante.

**Punto 5:** comunicazione, ascolto, educazione, formazione.

Sono la conseguenza di quanto finora detto, all'interno dei territori e delle comunità, vanno sviluppati processi circolari di comunicazione tra i sistemi di erogazione delle cure e dei servizi e la cittadinanza attiva, nelle forme più adeguate ed efficaci.

Tutto questo deve tener conto:

**a.** delle disuguaglianze nella salute (inter-regionali, intra-regionali, tra le piccole aree);

**b.** delle trasformazioni dell'epidemiologia dei problemi (riduzione dei problemi organici, riduzione delle malattie trasmissibili, aumento delle problematiche psico-sociali, aumento delle malattie non trasmissibili);

**c.** della necessità di una visione complessiva delle catene causali e di un approccio longitudinale al "corso della vita" che punti all'intervento nei momenti critici, ai fattori di rischio e di protezione, tenendo conto dei determinanti sociali della salute sia distali (istruzione-casa-socialità-lavoro) che prossimali (abitudini e stili di vita).

**Giuseppe Cirillo**  
Dipartimento Socio-Sanitario, ASL Napoli 1

*La lettera del dott. Cirillo è in parte figlia della realtà napoletana, che Medico e Bambino ha cercato di fotografare attraverso la rilettura dell'ultimo Congresso ACP, realizzato, appunto a Napoli, a Castel dell'Ovo. È una realtà molto complessa, dove più che in ogni altro luogo del paese, le contraddizioni e le interazioni tra sociale e sanitario sono state oggetto di prese di coscienza, di studio, e di impegno personale. Non voglio dire che questo non valga in parte anche per il resto dell'Italia, certo, altrove è "un po' meno vero" e comunque ancora non arrivato a una percezione matura. Sicuramente i suggerimenti di Cirillo per una nuova pediatria sono condivisibili e corrispondono, in qualche misura, al "cambiamento del mestiere di pediatra" che avevo proposto all'attenzione di tutti, e che non può non riguardare anche le Scuole di Specialità, anche l'Ospedale e anche il re-*

*clutamento regionale. La sua visione e i suoi suggerimenti partono ancora di più dai bisogni socio-sanitari del bambino e della sua famiglia, con indicazioni di cambiamento operative teoriche, ma credo anche pratiche. Sarò felice se tutto questo aiuterà, anche attraverso Medico e Bambino, ad approfondire l'argomento.*

Federico Marchetti

### Russamento, OSAS, chirurgia: come e quando

Questa lettera riguarda sia la messa a punto sulle pagine elettroniche del febbraio 2005<sup>1</sup>, sia il più recente articolo della prof. Battistini<sup>2</sup> (dicembre 2005) sia l'editoriale di accompagnamento<sup>3</sup>. Pur non concordando con le scelte operative dell'Autrice e con alcune affermazioni dell'editoriale, ci auguriamo che tutto questo richiami l'attenzione dei pediatri e serva ad approfondire il dibattito.

“La polisomnografia (PSG) è un esame poco sensibile e porta a una grave sottovalutazione del problema”. Questa affermazione, presente nel commento, ci sembra inesatta sul piano tecnico: un operatore preparato è in grado di cogliere anche “modeste variazioni di ventilazione” utilizzando ad esempio il rilevatore di pressione nasale (una semplice nasal-cannula) che correla bene anche nel bambino con la citata pressione esofagea<sup>4</sup>. Del resto, la scoperta delle sindromi con compromissione ventilatoria “intermedia” (quali l'UARS, *Upper Airway Resistance Syndrome*) è dovuta proprio all'indagine PSG. Il presunto deficit di sensibilità si trasforma poi magicamente, dopo l'intervento di adenotonsillectomia, in un eccesso di sensibilità: guarigione clinica 97% vs guarigione PSG 80%<sup>5</sup> (ad esempio, il russamento scompare, ma l'ostruzione a volte no...) a ulteriore conferma che in questa patologia il sintomo può far sospettare la diagnosi, ma non si identifica con essa. Gli esperti evidenziano sempre nuovi limiti della metodica PSG per stimolare miglioramenti in termini di precisione e maneggevolezza, non certo per invalidarne l'utilità<sup>6,7</sup>.

**a.** Sostenere che la PSG abbia giocato un ruolo intimidatorio sulle passate scelte decisionali in merito all'adenotonsillectomia significa certamente farle troppo onore. I medici hanno idee molto vaghe sulla medicina del sonno e i suoi strumenti diagnostici persino negli Stati Uniti<sup>8</sup>.

**b.** Il riferimento fatto a quanto avverrebbe nell'adulto (“... si sta aprendo una breccia nell'armatura della poligrafia...”) risulta poco pertinente. Il riferimento fatto all'editoriale di Stradling spinge le conclusioni oltre le intenzioni dell'autore. La necessità

sempre minore del ricorso al laboratorio di polisomnografia non significa abbandonare la diagnostica strumentale, ma utilizzare in modo equilibrato e secondo i criteri della medicina dell'evidenza i sistemi più semplificati. In tale ottica in Italia sono operative fin dal 2001 le linee guida AIMS-AIPO per l'adulto.

**c.** La sola valutazione clinica è inadeguata a stabilire presenza ed entità di un disturbo respiratorio ostruttivo del sonno (DROS) e a orientarne la terapia, se non in casi eclatanti (rari). Questo giudizio, solidamente affermato in letteratura, risulta ancor più evidente guardando le macroscopiche differenze nei tassi di intervento per chirurgia adenotonsillare tra nazione e nazione, regione e regione, città e città... otoiatria e otoiatria.

Il lavoro della prof. Battistini (cui il commento si ispira) evidenzia che, per identificare tutti i bambini clinicamente affetti da DROS (10% circa della popolazione oggetto dello studio, dato numerico confermato da ampie rilevazioni presenti nella letteratura internazionale)<sup>10</sup>, basta chiedere ai parenti se russino e dormano a bocca aperta (e su questo concordiamo) senza impegnarsi in complessi questionari sulla cui “specificità abbastanza buona” ci permettiamo di dissentire.

La logica conclusione che si trae dalle premesse del lavoro stesso è che, proprio per non trascurare quei sintomi lievi ma potenzialmente gravi di conseguenze che la PSG sottostimerebbe, questi bambini andrebbero tutti corretti chirurgicamente senza esami. Ci viene detto che il pediatra di famiglia farebbe bene a far operare “il 71% dei suoi pazienti con DROS”: accettando in via ipotetica (assolutamente ipotetica...) la conclusione sopra esposta, come potremo stilare le liste d'attesa per l'intervento di tutti questi bambini? Come distinguere quello che passa la notte in mezzo a multiple e profonde desaturazioni per farlo passare davanti al bambino affetto da russamento “primario”, il cui sintomo è destinato a scomparire entro 1 anno nel 50% dei casi<sup>21</sup>? Piuttosto che preparare sale operative (al cui costo economico e organizzativo, curiosamente, nessuno pensa mai) perché non pensare a scegliere chi vada operato in mezzo a quel 10% di popolazione con DROS utilizzando quelle metodiche (magari ridotte e domiciliari) che un (mai abbastanza) benedetto progresso ci mette a disposizione, e che hanno dato così buona prova nel mondo dell'adulto?

Magari incominciando proprio, come molto opportunamente sostiene la prof. Battistini, da quei bambini con meno di 3 anni, cui viene assai frequentemente negato l'intervento perché “troppo piccoli”.

A nostro giudizio, in questa fase il problema di salute pubblica (riguarda, lo ri-

cordiamo, il 10% circa dei bambini) è l'appropriatezza della gestione del bambino normale con un disturbo respiratorio del sonno. Comprendiamo le concrete ragioni di ordine pratico che possono stare alla base del giudizio degli Autori dell'editoriale (scarsa o totale indisponibilità dell'esame del sonno sul territorio nazionale), ma continuiamo a pensarla come il prof. Guilleminault, che citiamo testualmente “...We do not recommend, nor is it the standard of care, that sleep apnoea surgery be done in adults without a preliminary sleep study. Why have lower standards for children?...”.

Chi scrive è profondamente innamorato della clinica, e proprio per questo evita di chiederle ciò che non gli può dare.

Alberto Braghiroli, IRCCS  
Fondazione S. Maugeri, Veruno (No)  
Luigi Nespoli, Clinica Pediatrica  
Università dell'Insubria, Varese  
Alessandro Vigo, Centro SIDS  
Ospedale Infantile Regina Margherita  
Torino

#### Bibliografia

- Battistini A, Gerarduzzi T. Diagnosi e terapia del bambino con sindrome delle apnee del sonno (OSAS). *Medico e Bambino*, febbraio 2005, pagine elettroniche, anno VIII, n°2.
- Battistini A, Marvasi R. I disturbi respiratori ostruttivi nel sonno. *Medico e Bambino* 2005;24(10):645-52.
- Editoriale. Tonsillectomizziamo il bambino che russa? *Medico e Bambino* 2005;24(10):635.
- Trang H, Leske V, Gaultier C. Use of nasal cannula for detecting sleep apneas and hypopneas in infants and children. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:464-68.
- Rosen CI. Obstructive sleep apnea syndrome in children: controversies in diagnosis and treatment. *Pediatr Clin N Am* 2004; 51:153-67.
- Messner AH. Evaluation of obstructive sleep apnea by polysomnography prior to paediatric adenotonsillectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:353-5.
- Pelayo R, Powell N, Guilleminault C. Evaluation of obstructive sleep apnea by polysomnography prior to paediatric adenotonsillectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:1282-3.
- Uong E, Jeffe D, Gozal D, et al. Development of a measure of knowledge and attitudes about obstructive sleep apnea in children (OSAKA-KIDS). *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:181-6.
- Battistini A, Ndaka JL, Banchini Pantano C, et al. Il pediatra di famiglia e i disturbi respiratori ostruttivi nel sonno. *Ped Med Chir* 2004; 26:34-44.
- Schlaud M, Urschitz MS, Urschitz Duprat P, Poets C. The German study on sleep-disordered breathing in primary school children: epidemiological approach, representativeness of study sample and preliminary screening results. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2004;18:431-40.
- Urschitz M, Goenther A, Eitner S, et al. Risk factors and natural history of habitual snoring. *Chest* 2004;126:790-800.

*Cercherò di sintetizzare in tre punti la risposta alle numerose critiche dei colleghi Braghiroli, Nespoli e Vigo, che ringrazio*

## Lettere

per l'occasione di approfondire l'argomento.

Il primo punto riguarda la nostra frase che per la precisione suona: "Che poi voler sostituire a tutti i costi la clinica con un esame poco sensibile come la PSG porti a una grave sottovalutazione del problema dei DROS è dimostrato..." Sulla poca sensibilità della PSG sono gli stessi colleghi a offrircene conferma quando ricordano che solo grazie alla PSG è stata scoperta la sindrome con "compromissione ventilatoria intermedia" e cioè la sindrome della resistenza delle alte vie aeree (UARS). Questo è vero, ma è altrettanto vero che, per documentare la prima e più lieve alterazione funzionale dei DROS e cioè l'aumento delle resistenze, è necessario registrare la pressione endoesofagea nel sonno, parametro che, se giustificato in ricerca, non viene però utilizzato nella PSG convenzionale soprattutto a causa della invasività del sondino esofageo. In poche parole la PSG clinica non è sufficientemente sensibile per diagnosticare una UARS ed è proprio per questo che si sta cercando di mettere a punto nuove metodiche come il Pulse Transit Time.

Per il secondo punto riconosciamo che il nostro lavoro "Il pediatra di famiglia e i DROS" (Ped Med Chir 2004;26:34-44) può essere difficile da interpretare: risulta comunque chiaro, quantomeno dalle tabelle, che il pediatra consiglia l'adenotonsillectomia nel 71% dei bambini che non solo russano e respirano a bocca aperta ma che hanno anche apnee (95% dei bambini) e i cui genitori sono preoccupati di come dorme il proprio figlio (100%). Inoltre, nella popolazione che il pediatra fa operare, il 64% dei bambini ha un sonno agitato, il 41% ha una malocclusione, il 67% di quelli sotto i 3 anni ha un Body Mass Index inferiore al 10° centile ecc. Si tratta in fondo dello stesso quadro clinico che induce l'83% dei pediatri USA a inviare sempre o quasi sempre il bambino all'otolaringo.

Il terzo punto riguarda il primary snoring o russare primario benigno, per definizione saltuario, a differenza del respiro russante non primario che è invece continuo. Che sull'argomento ci sia qualche incertezza lo dimostra non solo il titolo provocatorio di un editoriale di Guillemainault, "Primary snoring" ever exist in children?, ma anche la sua conclusione "russare in modo cronico e regolare ha sempre un impatto sullo stato di salute" (Chest 2004;126:1396-97). Più incerta è la ATS Consensus (Am J Respir Crit Care Med 2005;172:776-80) quando afferma: "Ad oggi non si sa neppure se il russare primario ha conseguenze negative a lungo termine". Sarebbe così (lo dicono loro, non io) che il russare con determinate caratteristiche potrebbe essere già un segno di malattia. Ma non ho mai detto o scritto che devono essere adeno- o adenotonsillectomizzati i bambini

che semplicemente russano e respirano con la bocca. A che cosa servirebbero allora gli altri 25 reperti clinici sintetizzati nel punteggio di Goldstein che aumentano se la "facies adenoidea" viene esaminata più in dettaglio (vedi punteggio oro-cranio-facciale di Guillemainault). Né ho detto che la diagnosi si fa col pallottoliere: dico solo che i sintomi e i segni ci sono ed è giusto utilizzarli. Come non ho mai detto che non vada utilizzata l'indagine strumentale (in Italia le prime registrazioni nel sonno nel bambino sono state fatte a Parma nel 1971: Imperato C, Battistini A. *Sindrome Respiratoria Ostruttiva da ipertrofia adenotonsillare*. Acta Paediatr Latina 1973;26:169).

Come sempre e a maggior ragione in futuro è e sarà sempre più indispensabile trovare nei DROS come in qualsiasi altra patologia un giusto equilibrio fra clinica e indagine strumentale. E questo mi riporta alla conclusione dei colleghi che, citando ancora una volta Guillemainault, affermano: "non si può negare una PSG al bambino prima dell'intervento, come non la si nega a un adulto". Ci sono però due piccoli particolari: 1) i due quadri sono sotto tutti gli aspetti ben diversi, anche se Guillemainault scrive che "sono essenzialmente gli stessi ma con qualche sintomo diverso" (il bambino tende a essere iperattivo e sottopeso e l'adulto sonnolento e sovrappeso); 2) non si può certo paragonare l'ugolo-palato-faringo-plastica dell'adulto alla ben meno invasiva adenotonsillectomia, per non dire della semplice adenoidectomia (Kay DJ, et al. *Laryngoscope* 2003;113:592-7).

Augusta Battistini  
Clinica Pediatrica, Università di Parma

Per la parte che mi spetta (co-autore dell'editoriale) concordo con le note della prof. Battistini, in particolare per ciò che riguarda la non paragonabilità al problema della apnea nel sonno e della chirurgia riparatrice nell'adulto rispetto al bambino. Comprendo, senza dividerlo, il dissenso di Braghieri, Nespoli e Vigo.

Esorto i lettori a leggere con attenzione, ma anche con un certo distacco, le controverse sul russamento. Nello stesso tempo, li esorto anche a dare una rapida letta al *Supperdigest* di questo numero, sul "disease mongering".

Franco Panizon

### Limite delle cure a 22 o a 23 settimane di gestazione

In riferimento alla lettera del dott. Pedrotti (marzo 2006), quando ci si trova a discutere di simili argomenti, credo sia preferibile farlo con cifre alla mano. Fin-

ché in letteratura non uscirà qualcosa di meglio, queste cifre ci sono date dallo studio Epicure, effettuato su tutti i neonati <26 settimane, nati nel 1995, in Gran Bretagna e Irlanda.

La percentuale di sopravvivenza senza handicap all'età di 6 anni è la seguente: 0 a 22 settimane, 1% a 23 settimane, 3% a 24 settimane (Marlow N, et al. *N Eng J Med* 2005;352:9-19). Non è inoltre vero che stia "nettamente diminuendo" la frequenza di paralisi cerebrale in nati <1000 grammi. In Francia, Paese con il miglior sistema sanitario del mondo, a 24-26 settimane la prevalenza è del 20% (Ancel PY, et al. *Pediatrics* 2006;117:828-35). A Trieste, in neonati <1000 grammi, la frequenza è del 12%. Nel colloquio prenatale con i genitori, i rischi della prematurità estrema devono essere menzionati con chiarezza, senza coloriture di alcun tipo. La frase finale della lettera, secondo cui neonati di 23 settimane hanno "molte probabilità di crescere sani", non appare supportata dalle evidenze attuali.

Sergio Demarini, UO di Neonatologia  
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

### Malattie del metabolismo e vaccinazioni

Vorrei avere qualche ulteriore informazione circa la proposta vaccinale (MPR e varicella) nelle situazioni di gangliosidosi GM1 (vedi Domande e Risposte, *Medico e Bambino* 2005;10:686).

G. Voltolin  
Neuropsichiatra infantile, Aosta

Il problema delle vaccinazioni non è prioritario in una situazione così rara e così grave come quella di cui stiamo parlando.

In linea di massima, in queste condizioni, deve valere il criterio di prudenza nei riguardi del paziente; come regola generale dobbiamo ricordare che per ogni malattia neurologica evolutiva viene sconsigliata la vaccinazione con virus vivi. Nel caso suo, si tratta della forma più severa, a inizio precoce, con convulsioni generalizzate, di gangliosidosi (la forma GM2 è invece a inizio giovanile), sicché non si può pensare a una sua stabilizzazione.

Anche nelle malattie su base genetica con compromissione diretta o indiretta della risposta immune, la prudenza raccomanderebbe di non usare vaccini vivi. Tuttavia, e per fare un esempio, nella sindrome DiGeorge, malattia con immunodeficienza che si pensava rappresentasse una controindicazione assoluta a questo tipo di vaccinazione, è stato recentemente possibile raccogliere un numero sufficiente di pazienti, in una ricer-

ca collaborativa, per poter esprimere, invece, un parere positivo.

*È questo il terzo problema che riguarda le vaccinazioni nelle malattie rare: la difficoltà di raccogliere numeri sufficienti per poter fornire una conclusione ragionevole e fondata.*

*Per approfondire: Azzari C, et al. Vaccine 2005;23: 1668; Perez E, et al. Pediatrics 2003;112: e325).*

**Giorgio Bartolozzi**

### Problemi scolastici e privacy

Se non ricordo male, alcuni anni fa, quando un maestro o un professore avevano in classe un bambino o ragazzo con qualche "problema", dopo averne parlato con uno dei genitori quasi sempre la madre, lo segnalava anche al medico curante con una telefonata o con una breve relazione. Oggi questo non avviene più e non me ne so spiegare il motivo.

Il genitore non sempre è in grado di riferire correttamente quanto è stato notato dagli insegnanti e se il medico curante, pediatra di famiglia, volesse mandare il bambino in consulenza da un collega o avviare accertamenti diagnostici non conoscerebbe l'esatto problema.

Come mai? è questione di scarsa responsabilità, di privacy?

Esiste una legge o circolare che inviti o obblighi gli insegnanti a rilasciare una relazione per il medico curante, o l'unica legge è solo il buon senso e un minimo di volontà di collaborazione?

**Francesco Alibrandi**  
Pediatra di base, Feltre

*No, non è mai esistita una legge, ma probabilmente l'usanza a cui Lei fa riferimento, non rappresentava un'usanza diffusa. Sarebbe stata contro la privacy non solo formale e un po' rigida come quella odierna, ma contro qualcosa di molto più concreto, e cioè il diritto genitoriale di scegliere la strada di intervento più opportuna.*

*Certo esisteva, e non in tutta Italia, nelle scuole un'équipe medico-psicologica e più in generale una medicina scolastica, a cui (raramente per la verità) si sarebbe potuto fare riferimento, ma credo che anche allora sarebbe stato un abuso farlo senza l'approvazione e la partecipazione della famiglia.*

*Il problema della collaborazione tra medico di famiglia e personale docente è d'altronde molto vecchio e mai risolto, e aggiungo molto personale, che richiede disponibilità, dedizione, capacità di intervento efficace da*

*tutte e due le parti, anzi da tutte e tre (scuola, medico, famiglia).*

*La capacità di ciascuna di queste parti avrebbe bisogno di molte verifiche e certamente, in molti pediatri vecchi e nuovi, la capacità di riconoscere l'eventuale natura medica (dislessia, depressione, disturbo del sonno, insufficienza mentale, opposizionismo, e via dicendo) non è garantita, né dalla loro pratica, né dal loro curriculum formativo pre o post diploma.*

*È certo invece ancora prassi comune che alcuni insegnanti, di fronte a un insuccesso scolastico, dicano ai genitori: "fatelo vedere al medico", pensando di solito a qualche somministrazione vitaminica o di "ricostituenti".*

*L'ideale per una collaborazione "totale" tra la pediatria e la scuola sarebbe che, a questo punto, il medico a sua volta chiedesse di parlare con l'insegnante e che insieme concordassero una linea di recupero o di comportamento.*

*Tutto questo però (e torniamo al principio) richiede una grande disponibilità, un uscire dalla routine: cosa che non tutte le famiglie, non tutti gli insegnanti e non tutti i medici sono disposti a fare.*

**Franco Panizon**