

AGGIUNGI UN POSTO A TAVOLA

Dice Michel Odent: "Un processo fisiologico non può essere migliorato, può solo essere disturbato". Ed è estremamente facile riuscirci, aggiungo io.

Il modo in cui, da quando si è data veste scientifica, la pediatria, nostrana almeno, consiglia di condurre lo svezzamento, rappresenta uno dei tanti esperimenti non controllati cui tutta la vecchia medicina, quella non basata sulle dimostrazioni di efficacia, ci ha ormai abituato. Non che precedentemente, nella tradizione popolare, non si facessero errori, tutt'altro; ma, ovviamente, nessuno aveva la pretesa di star facendo qualcosa di particolare o di ragionato. Si faceva e basta. I medici che si occupavano di pediatria, naturalmente, si erano da sempre occupati dell'alimentazione, probabilmente l'ambito in cui era più facile inventarsi qualcosa e avere l'impressione di ottenere risultati. Come biasimarli? L'essenziale è sempre stato mangiare; la qualità, per quanto importante, in situazioni estreme è secondaria, per cui, nello stile delle varie epoche, nessuno ha mai avvertito l'esigenza di presentare la benché minima prova di utilità degli innumerevoli, e spesso apparenti, cambiamenti portati nei tempi, nei ritmi, nel modo, nella qualità dell'alimentazione dei lattanti. Bastava l'autorità di chi le proponeva. Fra i tanti, Bernard Bendix, pediatra berlinese, nell'edizione del 1927 del suo libro, tradotto da Angela Borrino, sulle malattie dei bambini, parlando (senti senti!) di "alimentazione complementare" scrive: "Verso la metà del quinto mese o verso il sesto, o anche prima se vi è tendenza al rigurgito e al vomito, io sostituisco il secondo pasto con una pappa di biscotto o di semolino, riso... A sei, sette mesi, o anche prima, sostituisco il terzo pasto di latte con semolino o riso o tapioca (vedi vedi!)... Comincio la somministrazione della carne con prudenza alla fine del primo anno...".

Accenni a studi, osservazioni o dati a sostegno, solo vaghi o nessuno. Intanto, dall'altra parte dell'Atlantico, Clara M. Davis iniziava a pubblicare (*Am J Dis Child* 1928;36:651) i suoi studi sulla "Auto-selezione della dieta in lattanti appena svezzati", arrivando a conclusioni, questa volta sulla base dei risultati della ricerca, scandalosamente banali: "Lasciate la selezione dei cibi da rendere disponibili ai lattanti nelle mani dei loro familiari, cui tutti hanno sempre saputo essa appartenere". A vedere cosa è successo fino ad oggi, sembra come se nessuno o pochi l'abbiano letto, o che quei pochi non l'abbiano preso in considerazione o, se lo hanno fatto, non abbiano ritenuto opportuno farcelo sapere. Tanto che quarant'anni dopo, nei libri di testo di pediatria più diffusi tra noi, studenti di allora, e nella pratica corrente, si trovavano le stesse pedissequae e assiomatiche raccomandazioni di Bendix con l'aggravante di una sempre più sfrenata e corrompente mercantizzazione dell'alimentazione infantile. Abbiamo così, tutti, corrvamente contribuito alla creazione di una pseudo-scienza dello svezzamento o meglio, tornando al passato, dell'alimentazione complementare, in cui ciascuno è stato libero di fingere di sapere con precisione cosa stesse prescrivendo e perché. E riuscendoci talmente bene che le famiglie hanno continuato ad affidarsi al pediatra per farsi consigliare co-

sa dare ai propri bambini per svezzarli, pur sapendo tutte, invariabilmente, cosa sarebbe stato loro indicato, tanto disperatamente uniformi sono state per decenni le nostre raccomandazioni.

La letteratura naturalmente non si è fermata al 1927. Da allora si sono moltiplicate le ricerche nutrizionali, psicologiche e antropologiche sulle caratteristiche dell'alimentazione complementare, portando contributi più che sufficienti alla comprensione dei meccanismi con cui i bambini decidono qualità, quantità e ritmo dei pasti e, conseguentemente, cosa è meglio consigliare ai genitori. In breve potremmo anche dire che la successiva ricerca ci consente, più che altro, e non è poco, di affermare che Clara M. Davis aveva perfettamente ragione.

In questo numero di *Medico e Bambino*, Alessandro Volta (come non credergli!) nell'ambito di un più ampio progetto di "normalizzazione", partendo da un'analisi dei comportamenti dei pediatri della sua provincia nell'ambito della "alimentazione complementare", prova a mostrarci quali veramente siamo. Non perché non si sapesse già, più o meno, quel che fanno in merito i pediatri, ma perché, se si vuol essere seri, se si vuol misurare qualcosa, sempre dai dati bisogna partire. I risultati ottenuti, discussi alla luce della letteratura cui abbiamo accennato, ci rimandano un quadro assolutamente allarmante. Nella migliore delle ipotesi i comportamenti assolutamente corretti non superano il 5%. Si tratta forse della peggiore performance professionale di tutto l'ambito pediatrico. L'unica scusante è che, malconsigliati o non consigliati affatto, ci siamo da sempre avvicinati a questo settore della pediatria con un colpevole dilettantismo, e dico "ci siamo" in tutta sincerità, nonostante l'apparente strafottenza di queste righe. La mia esperienza personale è esattamente sovrapponibile a quanto trovato da Volta, almeno fino a una decina di anni fa quando, senza nessun merito personale, per puro caso, mi sono imbattuto nell'occasione giusta per ravvedermi e reimpostare i miei comportamenti.

Prima di allora le occasioni di formazione erano state assolutamente fuorvianti, come per l'80% dei pediatri intervistati che, comunque, ad aggiornarsi ci hanno provato. Il lavoro di Volta, speriamo il primo di una lunga serie, è un'ottima occasione offerta ai lettori di *Medico e Bambino* per cambiare strada. Va letto con attenzione e umiltà, le stesse con cui l'autore si è preoccupato di scriverlo, preoccupato di non "piccare" nessuno e ottenere il massimo del coinvolgimento, conscio che l'alimentazione infantile si va rivelando sempre più una chiave di volta (*in nomen omen*) della futura salute dell'adulto. Abbiamo la presunzione di credere, e rinnoviamo questa nostra convinzione nell'articolo a pag. 445, che anche il nuovo modello di alimentazione complementare, che nasce spontaneamente dalla diuturna ed estesa letteratura disponibile, e che Volta implicitamente raccomanda, abbia una notevole valenza preventiva al pari del già condiviso gruppo del 6+1. Aiutateci a dimostrarlo (call for papers!), e chissà che non si possa avere, prima o poi, un 6+1+1.

Lucio Piermarini
Pediatra di comunità, ASL 4, Terni

Editoriali

OSSERVANDO I PEDIATRI DI DOMANI

Non tutti forse sanno che l'Osservatorio Nazionale Specializzandi in Pediatria (ONSP) è l'organo rappresentativo dei medici specializzandi delle 43 Scuole di Specializzazione in Pediatria d'Italia. È nato a Montecatini Terme nel 2002, durante il 58° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria, con l'ambizioso scopo di essere la voce degli specializzandi che vogliono essere protagonisti attivi della loro formazione e non solo "recipienti" silenziosi!

L'ONSP nasce dalla volontà di giovani pediatri in formazione di migliorarsi, di incontrarsi e di confrontarsi, di imparare dalle esperienze degli altri, e così individuare dei modelli di formazione validi, stimolanti e competitivi, per poter così contribuire al miglioramento dei percorsi formativi nelle singole Scuole.

È servito a questo il primo questionario redatto dai referenti di scuola, un'indagine conoscitiva circa lo stato della formazione dei medici specializzandi in Pediatria in Italia, che, seppure con alcuni limiti metodologici, ha offerto un primo spaccato della realtà, assolutamente disomogenea per quanto riguarda le rotazioni, l'autonomia, l'acquisizione di procedure e le risorse didattiche tradizionali e innovative (dalle ore di lezione agli accessi alle biblioteche, a Internet ecc.). Non tutti sanno - e anche noi ne siamo rimasti sorpresi - che ancora circa in un quinto (17,5%) delle Scuole di Pediatria non sono previste rotazioni fra i reparti, che solo in poco più della metà (54,7%) delle Scuole si ha accesso a riviste mediche online per potersi aggiornare, che solo il 40,5% degli specializzandi ha imparato a mettere un'ago-cannula nel corso dei 5 anni di specialità (E. Michelin, M. Salata, Comunicazione orale, 3° Assemblea Nazionale ONSP, Napoli 2006). Ancora più preoccupante è il fatto che solo il 57% dichiara di aver acquisito autonomia nella gestione del paziente alla fine dei 5 anni. Nell'80% dei casi meno di un terzo degli specializzandi conosce i Decreti Legislativi in tema di formazione specialistica, sottolineando una scarsa informazione e partecipazione degli stessi specializzandi. I dati del questionario sono al momento oggetto di studio da parte dei Direttori delle Scuole di Specializzazione e l'augurio è che possano essere la base per lavorare insieme per costruire una Pediatria d'eccellenza o forse semplicemente migliore. Ed è per questo che l'ONSP è stato coinvolto anche nei lavori del Forum Formazione-Assistenza: "Quale pediatra per quale modello di Pediatria", organizzato dalla Società Italiana di Pediatria (Pisa, 15-17 giugno 2006).

In attesa di una nuova indagine conoscitiva dei bisogni dello specializzando, più appropriata dal punto di vista metodologico, l'ONSP cerca di muovere piccoli passi in questa disomogenea realtà delle Scuole, promuovendo da una parte, attraverso il suo sito internet (www.onsp.it), l'informazione che spazia dal riassetto delle Scuole di Specializzazione agli aggiornamenti su Eventi Formativi e su Congressi, alla segnalazione di posti vacanti ai neo-specialisti; dall'altra l'ONSP fa da rete, favorendo i legami fra gli specializzandi di tutta Italia, per accoglierne le specifiche problematiche e promuovere la condivisione di esperienze.

All'interno dell'ONSP sono sorti vari gruppi di lavoro che si occupano di problematiche specifiche, come ad esempio la Pediatria di famiglia (PdF), la Pediatria d'Urgenza-Emergenza, la Pediatria nei Paesi in via di sviluppo ecc. I gruppi di lavoro hanno lo scopo di raccogliere più informazioni possibili in quel settore, diventare punto di riferimento per chiunque voglia intraprendere una strada specifica e offrire occasioni di approfondimento. Un esempio: il gruppo di Pediatria nei Paesi in via di sviluppo (PVS) offre un corso di 3 giorni che si tiene a Trieste sul contesto e la pratica clinica della Pediatria nei PVS, nel quale fra i docenti ci sono anche alcuni specializzandi che hanno fatto un'esperienza di lavoro e di vita in questi Paesi.

Sicuramente l'evento che riassume in sé lo spirito dell'Osservatorio è il Congresso Nazionale ONSP, di cui si è svolta nel mese di maggio 2006 la 3° edizione a Sciacca (Agrigento). Dal prossimo anno il Congresso diventerà itinerante, prima tappa sarà l'Università di Chieti (15-19 maggio 2007), e questo vuole essere un segno tangibile di maggiore collaborazione tra le Scuole che si avvicenderanno. Infatti, a organizzare questo Congresso sono i soli specializzandi che ne scelgono il programma, il format, che partecipano come moderatori ma anche come relatori. Quest'anno, nei giorni pre-congressuali, oltre ad altri interessanti corsi (fisiopatologia respiratoria, counselling), l'ONSP ha offerto la possibilità di effettuare il *Pediatric Basic Life Support Course* (PBLs) e il *Pediatric Advanced Life Support Course* (PALS), a costi esigui (40 euro anziché circa 150 euro e circa 500 euro rispettivamente!), grazie alla collaborazione con la Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica (SIMEUP).

Una delle tavole rotonde che ha suscitato maggior interesse è stata sicuramente quella sulla "Formazione in Pediatria di famiglia", sulla quale la realtà delle Scuole di Specializzazione italiane è estremamente disomogenea. Sono stati presentati i dati ONSP (E. Michelin, Comunicazione orale, 3° Congresso Nazionale ONSP, Sciacca 2006), che hanno evidenziato come in meno della metà delle scuole (42,8%) sia prevista la rotazione presso un ambulatorio del PdF o lezioni teoriche circa gli ambiti della PdF. Nonostante questa scarsa preparazione all'esercizio della Pediatria di famiglia, che richiede specifiche competenze organizzative, decisionali ed educativo-relazionali, il 92,8% degli specializzandi effettuano sostituzioni (durante le ferie il 75%, allo smonto delle guardie il 67,8%, metà giornata l'85,7%). Volenterosi e coraggiosi autodidatti, in cerca di colmare un buco nero, sapendo di essere orientati a divenire anche PdF? O solo interessati all'aspetto - non irrilevante! - di tipo economico?

Riteniamo che questo ambito specifico di lavoro, che riguarda la formazione dello specializzando nell'ambulatorio del PdF, rappresenti una delle priorità da raggiungere. Più di 10 anni fa sono stati formalizzati in modo compiuto e attuale, proprio sulle pagine di *Medico e Bambino* (1), alcuni obiettivi e proposte organizzative. Perché questo modello non è riuscito ad avere adeguata diffusione? Secondo le stime attuali gli sbocchi professionali condurranno circa il 70% degli attuali specializzandi verso la PdF, il 20-22% verso la Pediatria ospedaliera e il 3-5% verso la car-

riera universitaria. E allora perché non diversificare le attività dell'ultimo anno in cure primarie, secondarie o terziarie in base allo specifico orientamento professionale di ciascuno specializzando? Perché non riparlare quindi della formazione ambulatoriale dello specializzando e trovare una soluzione attuativa, alla luce anche dell'imminente riassetto delle Scuole di Specialità?

Bibliografia

1. Agostini M, Bussi R, Del Torso R, Gangemi M, Ghitti C, Tamburlini G. Proposte per la formazione ambulatoriale dello specializzando in pediatria. *Medico e Bambino* 1995;14(7):337-42.

Silvia Di Michele*, Jenny Bua**

* **Medico Specializzando, Clinica Pediatrica, Chieti**

** **Medico Specializzando, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste**

DIRITTO ALLA VITA PRE-GIUDICATO

Segni e sintomi di quel paziente che si chiama mondo stanno a indicare che la malattia del XXI secolo, che già oggi fa molte vittime e che molto probabilmente, se non interviene alcuna cura, farà soffrire gran parte dei nostri figli e nipoti, è il pre-giudizio. Il pre-giudizio che ci impedisce, nei microcosmi nostri quotidiani così come su scala globale, di vedere l'altro e sentire le sue ragioni, che ci rende capaci di un linguaggio troppo spesso unilaterale e malevolmente orgoglioso. Pre-giudizio e orgoglio sono frutti avvelenati dell'opera - in corso - di riduzione della nostra identità a uno solo dei molti colori che la compongono: quello etnico, che messo al vaglio della genetica farebbe scoprire nella grande maggioranza di noi proprio alcuni geni dell'etnia aborrita; quello religioso, di cui quasi nessuno tra noi porta né meriti né responsabilità (è evidente a tutti che la principale ragione per cui uno è cattolico o mussulmano o induista è che è nato a Bari piuttosto che a Ryad o a Bangalore); quello politico, che ci offre il paradosso della più accanita faziosità proprio tra coloro che hanno più radicalmente cambiato casacca (il che, ovviamente, è lecito; ma allora, perché questo bisogno di restare sul palco a sconfessare i credi di ieri?). E altri colori ancora, ciascuno a sua volta prodotto ibrido e spesso casuale di tanti pennelli, e ciononostante eretto a colore primitivo ed esclusivo.

Il lettore si chiederà quale sia il nesso di queste considerazioni con le cure ai bambini. Il nesso sta nel fatto che è proprio sul tema del diritto alla vita dei più piccoli che accade di assistere ad alcune delle più evidenti manifestazioni di pre-giudizio, del quale il risultato più evidente è il diverso valore attribuito a questa "vita" e a questo "diritto" a seconda del valore simbolico-politico, quindi strumentale, della questione in quel momento sul tavolo.

Pare, ad esempio, che l'embrione (anche se di pochi giorni, o "in fieri" in quanto uovo fecondato) abbia non solo gli stessi diritti del bambino già nato (posizione legittima, ma, alla luce delle tecnologie che rendono i confini dell'"individuo con vita" ogni giorno più articolati e difficili da definire, altrettanto legittimamente discutibile e quindi tema

di dialogo e non di scontro di pre-giudizi) ma addirittura di più. Infatti, quanti, operando nei laboratori come ricercatori o nelle aule parlamentari come legislatori, non riconoscono questi diritti, o intendono limitarli e circostanziarli, sono oggetto di condanna più frequente e solenne di coloro che o direttamente, con atti di sopruso e violenza, o indirettamente, tramite l'azione politica e finanziaria, pregiudicano il diritto alla vita di milioni di bambini.

Pare che le decine di bambini uccisi nel bombardamento di Canaa siano, a sentire alcuni, un effetto collaterale inevitabile, anzi una responsabilità esclusiva di chi li ha utilizzati come scudi umani, o viceversa, secondo altri, colpa esclusiva di chi ha sganciato le bombe. Singolare ragionamento, anch'esso frutto di pre-giudizio.

Come non vedere che è stata una deliberata, calcolata (calcolo molto miope, peraltro) volontà da entrambe le parti che ha determinato il fatto?

Pare che sia sbagliato prevenire - attenzione, non interrompere - la vita di un bambino destinato con alta probabilità ad ammalarsi di AIDS, attraverso adeguati strumenti anticoncezionali offerti alla mamma sieropositiva. O che la vita di un bambino malato di una specifica malattia abbia più diritto alle cure di un altro affetto da altro problema, perché la "constituency" che lo difende ha più mezzi e più voce, o perché la malattia stessa ha più spazio mediatico. O che le offese al fisico di un bambino siano considerate più meritevoli di attenzione di quelle alla psiche. O ancora - visione sembra fatta propria da quasi tutta la comunità internazionale - che l'obiettivo debba essere la sopravvivenza a breve piuttosto che una vita dignitosa; quasi che, ridimensionate le disturbanti statistiche sulla mortalità infantile, tutti gli altri crimini contro l'infanzia possano essere più facilmente nascosti sotto il tappeto, e ignorati cause e mandanti.

Insomma, quando si tratta del diritto alla vita dei più piccoli, ognuno applica il suo pre-giudiziale metro di giudizio, strumentale al prevalere del proprio colore, se non dei propri interessi materiali. Perché la stessa Chiesa, anzi, le Chiese, nelle loro espressioni più alte e ufficiali, non usano lo stesso metro per tutti i perpetratori di offesa alla vita? Come si concilia una attenzione differenziale alla vita a seconda che questa difesa porti o meno acqua alla propria costruzione dottrinale? E la Scienza, che della vita in buona parte si occupa, e che dovrebbe in ragione del proprio "linguaggio universale" essere più libera da pregiudizi, e che in nome della vita chiede e ottiene investimenti, perché non scende più fortemente in campo per la difesa della vita?

Certo, in qualche caso perché gli viene impedito, con la forza e il terrore. Ma in molti altri, perché sopraggiungono singolari epidemie di miopia - una miopia che si potrebbe definire microscopica - quella per cui si vede solo nel proprio oculare.

Potremmo stabilire e applicare il diritto assoluto e non relativizzato alla vita, almeno dei più piccoli? In tutti i contesti? Potrebbe forse essere anche accettato che alla ricerca venga impedito di utilizzare gli embrioni, se la voce unanime si levasse ovunque la vita sia impedita, svuotata di ogni dignità, terminata prima del tempo, o pregiudicata a priori.

Editoriali

E se a queste voci forti seguissero azioni altrettanto forti ed eque.

Tutto questo, naturalmente, non accadrà facilmente. Considerando che il mondo scientifico soffre di limiti di visione ed è sempre più costretto a misurarsi con i pre-giudizi dei propri finanziatori, la libertà dall'orgoglio e dal pre-giudizio è merce rara. Ancor più rara proprio tra quanti sono incaricati di rappresentare l'uno o l'altro dei tanti "colori" di cui siamo fatti.

Non è dato di conoscere la via per abolire il pre-giudizio e affermare il dialogo, soprattutto se la scienza si chiama, poco onorevolmente, fuori. Carlo Maria Martini ha scritto recentemente che esiste un luogo dell'incontro tra linguaggi diversi, e che questo luogo è quello dell'amore, come con-

dizione per il superamento del linguaggio pregiudiziale o del non-dialogo. Se è certo vero che l'amore è un luogo elettivo (mi interesso a te in quanto te, quindi ti ascolto e ti voglio comunque parlare) del superamento del pre-giudizio che nasce dalla banale rivendicazione identitaria, questo luogo purtroppo rischia di restare riservato solo a quei pochi, semmai, che ognuno di noi è capace di amare. Forse una amorevole curiosità nei confronti del prossimo potrebbe essere una via per allargare il nostro e l'altrui orizzonte di ascolto e comprensione. Il nostro lavoro ce ne offre certo mille occasioni. La vita dei più piccoli ne trarrebbe giovamento.

Giorgio Tamburlini

XIX CONGRESSO NAZIONALE CONFRONTI IN PEDIATRIA 2006

Protocolli in Pediatria: 10 anni "dopo"

Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima, 1-2 dicembre 2006

VENERDÌ 1 DICEMBRE

9.00 SESSIONE PLENARIA *modera F. Panizon*
L'accesso acuto d'asma (G. Longo, F.M. De Benedictis)
Il ritardo mentale (G. Corsello, P. Gasparini)
Le dislipidemie (R. Bellù, L. Cattin)

12.00 SESSIONI PARALLELE

L'ipertensione (A. Benettoni, F.M. Picchio)
La scoliosi (G. Tagliavoro, G. Maranzana)
Dolori addominali ricorrenti (G. Magazzù, L. Greco)

14.30 SESSIONE PLENARIA *modera A. Ventura*

Il linfonodo ingrandito (M. Rabusin, P. Macchia)
Disturbi del linguaggio e dislessia (S. Millepiedi, M. Carozzi)
Emorragia intestinale (S. Martelossi, M. Fontana)

17.20 SESSIONI PARALLELE

Il criptorchidismo (M. Maghnie, J. Schleef)
Le artriti, infettive e non (L. Lepore, F. Falcini)
La dermatite atopica (M. Cutrone, G. Longo)

SABATO 2 DICEMBRE

9.00 SESSIONE PLENARIA *modera F. Panizon*
Precocità e ritardo puberale (G. Tonini, F. Chiarelli)
Neutropenie e piastrinopenie (M. Aricò, P. Tamaro)
Il bambino acutamente "giallo" (G. Maggiore, L. Zancan)
La sindrome di Münchhausen by proxy (A. Ventura, P. Benciolini)

CONFRONTI "GIOVANI"

VENERDÌ 1 DICEMBRE

12.00 Palazzo dei Congressi: Giro dei Posters "con il Professore"
14.30 Sala Tommaseo - Jolly Hotel:
Specializzandi a tu per tu "senza il Professore"

Per questo Congresso sono stati richiesti i crediti formativi ECM

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giorgio Longo (longog@burlo.trieste.it), Alessandro Ventura (ventura@burlo.trieste.it)

SEGRETERIA SCIENTIFICA "CONFRONTI GIOVANI"

Laura Badina (lau.bad@gmail.com), cell. 347 5825178
Jenny Bua (jbua@fiscali.it), cell. 328 1924235
Laura Travan (ltravan@libero.it)



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

QUICKLINE Traduzioni&Congressi
Via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 - Fax 040 7606590
e-mail: confronti@quickline.it <http://www.quickline.it>