

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.

Criticità nel ruolo del pediatra di famiglia 1

Gent.mo prof. Panizon, rispondo al Suo editoriale "La pediatria italiana e la pediatria di famiglia" (*Medico e Bambino* 2010; 29:348-9); in realtà più che risponderLe dico la mia, stuzzicato dalle Sue argomentazioni sulla Pediatria di famiglia, e dalle sue critiche; stuzzicato e motivato dal fatto che ritengo che un pediatra di famiglia (PdF) possa e debba dire qualcosa sulla Pediatria di famiglia.

Non parlerò, perché non mi compete, di quanti Punti Nascita o Reparti di Pediatria sono stati creati negli anni non certamente per rispondere a criteri di bisogni di salute; Reparti che si alimentano proprio di quei ricoveri impropri dei quali Lei parla (e posso portarLe esempi di PS che "sollecitano" la popolazione all'accesso anche per la prescrizione di ricette o che ostacolano l'effettuazione di servizi territoriali filtro); così non parlerò dell'Università, dove la spocchia baronale non è certo finita con il '68.

Ma io sono un PdF e guardo alla mia professione; e, leggendo quanto Lei dice sul "gradimento" del proprio mestiere, penso che questo sia dovuto in buona parte alla crescita categoriale nel suo complesso, guidata, sia negli aspetti normativi che professionali, da una Federazione (la FIMP) che raccoglie la stragrande maggioranza delle adesioni.

Parlo della Federazione nazionale, ma soprattutto di quelle regionali e provinciali, veri motori di attività di aggiornamento oltre che di scambi esperienziali, cresciute sempre più negli ultimi dieci anni in qualità e quantità.

Questo manca alla pediatria ospedaliera e a quella universitaria: forse hanno anch'esse qualche Società scientifica che ne spalleggia l'aggiornamento specifico, ma non riescono mai a legare aspetti lavorativi più ampi.

Di fatto, pediatri ospedalieri e (meno) universitari finiscono abbastanza spesso per lasciare a frotte il loro ospedale e la loro Università, e accorrere a frotte sul territorio per coprire le zone carenti, dove a loro conviene, con nocumento all'ospedale (perdita di competenze) e anche alla Pediatria di famiglia, dove impediscono un ricambio generazionale tanto opportuno.

Forse escono con il miraggio di un lavoro più "facile" (ben presto cambiano

idea, creda a me che ne incontro vari) con meno stress (forse); comunque questo è un problema da *burn-out* ospedaliero, una faccenda di cui i Direttori Sanitari dovrebbero prima o poi occuparsi.

Sulle necessità assistenziali non posso che concordare con Lei, ma tenga presente che alcuni aspetti comportano scelte concordate fra tecnici (medici), amministratori e politici, solo così si possono avere risultati: pensa davvero che una Pediatria di famiglia organizzata possa fare concorrenza a un accesso al PS gratuito 24 ore su 24 per un codice bianco o verde? E perché mai un non-bisogno assistenziale non deve andare al PS ma da un PdF che apra il proprio ambulatorio per un orario analogo? Se è un non-bisogno...

Anche sull'abuso dei farmaci, devo darle ragione; ma sono convinto che, proprio per la forza della FIMP, le cose cambieranno. Sono "in quota FIMP" fra i firmatari delle recenti LG sull'OMA emanate dalla SIP; sono tra i firmatari, sempre "in quota FIMP", di un documento ligure che sarà pubblicato sulla rivista *Gastroenterologia Pediatrica*; e sul mal uso degli steroidi inalatori organizziamo percorsi formativi con i colleghi (a Genova il 98% dei PdF è iscritto alla FIMP e l'80% frequenta stabilmente i nostri incontri mensili, www.apel-pediatri.it), anche su argomenti "nuovi" che l'Università di oggi non tocca nemmeno di sfuggita (incidenti, dislessia, maltrattamento, inquinamento...).

E i risultati? Sarebbero migliori se da un lato il datore di lavoro (il SSN) fosse un assiduo controllore dell'operato qualitativo dei PdF che in fondo considera estranei al sistema perché non dipendenti e perché scarsi ordinatori di spesa complessiva, e se, dall'altro, i colleghi ospedalieri (spesso con attività privata sul territorio) e universitari (anch'essi liberi professionisti sul territorio) collaborassero maggiormente con noi sia per gli aspetti educativi sia per abbattere quella "gelosia di mestiere, e di appartenenza, e anche una ricerca del potere, che forse fa abbastanza più male che bene".

Giorgio Conforti
FIMP Genova

Nella Sua lettera è difficile non cogliere una fierezza di appartenenza che Le fa onore; ma anche, mi perdoni, un eccesso di disistima collettiva e di colpevolizzazione nei riguardi delle altre categorie, che io mi per-

metto di difendere. Nessuno è eguale agli altri; e questo vale sia per le Facoltà mediche, sia per le Scuole di Specialità, sia per i reparti ospedalieri, sia per i singoli docenti e per i singoli professionisti ospedalieri, ma sia anche per i PdF che, se fossero tutti come il Suo e il mio ideale vorrebbero, non prescriverebbero né antibiotici sbagliati, né inibitori di pompa o beclometasone in eccesso. Anche per quanto riguarda il SSN, anzi le ASL, oppure le strutture regionali di governo della Sanità, si deve aver chiaro che non sono, ahimè, tutte eguali. Nella mia Regione, per esempio, lo sforzo per la formazione permanente e per l'omogeneizzazione dei comportamenti dei medici di medicina generale e dei PdF non è trascurabile; e anche, devo dire (ognuno sa di cosa parla), la qualità delle cure e la relazione, personale e sistematica, del rapporto ospedale-territorio sono quanto meno buoni. Io credo che stiamo, malgrado tutto, molto meglio di vent'anni fa; e che per combattere la gelosia di mestiere, e la (falsa, ridicola, ingannatrice) ricerca del potere, in se stessi ma anche negli altri, occorre, comunque, un po' di fiducia.

Franco Panizon

Criticità nel ruolo del pediatra di famiglia 2

Lo spunto per questa mia lettera è stata la lettura dell'editoriale, sul numero di giugno, del prof. Panizon "La pediatria italiana e la pediatria di famiglia" (*Medico e Bambino* 2010;29:348-9) e in quanto pediatra di famiglia (PdF) italiano mi permetto di fare alcune considerazioni su quelle, già pertinenti dell'editoriale, inerenti alle criticità e agli indicatori che vengono proposti per la valutazione dell'efficacia del PdF. E, gioco forza, parlerò della mia esperienza: la Pediatria di famiglia è infatti unica, ma molti e diversi sono i PdF, come diverse sono le realtà della Sanità in genere nel nostro Paese, con squilibri e differenze di ogni tipo (vedi i vari *report* che periodicamente leggiamo).

Tralascio il problema dell'appropriatezza dei ricoveri, in quanto non è il PdF a decidere un ricovero e quindi la questione riguarda i colleghi ospedalieri. Ma sicuramente una parte di responsabilità spetta al PdF, che non riesce ad arginare quella marea di codici bianchi che inonda il PS.

L'iperprescrizione e la prescrizione

scorretta: i report trimestrali sull'attività prescrittiva farmaceutica individuale che la mia ASL invia mi comunicano che io prescrivo il 50% in meno rispetto ai valori di riferimento dell'Azienda per la fascia PdF con più di 400 assistiti (personalmente ne ho 1086); l'amoxicillina rappresenta l'85% degli antibiotici che prescrivo, gli steroidi in aerosol solo lo 0,5% dell'intero monte prescrittivo, nessun inibitore di pompa. Sicuramente qualche anno fa non ero così virtuoso, ma il mettermi in discussione, rifiutando il conformismo e seguendo i criteri dell'EBM, mi ha permesso di correggere alcuni atteggiamenti non corretti.

Il colloquiare con altri colleghi, soprattutto con gli ospedalieri e gli universitari, è sicuramente un problema, per una sorta di invidia o di superiorità o di supponenza, e saranno l'intelligenza e la buona volontà dei singoli che potranno permettere di superare atteggiamenti che vedono spesso il paziente e la sua famiglia strattinata e confusa (proposte diagnostico-prescrittive in antitesi, più per la volontà di screditare l'altro che per verità scientifica!).

Lavorare in gruppo e in rete è un'altra cosa che il PdF dovrà imparare, sia per non essere solo ma anche per poter essere intercettatore di quei codici bianchi cui Panizon fa riferimento. Ma quest'ultima criticità deve vedere protagonista attiva la famiglia, che deve evitare il *doctor shopping* di cui fornisco un esempio non aneddotico ma molto frequente nella mia esperienza: bambino febbrile visto al venerdì e inquadrato per diagnosi, terapia e prognosi, rivisto dal collega PdF (con cui ci si alterna nella reperibilità dalle 8 alle 10) al sabato mattina per persistenza della febbre, controllo alla domenica mattina presso il Servizio di Guardia Medica e lo stesso giorno alla sera tardi presso il Reparto di Pediatria, per poi tornare al PdF il lunedì mattina con la stessa diagnosi di virosi e con la febbre finalmente scomparsa e con la richiesta di spedirlo da subito al Nido per problemi organizzativo-familiari!

Prevenzione dell'obesità: è vero, la vediamo crescere sotto i nostri occhi. Ma è vero anche che interveniamo o cerchiamo di farlo, ma se non ci riusciamo è proprio colpa nostra? Siamo sicuri che è solo per nostra incapacità e inadeguatezza, o dipende dal genitore non mettere in atto (per volontà o incapacità) quei consigli che diamo in grado di modificare le abitudini e gli stili di vita suoi e dei suoi pargoli? Molto spesso i genitori fanno quello che vogliono o che ritengono giusto indipendentemente dalle mie indicazioni. Questo non vuol dire che personalmente sarò meno incisivo, ma la sensazione è di combattere una guerra persa in partenza. Approfitto dell'occasione per segnalare un

trucco del mestiere: alla prima visita do istruzioni scritte e verbali sul trattamento della febbre, con rinforzo nel corso dei vari episodi febbrili (quanto di quel farmaco e ogni quanto). Ma all'ennesimo rialzo della temperatura: "Dottore, non va proprio giù, e si che gli ho dato il paracetamolo". Chiedo: "Scusi, Signora, ma quanto pesa suo figlio e quanto ne ha dato?" Risposta: "Matteo ha sei anni, pesa 25 chili e gli ho dato 30 gocce, sono troppe?". E lì mi cadono le braccia.

Antonino Baio
Pediatra di famiglia, Dolo (Venezia)

Quando ho detto, in quell'editoriale, che l'invenzione italiana del PdF non ha ridotto (come ragionevolmente si poteva pensare) ma ha aumentato, rispetto a tutto il resto d'Europa, sia i codici bianchi che i ricoveri, ho semplicemente portato dei dati e fatto una constatazione. Non è tutta colpa della Pediatria di famiglia, ma anche di un altro vizio italiano, lasciar proliferare, per motivi politici, gli ospedali e poi pretendere (sempre il dannato aziendalismo, e la cecità dei Direttori sanitari e dei manager che gli stanno sopra) che siano pieni, anziché felicitarsi del fatto che siano vuoti (a patto che non ci siano troppi pazienti che "fuggono" in altre aree). Certo, è anche così, ed è anche colpa di quegli ospedalieri che piegano la loro coscienza (sì, sì) a quell'idea della falsa efficienza che domina il pensiero dei Direttori sanitari, dei manager (e dei politici che non riescono a ridurre il numero dei reparti, o le loro pretese di "riempimento").

Ma non si nasconde dietro a un dito: se non è una colpa, è un fallimento, "anche" della PdF. Se no, vorrebbe dire che la PdF non esiste. In realtà, è colpa di tutti gli interlocutori, di non aver saputo parlare abbastanza incisivamente, territorio per territorio, ogni PdF con il proprio ospedale di riferimento.

Restano i fatti, l'eccesso dei ricorsi al PS e al ricovero: che non risulta poi essere così disastroso per la salute dei bambini e la tranquillità dei genitori, merito di una rete a maglie molto strette.

E la PdF divida pure i meriti (bassissima mortalità, soddisfazione delle famiglie) e i biasimi (dipendenza, dipendenza, dipendenza) con l'ospedale. Ma riconosca anche la propria colpa innocente (la pediatria non costa quasi niente allo Stato), un certo grado di arretratezza professionale della categoria (è inutile che uno dica "ma io sono bravo": parlano i numeri); la resistenza (della categoria) alla "formazione continua" (sono passati decenni di "formazione", e i primi PdF già stanno andando in pensione), il suo troppo facile adattamento al sistema "più offerta, più doman-

da", il suo essere diventata oggetto di consumo, la sua incapacità di rendere indipendente la famiglia.

Franco Panizon

PS. Penso che nessun lettore di Medico e Bambino arrivi a pensare che parlo così perché voglio male alla Pediatria di famiglia.

Obesità e cure primarie

Abbiamo seguito con interesse i contributi di Rita Tanas¹ e Franco Panizon² sul tema dell'obesità. Già Marina Vignolo³ segnala l'insufficiente impegno dei PdF in questo campo, mentre i Centri specialistici di II e III livello non riescono a far fronte alle richieste.

Non siamo in grado di produrre alcun giudizio su questo, ma crediamo di poter dare qualche contributo di esperienza.

Tanas segnala che ci sono programmi di terapia dell'obesità di provata efficacia, riferendosi all'ultima metanalisi *Cochrane* e alla *systematic review* della USPSTF. Lutikhuis, peraltro, mette in guardia sul fatto che il successo è misurato su tempi eccessivamente brevi e senza valutare il probabile *rebound*; comunque, sulla base di queste metanalisi, la *task force* americana (che nel 2005 aveva negato l'utilità di uno screening di massa sull'obesità nella popolazione infantile, per la mancanza di terapie efficaci), oggi si ricrede, in considerazione, appunto, di qualche evidenza di efficacia. Anche in questa revisione i pochi interventi validati per le cure primarie sono però sempre inficiati dalla breve durata del follow-up, mentre gli interventi terapeutici più significativi hanno richiesto più ore/settimana di impegno di professionisti qualificati (psicologi, medici, infermieri) per molti mesi con l'eventuale impiego di farmaci: un approccio improponibile nelle cure primarie.

È giusto che il pediatra venga educato al BMI, lo sappia interpretare, usare e spiegare alla famiglia. E, forse, c'è ancora molto da fare in questo senso⁴.

Sappiamo per esperienza che la pratica prescrittiva, quando questa comporta una modificazione degli stili di vita e di abitudini radicate, non solo non è efficace, ma diventa uno spreco di energie e di tempo: una delusione per il professionista e, spesso, una presa di distanza della famiglia.

Cambiare il nostro modo di agire, spogliarci della nostra medicina basata sulla capacità di persuasione, offrire alla famiglia la disponibilità a discutere e a costruire un intervento condiviso, affinché i genitori e il bambino investano le proprie energie nel cambiamento, è una sfida che i pediatri di Reggio Emilia si sono propo-

sti di affrontare anche attraverso un percorso formativo specifico. Questo modello di approccio motivazionale, segnalato anche nella bibliografia dell'articolo firmato da Tanas, non si insegna nelle Scuole di Specializzazione, dove, sottolineiamo, non si insegnano nemmeno le abilità e le competenze che dovrebbe avere un pediatra delle cure primarie. Crediamo che questo sia un punto fondamentale che meriti molta riflessione.

Tanas accenna, alla fine del suo articolo, che l'impegno del pediatra deve essere affiancato da una serie di iniziative legislative e "ambientali" che favoriscano quegli stili di vita che i pediatri nei propri ambulatori propongono. Il *built environment* è un tema continuamente affrontato nei nostri ambulatori, quando, insieme alla famiglia, dobbiamo costruire una strategia possibile⁵. Ma quanti anni o decenni ci vorranno per una presa di coscienza dei nostri urbanisti e amministratori pubblici su questo tema cruciale?

Chissà quanti pediatri hanno visitato le fiere internazionali dell'alimentazione a Parma (*Cibus*) o a Milano (*Tuttofood*). Oltre a essere competenti su curve di crescita e BMI dovremmo imparare a conoscere meglio la moderna industria alimentare. Nell'ultimo numero di *Food*, mensile specializzato del settore, leggiamo di ampi margini di miglioramento nei consumi di bevande analcoliche che hanno come target specifico la famiglia (succhi e bevande zuccherate, per parlarci chiaro); e inoltre un assaggio di ciò che avverrà con i tanto decantati *fortified food* o i *functional food* (patatine fritte con sale iodato, per esempio) dopo il disastroso risultato ottenuto dai *light food*. Con la consapevolezza dell'enorme potere persuasivo dell'informazione pubblicitaria rivolta ai bambini, dove si spendono miliardi di dollari all'anno riuscendo a modificare anche le capacità percettive dei consumatori di pochi anni di età⁶.

Ci impegniamo, e continueremo a farlo, nel confrontarci con i genitori più in difficoltà, con scarse capacità educative e con scarsa alfabetizzazione, con le famiglie non più in grado di riconoscersi nello stato di disagio in cui versano, che non leggono e non si informano e che aspettano la risoluzione dei loro problemi attraverso la medicina prescrittiva a cui sono stati ben abituati. Oltre a invitare a ridurre il consumo di TV, anche se l'offerta di nuovi canali televisivi per la famiglia è in continua ascesa, stiamo proponendo la lettura condivisa in famiglia e a leggere con i bambini, abitudine che è associata a una riduzione del BMI⁷, oltre che a migliorare lo stato di alfabetizzazione di tutta la famiglia, base necessaria per ogni moderno intervento di tipo sanitario.

Combattere l'obesità significa riflettere sullo stile di vita occidentale, che sta sempre più allontanandosi dalla natura della nostra specie. Giusto, giustissimo l'impegno in prima linea del PdF. Ma non aspettiamoci da questa figura professionale la risoluzione di un problema così complesso o un effetto misurabile a breve o lungo termine sull'intera popolazione pediatrica. Un pensiero non credibile e nemmeno più accettabile. Non possiamo, tuttavia, non concordare con quanto dice Panizon, che consideriamo un punto di riferimento professionale e un caro amico: "Certo, sarà la famiglia a decidere, a capire, a fare"; e noi pediatri dovremo offrire l'opportunità a questa famiglia di mettersi nelle condizioni di poter scegliere, nel modo più consapevole possibile, la propria strada da percorrere.

Bibliografia

1. Tanas R, Beccati A, Marsella M, Albertini A, Celenza F, Gilli G. Quali curve di crescita per la diagnosi precoce di eccesso ponderale in età scolare? *Medico e Bambino* 2010;29:103-10.
2. Panizon F (a cura di). Fattori di rischio e prevenzione dell'obesità e della sindrome metabolica (*Digest*). *Medico e Bambino* 2010;29:116-8.
3. Vignolo M. Gestire il sovrappeso nel bambino. Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.
4. Klein JD, Sesselberg TS, Johnson MS, et al. Adoption of body mass index guidelines for screening and counseling in pediatric practice. *Pediatrics* 2010;125:265-72.
5. Galvez MP, Pearl M, Yen IH. Childhood obesity and the built environment. *Curr Opin Pediatr* 2010;22:202-7.
6. Robinson TN, Borzekowski DL, Matheson DM, Kraemer HC. Effects of fast food branding on young children's taste preferences. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:792-7.
7. Utter J, Neumark-Sztainer D, Jeffery R, Story M. Couch potatoes or french fries: are sedentary behaviors associated with body mass index, physical activity, and dietary behaviors among adolescents? *J Am Diet Assoc* 2003;103:1298-305.

**Costantino Panza, Maura Caracalla,
Anna Maria Davoli, Annarita Di Buono
Pediatri di famiglia, Reggio Emilia**

Certo, il problema è complesso, inestricabile, invincibile. C'è tutto contro: l'industria alimentare, la TV per la famiglia, la naturale golosità dei bambini, il premio in cioccolatini per chi fa il bravo, il cambio dei gusti, e nello stesso tempo le abitudini alimentari inveterate, il maggior costo di una dieta "sana", e il più basso costo di una dieta riprovevole, la difficoltà dell'ascolto, l'inerzia dell'intervento. Tuttavia, io continuo nella mia predica. C'è un esperimento non fatto, e le premesse biologiche per la sua possibile efficacia: un intervento preventivo MIRATO su precisi fattori di rischio; c'è il PdF, una realtà che gli Stati Uniti non conosceranno mai, anzi, e di cui l'Italia di-

spone, quindi di un intervento personale, e nello stesso tempo generalizzato. E c'è ancora qualcosa che in giurisprudenza si chiama obbligatorietà dell'intervento. Intervento che a un anno, a due anni, a tre anni di età, non altera ancora nessuna abitudine e che non presume di poter avere una efficacia popolazionistica. E che richiede, naturalmente, la comprensione, l'ascolto e la decisione consapevole della famiglia. E che sarà dunque più efficace presso i ricchi che presso i più poveri, che son quelli che ne hanno più bisogno. Difficile cambiare il Mondo: eppure cambia; a noi tocca spingere perché cambi nel senso giusto.

Franco Panizon

La corretta gestione del bambino con criptorchidismo

Riferisco quanto è emerso dal congresso "La prevenzione in andrologia pediatrica e adolescenziale: proposta di un nuovo modello", Peschiera del Garda (Verona), 8 maggio 2010.

Sono stati affrontati temi di alta attualità, per la pediatria, la chirurgia pediatrica e l'andrologia, come la prevenzione dell'infertilità e il trattamento del criptorchidismo.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto, è risultato fondamentale il contributo di Michele Gangemi sugli esiti del ritardo nel trattamento del criptorchidismo, sia per quanto riguarda la fertilità sia per il rischio di torsione e di cancro testicolare. È stato, il suo, anche un ruolo di portavoce della ricerca nazionale condotta da IRCCS "Burlo Garofolo" (Trieste) e Associazione Culturale Pediatri sul criptorchidismo¹ e ha contribuito alla diffusione delle due raccomandazioni che ne derivano: precocità e qualità dell'intervento. È importante che i PdF si muovano in questa direzione, in sintonia con i chirurghi pediatri. Il criptorchidismo è la seconda causa di infertilità maschile, e una concausa certa di trasformazione tumorale del testicolo.

Sappiamo, peraltro, che queste patologie testicolari sono in aumento, quasi certamente per l'inquinamento ambientale, e quindi risulta sempre più importante utilizzare una linea di condotta razionale e uniforme per attuare una diagnosi tempestiva e un trattamento qualitativamente adeguato.

È emerso inoltre il ruolo sempre più ridotto della terapia ormonale nel trattamento.

Il modello di prevenzione in andrologia pediatrica di cui si è trattato durante il congresso ha suscitato un grande interesse perché è stato sviluppato con concretezza ed è culminato nella proposta di una sche-

da andrologica da inserire nei bilanci di salute del PdF.

In conclusione, durante il congresso c'è stato un interessante confronto di esperienze tra PdF e chirurghi pediatri provenienti da diverse Regioni.

Ci siamo trovati tutti d'accordo sull'importanza di rivedere e modificare il nostro atteggiamento riguardo a queste patologie andrologiche pediatriche, in linea con l'editoriale della prof.ssa Riccipetitoni², ma sappiamo bene che tra il dire e il fare c'è di mezzo... il lago (di Garda).

Bibliografia

1. Marchetti F, Ronfani L, Bua J, Tornese G, Piras G, Toffol G, a nome del Gruppo di Studio italiano sul testicolo ritenuto. La gestione del bambino con testicolo ritenuto. *Medico e Bambino* 2010;29:250-8.
2. Riccipetitoni G. Il testicolo ritenuto e il rapporto sulle cure in Italia. *Medico e Bambino* 2010;29:211-3.

Matteo Sulpasso

Responsabile UO di Chirurgia Pediatrica e Andrologia Chirurgica dell'Età Evolutiva, Clinica Pederzoli, Peschiera del Garda (VR)

In realtà il problema della corretta gestione del bambino con criptorchidismo (da anni lungamente dibattuto) dovrebbe essere semplice, in quanto adesso esiste un indirizzo di comportamento a cui più o meno tutti fanno riferimento: quello della Nordic Consensus pubblicata su "Acta Paediatrica", ripresa su "Medico e Bambino" (2007;26:573-9).

La ricerca condotta dai PdF mostra che esistono chiari margini di miglioramento, che possiamo individuare in un percorso condiviso a cui Lei fa riferimento e che risulta relativamente facile: diagnosi tempestiva (se un testicolo vero ritenuto non scende entro 6 mesi, non ha margini ulteriori di attesa); non uso della terapia ormonale (un bambino su 4 viene ancora trattato, o prima o dopo l'intervento); riferimento a un centro di chirurgia pediatrica che deve avere le competenze e un timing di intervento entro il primo anno di vita (in Italia l'età media dell'intervento di orchidopessi è ancora di 23 mesi e solo il 13% dei bambini viene operato entro l'anno).

Questo programma ci sembra che sia, a livello nazionale, condiviso da tutti, in primis dalla Società Italiana di Chirurgia Pediatrica. Quali sono gli ostacoli? Vogliamo essere fiduciosi: crediamo davvero pochi; a meno che non si renda un problema relativamente semplice complicato e, possiamo dirlo, non professionale nei ruoli e funzioni che ognuno deve svolgere. Al momento le evidenze a favore di scelte essenziali e risolutive ci sono. Uscire da queste indicazioni,

nella stragrande maggioranza dei casi, non è appunto professionale.

Federico Marchetti

Pandemia influenzale e mass media

La lettera di Farnetani sulla pandemia, sui media (*Medico e Bambino* 2010;29:283) e sullo scarso coinvolgimento dei pediatri nell'informazione alla popolazione generale, mi porta ad alcune considerazioni.

C'è stato un momento in cui ci voleva un bel coraggio a esprimere dubbi ed eccezioni rispetto a misure presentate come drammaticamente necessarie da ministri, *opinion leader*, grandi esperti, Società scientifiche. Ma non è che fosse proprio impossibile trovare anche chi dimostrasse quel po' di coraggio necessario per elaborare ed esprimere un suo proprio, libero, pensiero. Penso a *Medico e Bambino*; ma anche ai vari Tom Jefferson o Luisella Grandori che sono stati "scoperti" dai media (e solo da una parte di questi) soltanto quando il vento è cambiato e ormai il grande flop era evidente.

Ma cosa dire, invece, delle responsabilità di quelle Società scientifiche che dovrebbero guidare la nostra formazione professionale e che, invece di cercare le necessarie verifiche, hanno ritenuto meglio dispiegare le vele al vento della maggiore visibilità possibile? Si tratta delle stesse che, come dice senza nominarle lo stesso Farnetani, ... "da anni lanciano l'allarme di epidemie di influenza sempre peggiori con un copione che si ripete sempre puntuale", ... legittimando quindi il sospetto che parlino in difesa di una posizione ideologica piuttosto che pragmaticamente scientifica.

Ecco allora che, in una scala di responsabilità, per analizzare i motivi di un'informazione parziale, occorre tirare in ballo sia i media sia quella parte dei medici che ha ancora una volta ripetuto lo stesso copione; infatti non è vero, come conclude Farnetani, che c'è stata "la replica amplificata di un modello ripetuto da anni, con la costante assenza della voce dei pediatri", perché alcuni pediatri (e sempre gli stessi) sono comparsi in continuazione sugli schermi della comunicazione di massa per riproporre sempre più insistentemente quello stesso copione; e questo significa che ci sono stati alcuni giornalisti che quello schermo hanno offerto loro e solo a loro.

Ora mi chiedo: come mai nessun dubbio è stato manifestato da quelle Società scientifiche?... e come mai ancora adesso nessuno è andato a chiedere loro conferma

o smentita delle opinioni riversate da tutti gli schermi sugli italiani, pazienti e pediatri? Come mai continuano a chiedere la vaccinazione antinfluenzale (parlo della stagionale) di tutti i bambini e nessuno riesce a fare in modo che emerga un confronto scientifico sulle prove di efficacia e il rapporto costi/benefici della stessa (ma ci sono, ci sono)? Come mai approvano un ennesimo, allargato, calendario vaccinale senza cercare un minimo confronto dialettico, ma discutendo solo tra chi ha la stessa opinione, proponendo ancora di più per chi ha già tutto e continuando a non interessarsi al modo di raggiungere i non raggiunti? Come mai nessuno chiede loro informazioni sui vantaggi che certe "nuove" vaccinazioni di massa hanno prodotto sulla salute degli italiani rispetto al dispendio di risorse che hanno richiesto?

Purtroppo, caro Farnetani, la regola è che il rapporto con i media non rispetta sempre lo schema limpido che hai prospettato: il giornalista cerca la fonte attendibile per diffondere la notizia, preoccupandosi di assicurare un buon contraddittorio; le fonti sono sempre scrupolose nel fornire i dati tecnici; il pubblico riceve informazioni attendibili. Purtroppo il circuito può essere meno virtuoso: il giornalista può essere attratto dalla tentazione di dare spazio maggiore alla notizia più "appetitosa"; la fonte può essere distratta da interessi di visibilità o di coerenza ideologica; al pubblico arriva un'informazione... come quella che siamo purtroppo abituati a vedere.

Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

Durante un convegno svoltosi ad aprile ho moderato una sessione dedicata alle vaccinazioni. Erano presenti dirigenti nazionali di varie Società scientifiche. Ho chiesto di fare il gioco della torre utilizzando le vaccinazioni offerte nei primi sei anni di vita. Tutti d'accordo che la prima da buttare di sotto è quella contro l'influenza. E allora perché nessuno parla, per cui dai media si recepisce una sensazione diversa? La soluzione è: partecipazione e comunicazione.

Ecco perché.

La partecipazione è indispensabile. Ognuno deve mettersi in gioco, invece spesso si cercano alibi per non intervenire, anzi si chiede ad altri di agire al nostro posto. Uno di questi alibi è di delegare l'espressione del proprio pensiero alle Società scientifiche. Se operiamo così, non possiamo più lamentarci, perché le Società scientifiche non sono organismi naturali, ma dipendono da chi ne fa parte. Se i membri hanno qualcosa da dire o sono in disaccordo, devono sfruttare le possibilità statutarie di cui dispongono: per esempio intervenire nelle assemblee, presen-

tare mozioni di sfiducia, o candidarsi alle elezioni.

Veniamo alla comunicazione. Quando si parla con i giornalisti, si devono dire le stesse cose e usare un identico linguaggio di quando ci si rivolge ai genitori o ai pazienti. Per questo non si pensi che il pediatra non abbia argomenti, come scrive Prandoni (commento on line del 22 giugno 2010: http://www.medicoebambino.com/?id=CM1003_10.html_c), perché gli strumenti e le conoscenze che usa per assistere i pazienti sono esattamente gli stessi che servono per comunicare con i media... Ma deve conoscere gli strumenti per comunicare nel modo appropriato le cose che sa, e sono d'accordo con Cavallo che dovrebbe essere condotto un adeguato processo formativo che, in una società basata sulla comunicazione, diventa essenziale.

Caro Cavallo, le notizie che tu definisci "appetitive" sono soprattutto quelle che coinvolgono la gente. Ti faccio un esempio. Tu operi in un Comune di 8822 abitanti, dei quali 1468 hanno meno di 18 anni. I pazienti che hai in carico sono per la tua realtà un campione congruo e significativo, da cui puoi stimare il numero di soggetti da vaccinare, e monitorare il numero di bambini ammalati e quali sintomi presentano. Se comunichi tali numeri ai giornalisti locali, hai sicuramente spazio sulla cronaca e, dopo la notizia che hai fornito, seguirà il tuo commento che conterrà le informazioni che intendi dare. E se sarete pediatri di più Comuni a fare una simile indagine, potrete avere ancora più spazio. Ma la stessa cosa potrebbe essere fatta anche in campo nazionale, somministrando ai pediatri un questionario e diffondendo i risultati tramite le agenzie di stampa. Queste sono le informazioni di cui hanno bisogno i media e a cui danno sempre ampio spazio. Come si vede, ogni pediatra può comunicare a patto che lo voglia. E allora fatevi avanti.

Bibliografia

1. Arcovio V. Vaccinare i bambini? La guida. Il Messaggero, 4 novembre 2009, p. 3.
2. Non aggravate il raffreddore con ansia da virus A. Quotidiano Nazionale - Giorno/Resto del Carlino/Nazione, 7 ottobre 2009, p. 13.
3. Farnetani I, Parizzi F, Ghitti C, Fontana G, Ferrari E, Masera G. Communication in pediatrics: evaluation of attitudes and educational project. In: Atti Europaediatrics 2000. The UNEPSA and CESP European Congress of Paediatrics. Roma, 18-21 marzo 2000. Roma: MGA Srl, 2000, p. 53.
4. Farnetani I, Farnetani F. Pediatri e giornalisti: una convivenza utile e possibile. Ospedale & Territorio 2001;3:35-40.

Italo Farnetani
Pediatra e giornalista

Cattivo come il pane; ovvero, riparlamo di celiachia

Sulla Pagina gialla di aprile (*Medico e Bambino* 2010;29:215), nella notizia "Cattivo come il pane", si legge che nei soggetti celiaci il ritardo diagnostico e quindi la prolungata esposizione al glutine possono provocare la comparsa di malattie gravi e un aumentato rischio di morte (in particolare: linfoma, cardiopatie ischemiche, connettiviti gravi e altre malattie autoimmuni). Nella mia lettera "Diagnosi di celiachia senza biopsia intestinale", pubblicata a febbraio (*Medico e Bambino* 2010;29:81), ho posto l'attenzione sull'opportunità di attuare la prevenzione primaria, cioè la prescrizione della dieta priva di glutine, a tutti i soggetti positivi al test anti-tTG, sia a quelli sintomatici sia a quelli asintomatici. Senza attendere, in questi ultimi, la comparsa dei sintomi, ormai espressione di danni a livello non solo intestinale (reversibili), ma a volte anche a livello extraintestinale (alcuni dei quali, purtroppo, irreversibili e fatali, come si legge in "Cattivo come il pane"). Alla luce di queste ultime novità sulla celiachia, penso sia opportuno ridiscutere le considerazioni riportate nella mia lettera.

Antonio Mariggio
Pediatra, Manduria (Taranto)

Grazie per l'attenzione che continua a dare a "Medico e Bambino" e al problema della celiachia.

Come viene giustamente da Lei nuovamente sottolineato, disponiamo oggi di un complesso di evidenze scientifiche sufficientemente solide per affermare che il soggetto celiaco sia esposto a un aumentato rischio di morbilità e mortalità, in qualche modo correlato al "carico di glutine" complessivo assunto durante la vita: in altre parole, al ritardo della diagnosi e/o alla cattiva compliance alla dieta.

Queste evidenze riguardano peraltro solo quei celiaci che hanno ricevuto diagnosi a causa della presenza di sintomi. Al momento attuale non disponiamo invece di evidenze che suggeriscano un aumentato rischio di mortalità per i soggetti celiaci asintomatici (pur se diagnosticati in base alla positività degli anti-tTG e degli EMA e alle classiche lesioni della mucosa intestinale), anche quando questi soggetti vengano diagnosticati in età avanzata (e quindi dopo una lunga esposizione al glutine) o quando continuano a esporrsi al glutine perché non accettano di fare bene la dieta.

Alessandro Ventura

Il dolore nella sindrome di Osgood-Schlatter

In merito a quanto riportato nel Focus sul dolore pubblicato a maggio (*Medico e Bambino* 2010;29:294), vorrei segnalare quello che ritengo un errore: leggo che "tra i dolori ossei compare l'epifisiolisi dell'anca e aumenta l'incidenza delle apofisiti, in particolare della Osgood-Schlatter all'inserzione del tibiale anteriore al capo superiore della tibia". Mi sembra invece di ricordare che la comparsa di questa sindrome è causata dalla tensione del tendine del muscolo quadricipite che, superata la rotula, si inserisce sulla tuberosità tibiale.

Giulio Lucenteforte
Pediatra, Sorrento (Napoli)

Caro dottor Lucenteforte, ha proprio ragione Lei, e noi abbiamo scritto una sciocchezza. È vero, quello che si inserisce alla tuberosità tibiale anteriore è il legamento rotuleo. Comunque, quello che fa male, qualunque cosa si inserisca, resta la tuberosità tibiale. Grazie per la segnalazione e grazie per l'attenta lettura.

Franco Panizon, Egidio Barbi
'Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo"
Trieste

ERRATA CORRIGE

Medico e Bambino 2010;29:244

Segnaliamo alcuni errori nel numero di aprile 2010, nell'articolo "Apporti consigliati di vitamina D: un ritorno al passato", Tabella VI a pag. 244.

Contrariamente a quanto riportato, il contenuto di vitamina D del prodotto **Sanivit AD** è di 40 UI/gtt e di conseguenza la quantità per la prevenzione è di 10 gtt/die. La confezione è di 10 ml e il contenuto di vitamina D è di 11.120 UI/confezione.

Per quanto riguarda invece il prodotto **Sanivit DK**, il contenuto di vitamina D è 15.780 UI/confezione. Ci scusiamo con i Lettori.