

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.

## Tabiano 2008 e confronto fra Regioni

Anche quest'anno non ho potuto mancare all'appuntamento con Tabiano, il convegno "in famiglia", purtroppo caratterizzato da una illustrissima assenza, il prof. Panizon, venendo così a mancare la sua ineguagliabile capacità di sintesi e di saggezza che rende il convegno particolarmente vivace e "speciale".

La prima relazione, tenuta dal dott. Burgio su "il pediatra e il rischio ambientale", è stata interessantissima. E via di seguito gli argomenti toccati sono stati, tra gli altri, le vaccinazioni, l'obesità e come sostenere la "genitorialità".

Ma stavolta non farò la cronistoria del convegno. Mi preme invece ribadire che una delle opportunità più interessanti che questi offrono, soprattutto quando ci si trova a condividere il momento del pasto, è il confronto coi colleghi, anche di altre Regioni. Ho avuto la fortuna di conoscere pediatri di famiglia (PdF) lombarde, e ho scoperto o, meglio, confermato, che la Lombardia è proprio un altro pianeta! Prima di tutto per la facoltà di avere un piccolo laboratorio presso i propri studi (vedi, per esempio, il test per la PCR), con relativo compenso. Per me emiliana, che per avere gli utilissimi tamponi faringei rapidi devo affidarmi al "buon cuore" di alcuni informatori, questo rappresenta un sogno! Se in qualche modo riuscissi a comprarli, non sarebbe comunque previsto alcun rimborso-spese da parte dell'ASL, a differenza dei medici di medicina generale!

Un altro motivo di "sana invidia", oltre al fatto che lo stesso pediatra in Lombardia lavora con maggior soddisfazione (avendo a disposizione diversi mezzi diagnostici) ed è meglio remunerato (anche per i 10 bilanci di salute contro 3) di quello che lavora in Emilia-Romagna, è che nella prima Regione non esistono più le visite domiciliari. Infatti è ragionevole che, se il genitore riesce a portare il figlio ammalato in ospedale, può pure trasportarlo presso l'ambulatorio del PdF; anche se penso che, in casi ormai eccezionali, la domiciliare possa avere un senso. Bisogna comunque ammettere che sono sempre più rari i genitori che la richiedono per un semplice raffreddore o perché non hanno il mezzo!

Un altro segnale di intelligenza della suddetta Regione è non aver inserito nel calendario vaccinale i vaccini contro pneumo-

cocco e meningococco C, vista la prematurità della decisione. Dunque fare le cose con una certa razionalità e impiegare diversamente il denaro pubblico è possibile!

Ma al convegno di Tabiano c'è un sentimento che prevale sugli altri: quella sorta di complicità tra persone che condividono lo stesso lavoro e le stesse speranze, che si ritrovano ormai da tempo all'appuntamento annuale. E questa volta c'è stata una piacevolissima novità: alla cena del venerdì un collega di origine ligure di nome Vittorio ci ha intrattenuto cantando e suonando egregiamente. Oltre al puro divertimento, che non guasta, c'è stato un grande coinvolgimento di tutta la platea. In quei momenti ci siamo sentiti veramente una grande famiglia!

Forse la mia lettera c'entra poco con questa rivista (o forse sì?!), e forse sono solo un'inguaribile romantica, ma mi ha colpito molto una frase del collega cantante durante la bella serata, e mi piace concludere proprio con le sue testuali parole: "Vedere che il bene c'è e che qualcuno lo fa, basta andare dietro ed è facile!"

Auguri di pronta guarigione, prof. Panizon, e arrivederci al prossimo anno!

**Leda Guerra**

**Pediatra di famiglia, Codigoro (FE)**

*C'entra, c'entra. E grazie per avercelo fatto entrare. Bene, anche, almeno a mio modo di vedere, per il pensiero lento della ricca Lombardia sui vaccini. Quanto al denaro, "non olet". Ma, se posso, continuate a lavorare più per la soddisfazione che per il "non olet". Servono davvero 10 bilanci di salute? Allora, forse, meglio il pneumococco.*

**Franco Panizon**

## La salute non è legata alla sola variabile sanitaria

Sono un lettore attento di *Medico Bambino*, che mi aiuta non solo a fare ma anche a chiedermi se è possibile fare in modo diverso. La mia attività mi ha portato a essere medico con ruoli e punti di vista diversi: pediatra di base, medico ospedaliero, medico che si occupa di gestione dei servizi.

Ho dovuto rendermi conto che molto spesso il maggiore ostacolo ad aiutare a migliorare la salute della coppia madre e figlio era il lavorare per compartimenti stagni.

La crisi del sistema Sanità italiano è la crisi di tutti i sistemi che devono fare i conti con una progettazione che è troppo più lenta della realtà sociale ed economica.

Ho avuto modo di leggere per caso e poi di assistere a una lezione-incontro con un architetto designer (Meroni A. *Creative Communities*. Ed. POLI.design).

Per me un caso di *serendipity* che mi ha spinto a mettere ordine nelle mie continue osservazioni quotidiane, spesso suggerite e convalidate dai tanti articoli che ho trovato su *Medico e Bambino*: la salute non è legata alla sola variabile sanitaria e, specie nelle malattie croniche e nelle cure primarie, conta molto di più il senso di "vicinanza" che la famiglia riesce a trovare nei vari attori che le ruotano intorno.

Avevo approfondito questo aspetto leggendo e seguendo gli sviluppi dei "consumers" della *Cochrane* (<http://www.partecipasalute.it/cms/>) e si va consolidando la mia ipotesi che, in una continua situazione di crisi di risorse, è più conveniente migliorare la relazione-comunicazione tra famiglie e operatori piuttosto che puntare sulla maggiore efficienza della macchina sanitaria (prima di tutto l'Azienda Ospedale). In Lombardia le due-tre aziende spesso divise e in "competizione" possono trovare proprio in questa articolazione maggiori ostacoli.

Ho vissuto molte modifiche organizzative e gestionali che promettevano miracoli.

Come spesso avviene in medicina, il sospetto diagnostico più probabile è spesso anche quello più vicino alla realtà.

Scrivere è una occasione per chiarirmi il pensiero e ringraziare per quanto mi fate apprendere.

Mi auguro che possa essere lo spunto per altre riflessioni aperte ad altre professionalità che ci aiutino a vedere aspetti che non sappiamo, possiamo vedere: "non ripeto a chi, dato un angolo di un argomento, non è capace di trarne la prova degli altri tre" (Confucio. *L'arte della guerra*. Sun Tzu).

**Mario Olivieri**

**Pediatra, ex Direttore di Distretto  
ASL Città di Milano**

*La Sua lettera non è forse di immediata comprensione (qual è il suggerimento concreto?), ma ciononostante di facile condivisione, e potrebbe essere sintetizzata con lo slogan di "bisogno di Sanità amica". In realtà (questo è uno degli aspetti della "crisi") ci siamo rapidamente allontanati e ci*

stanno sempre più allontanando da questo naturale e amichevole slogan in forza di una Sanità azienda, di una Sanità bocconiana (veleno! veleno!), di una Sanità burocratica (numeri, "agende", controllo delle agende, uffici, misurabilità), di una Sanità produttiva (prestazioni), di una Sanità competitiva (concorrenza fra aziende, io ricovero più di te, i miei DRG sono più pesanti dei tuoi, eccetera eccetera eccetera). Questo non toglie del tutto, per fortuna, l'umanità, l'amichevolezza che stanno naturalmente all'interno della nostra professione, e di quella infermieristica, ma la corrode e la mina.

*Certo. La Sanità è una macchina sempre più grande, costosa, difficile da gestire. Si pretende di gestirla dall'alto, ma in realtà la sua vera vita sta nel basso, nell'incontro, puro e semplice, con chi ha bisogno.*

*Certo. La collaborazione tra aziende in funzione del problema (malato) dovrebbe essere il motore di questa silenziosa contro-rivoluzione: possibile, naturale, funzionale, facile (volendo); e su questo tema si è più volte speso Medico e Bambino durante l'ultimo anno (quale pediatra per quale pediatra), così come si è impegnata forse a vuoto anche la SIP (commissioni, consensus). Ma anche queste mie sono solo parole: quello che muove le cose sono i bisogni, i sentimenti e alla fine i poteri.*

*Questa mia risposta non potrà essere che insoddisfacente. Le saremo grati se a sua volta risponderà, ridefinendo il tutto, indicandoci, non a noi ma a tutti, delle strade per recuperare.*

Giorgio Longo

## La mia Africa

Primo giorno in ospedale dopo due mesi di Africa. E sento salirmi un senso di repulsione per tutto quello che sento e vedo. Peggio di quando sono tornata dal Brasile.

Mamme che si disperano e portano il figlio in Pronto Soccorso (PS) perché il figlio è caduto e si è escoriato un ginocchio, o che pretendono di mettere la supposta con l'EMLA al figlioletto di 11 anni... e medici che spendono ore per rassicurarle...

E mi domando ancora come posso tollerare tutto questo dopo aver visto mamme giovanissime con già due o tre figli che non sapevano nemmeno quanti anni avevano, che non sapevano leggere nemmeno l'orologio o cosa fosse un bagno, che accettavano passive che il loro marito avesse altre mogli o che si ubriacasse ogni sera...

E mi domando che cosa è giusto fare: sono giusti gli sforzi che facciamo per "aiutarli", sempre che aiutiamo loro e non cerchiamo di tener buona la nostra co-

scienza o di fuggire a cose/responsabilità che qui ci divorano?

Sarà giusto andare lì e calar dall'alto delle verità completamente lontane dalla loro quotidianità, al loro pensiero comune, o forse è meglio andarsene via rapidamente e lasciarli crescere secondo la loro storia naturale anche se ci volessero mille anni? E, forse per mettere a tacere questa inquietudine, mi rispondo sempre con la frase di Madre Teresa che dice che ogni azione è come una goccia nell'oceano... ma sarà vero? Servirà quella goccia all'oceano o creerà più danno che altro? Sarà un seme che farà nascere un fiore o cadrà nel deserto?

Appena scesa dall'aereo sono stata accolta da una bandiera con una sciabola disegnata e con i colori rosso sangue e nero morte. Una popolazione triste, chiusa, che non ti guarda in faccia mentre parli e al tempo stesso così orgogliosa che piuttosto preferisce continuare a sbagliare che chiedere spiegazioni, per nulla angosciata (perché non se ne rende conto, e questo è ancora più grave) da un figlio che a 2 anni pesa 4 chili, che con la calma più assoluta ti viene a chiamare in corridoio perché il figlio "dottora, non respira più" senza capire che è morto!... Altro che le nostre che per due etti in meno si disperano e vogliono l'integratore!!!

Infermieri che dormono sui tavoli perché l'importante è avere un lavoro, non svolgerlo bene; pertanto non importa se non fanno le terapie perché non sanno fare le diluizioni (si saltano o non si dice al medico che manca il farmaco). E così mi vengono in mente le mie infermiere del PS, fantastiche! Loro che non devi aprir bocca e hanno già fatto tutto, che ti dicono "quando hai finito questa visita, vieni subito di là che c'è una mastoidite..." e ringraziano di averle...

A cosa serve tutto questo che sto dicendo? A niente probabilmente, o forse a riportare qualcuno con i piedi sulla terra, a far sì che qualcuno spieghi alla prossima madre isterica che è normale che un figlio si faccia alcune banali infezioni respiratorie nei primi anni o che una tosse non scompaia in due giorni. Che riporti tutti un po' con i piedi a terra, perché in questa parte del mondo si creano problemi dove non ci sono, e al telegiornale si preferisce parlare della *love story* di un presidente piuttosto che della mancanza di antitubercolari per più di un mese in un Paese stracolmo di tubercolosi!

Forse serve a me come sfogo perché non so più cosa è giusto fare e cosa no. Perché spero in un consiglio sincero... o semplicemente vorrei ringraziare di cuore per ogni cosa di cui non ci rendiamo nemmeno conto, dall'acqua che arriva al settem piano senza che dobbiamo andare a

prenderla da una tanica e caricarla sulle spalle, a un'insalata condita con l'olio, a una casa che sei in grado di pagare anche se con mille sacrifici e gettoni mal pagati ma che intanto puoi permetterti perché hai un lavoro, hai studiato, puoi mangiare, bere tutto quello che ti pare, che hai un frigorifero in cui tenere lo yogurt e non comprarlo dopo che è stato uno o più giorni sotto il sole...

E allora grazie a tutti loro che ti permettono di sentire questo quando ritorni al di qua del baratro, grazie a Lelena, Helena, Manuel Domingos, Tales, Alsenio, Teresa, Baltazar, e agli altri mille che mi hanno permesso di ringraziare per essere viva, per non essere malata come loro, per avere una casa pulita, per aver la possibilità di scegliere il mio destino, per poter dire a una mamma che suo figlio sta bene anche se è la terza febbre della stagione, che se non va di corpo da due giorni non occorre che venga in PS alle 4 di mattina...

Spero solo di non dimenticare troppo in fretta...

**Stefania Norbedo**  
Specializzanda in Pediatria  
IRCCS "Burlo Garofolo", Università di Trieste

*Cara Stefania, la tua lettera arriva in controtendenza rispetto a un articolo, pubblicato sul numero di febbraio, a firma mia e di tutti quelli che sono stati nel Posto da dove tu sei appena tornata (Medico e Bambino 2008;27:174-80); in controtendenza perché la conclusione (non facile, né certa, nemmeno per ciascuno di noi, è che andare là faccia bene a noi (professionalmente, e nella comprensione del mondo, e nei sentimenti che ci guidano e ci guideranno nella vita) e a loro (ai medici, agli infermieri e alle mamme, anche solo un poco), che sia una carità, non per cambiare il mondo, ma per renderlo meno diseguale, non forse per salvar vite, che, a dispetto della dichiarata sacralità "valgono" oggettivamente 100 volte meno di quelle dei bambini che nascono qua, ma per trasferire gentilezza e conoscenza.*

*A me pare, dalla tua lettera, che abbia fatto bene anche a te, anche se ne hai riportato inquietudine e malessere. Anch'io, dopo il primo ritorno a casa, sono entrato in una lunga depressione, quella vera, quella delle pastiglie. Ma poi ci sono ritornato, e ancora, e ancora. Di quella esperienza, posso dire due cose.*

*La prima è che il medico, per sua natura, non agisce per cambiare il mondo, ma ne cura le ferite; e che trova conforto, alla sua vita, in ogni singolo atto (non dico in ogni vita salvata, che sarebbe già moltissimo, ma in ogni atto pietoso che riesce a compiere).*

*La seconda cosa è che, a mio avviso, il*

contributo che il volontariato riesce a dare all'Angola è più che una goccia. La missione di don João Calabria, sbarcata a Luanda negli anni '70, con un solo confratello che abitava in un container, serve ora un barrio di 400.000 abitanti, con un asilo Nido, una scuola per 2000 allievi, quattro

posti di salute, un consultorio per TB e AIDS, un servizio ambulatoriale per malnutriti, un Ospedale, il "nostro", quello della Divina Providencia. E si trova assieme ai Medici senza Frontiere, al volontariato del VIM, dal CUAMM, dall'Università Cattolica: e la somma di tutto questo non è mi-

serabile. Forse non basta a compensare il male che la civiltà bianca ha dato e ancora dà, ma, anche per questo, è una presenza significativa.

Un caro abbraccio.

Franco Panizon

## USO INAPPROPRIATO DEGLI AEROSOL PER LA TOSSE E GESTIONE CONDIVISA DELL'ASMA

### La tosse, gli aerosol e i rimedi della nonna

E chi la nonna non ce l'ha, oppure non le parla? (vedi la Pagina gialla di febbraio: *Medico e Bambino* 2008;27:79).

Vorrei continuare, se permettete e ritenete lo spunto interessante, a parlare di tosse per arrivare distante dalla nonna e poi ritornarvi.

In coda a un incontro riguardante lo studio PROBA, promosso dalla Regione Emilia-Romagna, volto a razionalizzare l'uso degli antibiotici nelle faringotonsilliti e otiti medie, c'è stata una discussione sull'abuso di alcuni farmaci nelle banali patologie delle prime vie aeree. In particolare si è puntato l'indice contro il corticosteroide inalatorio (CI) e il beta 2.

Tosse = aerosol con *Broncodilateas* + *Lenilbro* (nomi di fantasia per rendere meglio l'idea...); questa equazione, almeno dalle mie parti, pare ormai da anni un diktat: i genitori stessi arrivano in ambulatorio solo per chiederti la ricetta del *Broncodilateas* o del *Lenilbro* senza nemmeno darti una spiegazione: "Fatti nostri!... Lei scriva!".

Oppure vengono dicendo che il bambino ha la tosse da alcuni giorni, che loro hanno già iniziato a fare l'aerosol, ma non passa; e si stupiscono quando tu chiedi loro cosa mettessero nell'ampolla... come dessero già scontato che nell'aerosol si possa mettere solo *Broncodilateas* e *Lenilbro*.

Non siamo solo noi pediatri di famiglia (PdF) (diciamo "parmigiani", così nessuno tranne noi si sente chiamato in causa), ma anche ospedalieri, medici di medicina generale (MMG) e otorini: più una moda o un'abitudine?

Personalmente da un paio di anni, non sapendo come impiegare il tempo libero, mi sono dedicato al "cambiamento". Non è stato facile. Ho iniziato gradualmente; prima levando il *Lenilbro* e facendo fare solo aerosol con il "*Broncodilateas* + fisiologica" e iniziando piano piano a spiegare che il figlio non aveva un broncospasmo ma solo una tosse "alta", per cui il *Lenilbro* in quel caso non serviva (... lo so... faccio anche

fatica a scriverlo... ma dicevo così); poi ho tolto anche il *Broncodilateas* adducendo però lo stesso motivo... (mica ho la fantasia di Walt Disney...) e suscitando così il disorientamento nell'utenza: e quando qualcuno poi mi ha fatto notare la contraddizione, io ho finto un lieve malore e gli ho detto di accomodarsi fuori.

Dai primi tempi devo dire che ora le cose vanno molto bene e se prima perdevo tempo a spiegare la differenza tra una tosse da alte vie e un wheezing o una tosse in un bambino che può avere l'asma, ora dopo la visita i miei mi chiedono "alta o bassa"?... E se dico alta per loro vuol dire miele.

Lo so... forse non è il massimo della "professionalità"... ma a me è venuto da fare così.

Devo dire che qui da noi gli sciroppi per la tosse non sono mai andati molto.

Risultati: non ho notato "a occhio" un aumento di patologie polmonari... credo di avere fatto risparmiare qualcosa allo Stato e, cosa più importante, ho come avuto la sensazione che le famiglie abbiano "gradito" (tranne due): chissà, forse prima non parlavo loro abbastanza...?

Quello però su cui vorrei ci fosse un "momento di riflessione" è appunto sull'uso/maluso di detti farmaci. Da un punto di vista strettamente scientifico non mi è chiara la ragione per cui i CI e i broncodilatatori non rientrino nei farmaci prescrittibili almeno con nota.

Non dico che uno debba essere asmatico... ma almeno soffrire di wheezing ricorrente o meno.

Basterebbe una nota un po' "allargata" (asma, wheezing) e credo che qualcosa, specie in termini numerici di prescrizioni, cambierebbe. Guarda gli antistaminici! Un piccolo passo, lo so, ma le grandi camminate non son forse fatte di tanti piccoli passi? Perché, ad esempio, i CI in spray o in flaconcini aerosol si possono prescrivere liberamente, mentre il CI nasale, che tra l'altro è la "terapia" della rinite allergica, deve essere in fascia C?

Recentemente le linee guida italiane sulla terapia della sinusite acuta non prevedono l'associazione all'antibiotico del CI

(se poi uno vuole aggiungerlo può aggiungerlo lui...).

Un altro possibile utilizzo terapeutico potrebbe essere la terapia medica per la riduzione dell'ipertrofia adenoidea... ma qui già gli steroidi nasali sono in fascia C.

Che ne dite?

Auro Della Giustina  
Pediatra di famiglia, Fornovo di Taro (PR)

*Come non essere pienamente d'accordo con Lei?*

*Per la prima questione è certo che l'abuso dell'aerosol con il solito CI è legato alla cattiva abitudine di molti medici a prescrivere come fosse un riflesso condizionato in ogni affezione respiratoria, alta o bassa che sia<sup>1</sup>. La motivazione è sempre la stessa: risulta molto più sbrigativo prescrivere un aerosol o uno sciroppo per la tosse ("tanto male non fa") che star lì a "perdere tempo" per spiegare che la tosse, quella "alta", quella che accompagna il ricorrere delle comuni infezioni virali delle prime vie respiratorie, fa parte delle cose naturali, non è da combattere a tutti i costi, non è foriera di altre malattie e recede negli stessi tempi anche senza far nulla o, al massimo, si può giovare, se stizzosa e insistente, del vecchio e sempre efficace latte caldo con il miele (e non serve avere una nonna per pensarci). Ma Lei ci dà anche un altro importante messaggio e spunto di riflessione: che basta un piccolo sforzo educativo perseguito per qualche settimana, o forse per un'intera stagione fredda, e le cose si possono modificare. La gente può essere cambiata con giovamento non solo delle casse del SSN e, stia certo, senza alcuna ricaduta negativa per i polmoni degli assistiti. Ma il percorso virtuoso da Lei seguito sembra essere ancora l'eccezione piuttosto che la regola: in età pediatrica, nel 2006, in Italia, i CI (beclometasone) sono la seconda classe di farmaci più prescritti (dopo gli antibiotici)<sup>2</sup>. Nessuna sostanziale differenza si osserva rispetto ai dati di prescrizione del periodo 2000-2002<sup>2</sup>. Da qui la ragionevole proposta che Lei fa di inserire una nota che renda restrittiva la prescrizione dei CI rispetto all'unica indicazione razionale nella pratica clinica:*

quella antiastmatica, a cui possiamo aggiungere quella per la laringite acuta (croup).

Ed è certamente condivisibile anche il richiamo alla non rimborsabilità dei CI spray per la rinite allergica, che è incomprensibile e irragionevole. Questi farmaci sono fondamentali per il controllo della rinite allergica, in particolare quando la componente ostruttiva è più importante, come di norma quando sono in causa gli allergeni perenni, in conformità con tutte le linee guida sull'argomento<sup>3</sup>. Senza contare che nell'adulto sono farmaci fondamentali per impedire le ricadute dopo polipectomia e che rappresentano i soli farmaci efficaci nella rinite a eosinofili non allergica (NARES).

Più in generale, oltre che dei CI, crediamo sia arrivato il momento di ridiscutere, in modo sereno e condiviso, di altri presidi farmacologici che sono in classe C e che invece andrebbero rimborsati dal SSN: un esempio per tutti? Quello delle soluzioni reidratanti orali.

#### Bibliografia

1. Marchetti F, Longo G. L'uso razionale dei corticosteroidi inalatori: il caso Italia. *Medico e Bambino* 2006;10:619-20.
2. Clavenna A, Berti A, Gualandi L, Rossi E, De Rosa M, Bonati M. Drug utilisation profile in the Italian paediatric population. *Eur J Pediatr* 2008 Apr 30 [Epub ahead of print].
3. de Groot H, Brand PL, Folkens WF, Berger MY. Allergic rhinoconjunctivitis in children. *BMJ* 2007;335:985-8.

Federico Marchetti, Giorgio Longo

#### Corretto uso del distanziatore nell'asma: modello per un percorso di gestione condiviso

Ho letto sulla vostra rivista la discussione che riguarda la diffusione e l'uso, scarso in verità, del distanziatore nel trattamento dell'asma, anche in Pronto Soccorso (PS) (*Medico e Bambino* 2007;26:631-44). Essendo anch'io tra coloro che ne promuovono l'uso, e non volendo comunque entrare nella disputa tecnica e nel dibattito sui temi della "ricerca" relativa ai vantaggi e svantaggi del suo uso, vorrei esprimere la mia modesta opinione sull'approccio al problema asma, partendo da uno dei motivi della scarsa utilizzazione del distanziatore.

In PS l'uso del distanziatore presuppone la spiegazione ai genitori del suo funzionamento. Poiché spesso ci si trova di fronte a un bambino che sta male, il medico è occupato giustamente a risolvere la situazione, mentre i genitori, preoccupati, sono poco ricettivi alle spiegazioni. Questo per dire che spesso purtroppo il PS (per la situazione in cui ci si viene a trovare) è il luogo meno adatto per spiegare ai

genitori l'uso del distanziatore. Bisognerebbe invece inviare il paziente a un Centro di Fisiopatologia respiratoria per una valutazione più approfondita e completa; o inviarlo al proprio medico curante, pediatra di famiglia (PdF) o medico di medicina generale (MMG), che dovrebbe già essere edotto sull'uso del distanziatore, ma che il più delle volte non lo è, per cui magari è lo stesso MMG, o PdF, che consiglia l'aerosol-terapia mediante apparecchio pneumatico, generando confusione nei genitori.

In altre parole la diffusione dell'uso del distanziatore, e più in generale un controllo adeguato dell'asma, richiederebbero un'organizzazione migliore a livello territoriale.

Oggi si parla spesso di interazione tra università, ospedale e territorio: il che significherebbe avere, come situazione ottimale, un Centro di Fisiopatologia respiratoria nell'ospedale più importante della provincia, o di un determinato territorio, che rappresenti il punto di riferimento per gli ospedali minori, della stessa zona, che a loro volta dovrebbero rappresentare il punto di riferimento per i PdF e i MMG. Questa suddivisione settoriale presuppone un diverso modo di affrontare il problema asma: ricerca per l'università, ricovero per l'ospedale, trattamento ambulatoriale per il PdF o il MMG; che non andrebbero considerate come suddivisioni a compartimenti stagni, ma presupponendo un interscambio tra esse.

Quello che manca è una divulgazione appropriata della "cultura" dell'asma che, essendo una malattia molto diffusa e quindi di grande interesse sociale, non dovrebbe rimanere confinata ai congressi e/o alle pubblicazioni. Congressi e pubblicazioni che rimangono fonti importantissime di aggiornamento e di informazione, ma che rappresentano quasi una "nicchia", destinati solo a chi si interessa specificamente del problema.

Basterebbe in pratica, con una spesa economica non eccessiva, organizzare canali di aggiornamento, confronto, scambio di esperienza tra università-ospedali-medici, portando quindi la cultura dell'asma a una diffusione più capillare, per avere un approccio comune alla malattia.

Malattia per la quale l'impiego dei farmaci, del loro dosaggio, delle modalità di somministrazione, il loro giusto impiego nelle diverse forme, nonostante i tanti congressi e le numerose pubblicazioni, restano legati poi, al momento dell'applicazione individuale, al singolo paziente, alla scelta personale del singolo medico, o di quel determinato Centro di malattie respiratorie, o di quel determinato ospedale in rapporto alle diverse convinzioni derivanti dall'aver frequentato scuole diverse di formazione,

o su esperienze proprie. Questo approccio variegato genera dubbi, incertezze, perplessità in coloro che poi si trovano a gestire più direttamente e sul campo l'asma, non favorendo in questo modo un corretto e appropriato controllo della stessa e a discapito del paziente.

Giulio Attanasio  
Ospedale S. Maria, Borgo Val di Taro (PR)

La Sua lettera contiene considerazioni su diversi aspetti della cura dell'asma.

Per quanto riguarda l'auspicio a un utilizzo più appropriato e maggiormente diffuso del distanziatore in sostituzione dell'aerosol pneumatico sono perfettamente d'accordo con Lei: il medico di PS in altre faccende affaccendato, e spesso con i tempi stretti, opta per l'aerosol, che risulta più facile da fare, ma specialmente più facile da far continuare a casa, in quanto la diffusa cultura dell'aerosol in Italia fa sì che tutti abbiano un apparecchio e che tutti sappiano come utilizzarlo.

Dopo un accesso in ospedale sarebbe peraltro molto opportuno, come Lei auspica, che il bambino possa ricevere tutte le indicazioni necessarie al buon uso del distanziatore, ma anche un programma scritto di comportamento per un corretto utilizzo dei farmaci dell'acuzie, in particolare per quanto riguarda le dosi e la frequenza delle somministrazioni. Per far questo non c'è figura migliore che il PdF, che avrà poi modo di verificare e controllare nel tempo l'adeguatezza del trattamento. Importante è che i PdF, specialisti ambulatoriali, medici del PS e ospedalieri parlino lo stesso linguaggio, evitando messaggi distorti e contraddittori. Da ciò l'opportunità di creare un migliore interscambio culturale tra i diversi livelli di intervento per arrivare a un approccio migliore, ma specialmente più condiviso tra le diverse figure professionali. Ma questa diffusione generosa e disinteressata della "cultura dell'asma", come Lei auspica, incontra purtroppo molti ostacoli, primo fra tutti l'autonomia di pensiero dei formatori (vedi a questo proposito l'editoriale di Luca De Fiore, su questo numero a pag. 280, che ci ricorda come l'"indipendenza", che dovrebbe essere "un punto di partenza, un requisito minimo per chi fa formazione", è oggi, al contrario, una merce rara).

E così io credo che oggi abbiamo finito per pagare l'effetto negativo di un eccesso di informazioni, non il contrario. Non è infatti la mancanza di aggiornamento il punto debole della catena, ma esattamente l'opposto, l'eccessiva diffusione di incontri, corsi di aggiornamento e congressi, dove tutti vengono a dire tutto, dove si moltiplicano i messaggi contraddittori e mai discussi, e dove, immancabilmente, viene data la massi-

ma attenzione al trattamento farmacologico dell'asma e molto meno al paziente e alle sue, non sempre ovvie, esigenze.

Le stesse linee guida sull'asma, che in questi anni si sono moltiplicate e replicate, hanno finito per creare più confusione che altro per essere costruite con una esasperata attenzione al livello di evidenza, piuttosto che alla reale applicabilità clinica delle raccomandazioni, ma soprattutto per una aggressività terapeutica (il controllo "totale" dell'asma a qualsiasi costo), troppo lontana

dalle reali esigenze e aspettative degli interessati (pazienti) e avulsa dalle molteplici variabilità cliniche dell'asma e dell'asma pediatrico in particolare.

Tutto questo ha comportato quello che Lei giustamente sottolinea e che è sotto gli occhi di tutti: un'anarchica e variopinta tipologia di comportamenti (il "grande dissensus", come mi piace chiamarlo). Ed è curioso osservare, come giustamente da Lei rilevato, che il divario nelle scelte e negli schemi terapeutici adottati lo troviamo

egualmente, se non più marcato, proprio tra le prescrizioni che escono dai grandi servizi di riferimento e tra gli stessi opinion leader. Mentre può accadere che i PdF, pur disorientati dai tanti messaggi contraddittori, finiscano per far prevalere il buon senso con scelte terapeutiche più equilibrate e maggiormente orientate al problema e al contesto ambientale in cui si trovano a operare.

Giorgio Longo

## Obesità e stile di vita sano

Gentile prof. Panizon, ci permettiamo qualche contro-deduzione sul Suo commento alla nostra lettera (*Medico e Bambino* 2008;27:82-3), commento che, peraltro, è a sua volta condivisibile.

Non abbiamo mai pensato che il problema obesità si potesse risolvere solo con 30 minuti di ballo a scuola ma, come per il problema "pattume", la buona gestione di ogni piccoletta speriamo dia alla fine un buon risultato. Come spegniamo tutte le lampadine accese inutilmente, che incontriamo quotidianamente, pensiamo che tutte le risorse disponibili vadano considerate e utilizzate al meglio.

L'Europa ha chiesto un contributo di proposte da tutti i soggetti interessati al problema ne *Il libro Verde*, cui abbiamo partecipato 2 anni fa e speriamo abbia il potere di attivare quegli interventi che potrebbero cambiare il corso della storia: ridurre il prezzo dei cibi sani e aumentare quello dei cibi malsani, come già fatto in altri Paesi con successo, vietare la pubblicità di alimenti alla TV, come fatto in Inghilterra, anche se solo nella fascia oraria di ascolto dei bambini, o vietare i distributori di alimenti nelle scuole, come già fatto in Francia, dove l'epidemia è molto più contenuta.

Il problema obesità oggi è stato molto enfatizzato e ha sensibilizzato le aziende sanitarie e le scuole, così ormai tutti, medici, igienisti, dietologi, nutrizionisti e molti altri ancora, stanno facendo progetti di prevenzione. Essi sono troppo spesso fatti male, parziali, troppo brevi perché dimostrino efficacia, quindi inutili e purtroppo dannosi: perché troppo legati alla dieta. La dieta, in quanto restrizione, proposta o autodeterminata, negli adolescenti aumenta il BMI, i comportamenti alimentari insani o francamente patologici e la frequenza dei disturbi del comportamento alimentare, come la letteratura più aggiornata ha più volte evidenziato<sup>1,2</sup>.

Il nostro progetto voleva invitare coloro che sono chiamati a fare comunque interventi a indirizzarsi verso gli unici di prova-

ta efficacia, cioè quelli volti a ridurre la sedentarietà, se non il BMI, come evidenziato nello studio di Epstein e coll.<sup>3</sup>, e insieme a migliorare l'autostima, la socialità e la soddisfazione corporea, e non mi sembra che ciò sia solo una "frivolezza". Se poi la fa sorridere la scelta del Ballo come attività motoria sana, provi a entrare di sera nei centri sociali, guardi quante persone anziane camminano velocemente per ore per 2-3 volte alla settimana, e ci dica in quale altro posto e da quali altre persone ha visto seguire, così piacevolmente, il consiglio dei 10.000 passi del Ministero della Salute.

Certo, per combattere l'obesità, non basta, e ancora nessuno ha detto cosa sia davvero opportuno fare, ma un "pessimismo" troppo spinto non fa che giustificare l'attesa passiva, registrata da decine e decine di lavori scientifici in tutti i Paesi del mondo, dei medici di medicina generale e dei pediatri che guardano lievitare i nostri bambini senza dire una parola.

Noi ci proviamo lo stesso con i singoli bambini, visto che come Lei stesso dice, siamo pediatri e non politici, e con buoni risultati<sup>4,5</sup>. E vi propongo di associarci nel fare le piccole cose usando il rinforzo delle competenze e dell'autostima delle famiglie, che l'educazione terapeutica ben interpretata permette. Così noi tutti, "pediatri ottimisti", potremmo promuovere, mentre imperversa l'epidemia dell'obesità<sup>6</sup>, seguita da quella del diabete mellito di tipo 2 e della patologia cardiovascolare, una *contro-epidemia*: quella dello *stile di vita sano*.

Che gliene pare?

## Bibliografia

1. Field AE, Austin SB, Taylor CB, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics* 2003;112:900-6.
2. Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Eisenberg ME. Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from project EAT-II: a 5-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc* 2007;107:448-55.
3. Epstein LH, Roemmich JN, Robinson JL,

et al. A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:239-45.

4. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. L'educazione terapeutica familiare nel trattamento dell'obesità. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2007;10(6).

5. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A family-based education program for obesity: a three-year study. *BMC Pediatric* 2007; 7:33-43.

6. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370-9.

Rita Tanas, Ospedale Sant'Anna, Ferrara  
Renzo Marcolongo, Università di Padova

*Mi pare molto ben detto, molto ben scritto e molto convincente.*

Franco Panizon

## L'uovo di Colombo

Chiedo scusa per la banalità dell'argomento, ma è doveroso da parte mia fare alcune precisazioni a un mio intervento già pubblicato su questa rubrica (*Medico e Bambino* 2007;26:423). Ho potuto infatti constatare che i disinfettanti cutanei ammonio-quaternari in commercio non hanno sempre un'efficacia duratura nella prevenzione del cattivo odore delle ascelle e dei piedi. Il principio resta valido, ovviamente: se a provocare il cattivo odore è l'azione enzimatica sul sudore da parte dei batteri, la loro eliminazione con un buon disinfettante cutaneo è la soluzione del problema. Evidentemente però occorre l'uso di disinfettanti ammonio-quaternari più concentrati oppure di altri più efficaci. Resta comunque confermata, per mia esperienza personale, l'efficacia antiprurito e antibioma sulle zone delle ascelle e dei piedi da parte dei comuni disinfettanti ammonio-quaternari.

Antonio Mariggio  
Specialista in Pediatria, Manduria (TA)