

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.

Genitori consapevoli, navigazione responsabile!

È il titolo di tre incontri che si sono svolti tra l'autunno 2011 e la primavera 2012 a Pisogne (BS).

Gli incontri sono nati per una serie di coincidenze significative:

- un Editoriale di *Medico e Bambino* del febbraio 2011 di Giorgio Tamburlini e i successivi commenti, che mi hanno offerto spunti di riflessione;
- una madre che giunge in ambulatorio, proprio in quel periodo, che mi racconta con ansia che il figlio tredicenne è tutto il giorno attaccato al computer; già parlava poco prima, ora parla ancora meno, mangia "schifezze" spesso davanti al computer, sta "lievitando", «beh» penso io, «il suo corpo ci sta parlando...»;
- e, infine, il tecnico informatico che mi aiuta, quando in ambulatorio il computer va in tilt e che conversando mi dice di aver effettuato un corso nelle scuole medie dei paesi vicini sui pericoli di internet e dei social network.

Le idee per costruire una serie di incontri con persone competenti c'erano, si trattava di creare una rete per far in modo che i genitori partecipassero agli incontri. Ho preso contatto con gli assistenti sociali del comune di Pisogne e tramite loro con gli assessori ai servizi sociali e ai servizi scolastici, poi si è contattato il dirigente della scuola di primo grado e la Parrocchia. Tutte queste persone hanno collaborato affinché le idee si concretizzassero.

Il primo incontro ha cercato di fornire una serie di informazioni sui social network, affrontandole con le competenze del tecnico informatico (cosa sia internet, aspetti legali, sicurezza in rete, privacy) e con quelle dello psichiatra (dipendenza, relazioni nel virtuale, nuovi strumenti-nuove paure) e cercando di rispondere alle domande più comuni tra i genitori (cosa fa mio figlio in internet? chi conosce in facebook? con chi chatta online? le sue fotografie nel web? è giusto controllare o lo lascio fare?). Il pubblico ha fatto domande soprattutto sugli aspetti della sicurezza e della privacy, della responsabilità del genitore nei confronti di un minore che accede alla rete.

Alla fine del primo incontro si è richiesto, tramite un questionario, se vi fosse desiderio di continuare l'esperienza e su

quali tematiche; il pubblico ha chiesto di capire meglio come funzionano i programmi di protezione e approfondire gli aspetti psicologici-educativi nell'uso delle nuove tecnologie. Così è nato il secondo incontro.

E, infine, si è realizzato il terzo incontro con la partecipazione dei ragazzi della scuola media in un laboratorio interattivo con i genitori. I ragazzi hanno spiegato ai genitori come iscriversi a facebook, cosa volesse dire chattare, cosa sono i gruppi in facebook, vi era sempre la supervisione del consulente informatico e dello psicologo. Operativamente si era in un'aula informata con singole postazione per persona. Con questa modalità interattiva sono nate domande da parte dei genitori sulla privacy, sulla sicurezza, sui gruppi e la realtà virtuale che invade il reale e che lo amplifica. Spesso il genitore ha ammesso di non riconoscere la modalità comunicativa che il figlio utilizza nella rete, "sembra un altro". E anche su quest'ultima affermazione potremmo rifletterci per giorni.

Il pubblico non è sempre stato lo stesso e neppure numeroso (una media di 30 persone a serata) ma forse è stato un numero sufficiente per seminare consapevolezza, che poi germoglierà nel "passaparola", che in una realtà come il paese è ancora un mezzo potente di passaggio informativo.

È stato un lavoro di squadra e io credo che questo sia un nuovo modo di promuovere salute, in cui il gioco del pediatra è esserci, donare le proprie competenze nell'ottica di rispondere ai nuovi bisogni di una società veloce e forse troppo connessa, offrendo strumenti conosciuti atti alla promozione della consapevolezza.

Vincenza Briscioli
Pediatra di famiglia, Pisogne (BS)

Una bella iniziativa che è in linea con altre che sono state realizzate con la collaborazione della SIP nelle giornate intitolate "Stati generali della Pediatria" che hanno visto coinvolte, in 19 realtà regionali, diverse figure che a vario titolo hanno parlato di "Bambini, adolescenti e web". Ma la Sua idea, brillantemente concretizzata, ha un significato particolare, perché nasce da una iniziativa spontanea, inizialmente personale, che ha seguito un percorso di "un pediatra che si apre al sociale", che esce fuori dal proprio ambulatorio e si occupa di aspetti di costume, di relazioni e di stili

di vita che riguardano la stragrande maggioranza dei pre-adolescenti e adolescenti.

Nel dibattito che si era aperto su Medico e Bambino a titolo personale scrivevo che, come padre, ero molto preoccupato "dell'attaccamento ossessivo" dei ragazzi a facebook. Devo dire che la discussione che è nata nei mesi successivi e che ha visto coinvolte diverse figure, tra cui anche i pediatri, è stata utilissima per capire a cosa appartiene questo fenomeno nuovo comunicativo che è parte integrante della "vita" personale e sociale dei giovani adolescenti. Il problema non è tanto o solo quello della sicurezza, ma quello di potere capire le possibili potenzialità dei social network. Difficile pensare, e la sua lettera ne è una chiara testimonianza, che questo non debba e possa riguardare anche il pediatra.

È implicito che il pediatra non può essere e non deve essere la persona esperta dei social network, ma può essere portavoce di una comunicazione allargata e appunto consapevole, che non dovrebbe tuttavia esaurirsi in un dibattito o in un evento, che rischia di essere anch'esso mediatico. Avremo modo di riparlare su Medico e Bambino con la pubblicazione di alcune esperienze che analizzano il "fenomeno" in una prospettiva meno emotiva e più scientifica.

Federico Marchetti

Cara Briscioli,

da quando ho scritto quell'Editoriale, la mia preoccupazione per le potenziali conseguenze negative di quella che potrei definire "iperconnessione" non è diminuita, anzi. Sia per la constatazione, che viene dai fatti, che gli stati di dipendenza dalla rete sono più gravi del previsto e più frequenti, sia per la constatazione che molti ragazzi non sono più in grado di articolare un pensiero sequenziale, di stabilire (paradossalmente) delle connessioni e delle selezioni tra informazioni, pensieri, fenomeni, dimensioni, ma sono prigionieri della frammentazione.

Giorgio Tamburlini

Chetonuria e disidratazione

La chetonuria è ritenuta da molti pediatri segno di disidratazione. Ne consegue che il suo riscontro porta spesso a ricoveri per reidratazione endovenosa. In nessun testo o protocollo (OMS, ESPGHAN) fra i

segni di disidratazione si trova la chetonuria, né altro parametro di laboratorio (ad esempio l'ematocrito).

La chetonuria è un segno del tutto aspecifico e fuorviante. La si trova in tantissimi bambini febbrili non disidratati. I chetoni si formano in situazioni di aumentato metabolismo, non solo in ipoglicemia. Le linee NICE 2009 scrivono a chiare lettere che chetonuria e peso specifico urinario non sono correlati allo stato di idratazione. Questo errore porta a migliaia e migliaia di ricoveri inutili, dolorosi e costosi. La vostra opinione mi servirebbe per evitarne qualcuno.

Ivo Mabboni

Pediatra libero professionista, Rovereto (TN)

La nostra opinione è che ha perfettamente ragione. Da un punto di vista scientifico non abbiamo nulla da aggiungere: in corso di gastroenterite l'esame urine è perfettamente inutile se l'obiettivo è quello di valutare la presenza o meno della chetonuria. Quindi non andrebbe cercata.

Concordiamo con Lei sul fatto che nella pratica clinica, in particolare ospedaliera, al contrario, si continua in alcune realtà assistenziali a ragionare e a stabilire i programmi di reidratazione sulla base o meno della presenza dei chetoni nelle urine. Abbiamo l'impressione che la presenza di una chetonuria a volte condiziona la scelta di iniziare una reidratazione per via endovenosa (ev) piuttosto che per via orale e che la "scomparsa" dei chetoni sia il momento in cui si decide di sospendere o meno la stessa reidratazione (anche se il bambino è in perfette condizioni e magari ha ripreso anche ad alimentarsi).

Nulla di più sbagliato, a fronte di score clinici validati nella letteratura internazionale di disidratazione (oltre al dato obiettivo del calo ponderale, non sempre oggettivabile) che dovrebbero essere gli unici criteri utili per darci indicazione sulla necessità di ricorso alla reidratazione ev. Ma anche questa viene utilizzata, come largamente documentato, sicuramente in eccesso, con il ricorso, come Lei dice, a ricoveri inutili, dolorosi e costosi. La reidratazione deve essere fatta da subito e in modo professionalizzato per via orale.

Medico e Bambino

Farmaci inutili nella gastroenterite

In merito all'articolo pubblicato su *Medico e Bambino* "Disturbi extrapiramidali da inappropriata prescrizione di antiemetici: due casi clinici" (maggio 2012, pag.

261), in particolare sulla gestione del 2° caso, apprezzando che venga ribadita l'importanza dell'idratazione precoce e della rialimentazione precoce nella gastroenterite acuta, mi chiedo, non per inutile polemica ma per un confronto proficuo... dal territorio, se fra i farmaci inutili oltre all'antiemetico non ci sia, una volta escluse meningite e sepsi, anche l'antibiotico ev.

Alberto Neri, Pediatra di famiglia
Ferrara

Anche la lettera del dottor Neri offre lo spunto per riflettere sulle pratiche adottate di fronte a un bambino con gastroenterite (AG). La letteratura recente è molto ricca di articoli che hanno documentato in modo ineccepibile e in diversi contesti assistenziali, nazionali e internazionali, territoriali e ospedalieri, di quanto ci sia distanza tra le linee guida (non sempre qualitativamente adeguate)¹ sulla gestione della AG (vi invitiamo a rileggere quelle della NICE inglese, ad accesso libero al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/CG84>) e la pratica clinica: dal ricorso non sempre diffuso e professionalizzato alla reidratazione per via orale, all'eccesso di utilizzo della reidratazione ev, al diverso ricorso ai farmaci anti-vomito (con molecole diverse, spesso senza prove in merito alla loro reale efficacia)², per arrivare all'uso degli antibiotici, inutile (se non in situazioni molto specifiche) e a volte dannoso.

C'è ancora uno spazio per rendere le pratiche uniformi nella gestione della AG tra pediatria di famiglia e ospedale? Sicuramente sì, con il buon senso scientifico, con la possibile rilettura critica e partecipe (magari di gruppo) delle linee guida, che hanno ancora larghi margini utili di applicabilità, come dimostrato da un recente studio italiano³.

Bibliografia

1. Lo Vecchio A, Giannattasio A, Duggan C, et al. Evaluation of the quality of guidelines for acute gastroenteritis in children with the AGREE instrument. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52(2):183-9.
2. Marchetti F, Santuccio C, per il Gruppo di Lavoro sui Farmaci Pediatrici AIFA. Il trattamento farmacologico del vomito in età pediatrica. Bilancio tra rischi e benefici. *BIF* 2007, XIV, 5 (inserto). http://www.agenziafarmaco.it/allegati/inserto_bif5_2007.pdf.
3. Albano F, Lo Vecchio A, Guarino A. The applicability and efficacy of guidelines for the management of acute gastroenteritis in outpatient children: a field-randomized trial on primary care pediatricians. *J Pediatr* 2010;156(2):226-30.

Medico e Bambino

Riordino delle cure pediatriche in ambito infermieristico?

Sono un'infermiera professionale e confesso che ho desiderato dire la mia non appena terminato di leggere la lettera del prof. Biasini (*Medico e Bambino* 2012;31:285-6), dato che il riordino delle cure pediatriche potrebbe coinvolgere la mia professione.

Condivido i contenuti della lettera e mi pongo le stesse domande: l'obiettivo di tutta la pediatria di famiglia è effettivamente quello di conservare l'assistenza ai bambini in fascia d'età 0-14 anni? Saranno disposti i pediatri a lavorare in équipe con una figura sanitaria con competenze diverse, seppur complementari, nonché a condividere la gestione di spazi, tempi e casi clinici quando e per la parte di competenza?

Oltre che infermiera sono una consulente in allattamento IBCLC; ho lavorato per oltre 10 anni nell'ospedale della mia città, tre dei quali presso il Nido, e ho preso la decisione di licenziarmi per impegni legati alla gestione familiare. Attualmente lavoro sul territorio seguendo a domicilio le neomamme con problemi legati all'allattamento, anche se personalmente considero sostegno e promozione dell'allattamento servizi assistenziali minimi che le famiglie non dovrebbero pagarsi di tasca propria. Mi tengo costantemente aggiornata nella mia materia; sono abbonata a *Medico e Bambino* e a *Quaderni acp* e ho scritto un paio di articoli per la rivista *UPPA*; collaboro con la scuola materna frequentata dai miei figli nella promozione del progetto "Nati per Leggere" e nella realizzazione di serate con temi legati alla genitorialità.

Facendo questo, ho avuto occasioni di confronto e scambio con alcuni pediatri: in particolare con uno di loro è stato possibile sostenere e far proseguire un allattamento, unendo e accettando reciprocamente le nostre diverse professionalità e competenze, e so che per quella madre ha fatto la differenza, mentre ho collaborato assieme a un altro pediatra alla realizzazione di una di queste serate per genitori. In entrambi i casi queste esperienze sono state per me molto positive e motivanti, esperienze che vorrei poter ripetere.

Devo aggiungere però che al momento, e nella realtà territoriale in cui vivo, la mia professionalità non è molto ricercata, né dai singoli pediatri o associazioni di pediatri, che cercano invece più spesso figure con mansioni di segreteria, né dalla mia AUSL di appartenenza.

Perciò, come infermiera, mi chiedo se riuscirò mai a vedere il cambiamento della pediatria nella direzione auspicata dal prof. Biasini, magari a farne parte, mentre come mamma ho il timore di vedere un servizio invidiabile e di qualità ridotto, presto o tar-

di, alla sola assistenza di bambini in età 0-6 anni, se non scomparire del tutto in un futuro non molto lontano a favore di una "restituzione" totale della gestione del paziente pediatrico agli ospedali. Una bella sfida per l'attuale generazione di pediatri, ma anche per noi genitori che forse non sempre ci rendiamo conto della fortuna che abbiamo ad avere un simile servizio.

**Paola Bortolazzo, Infermiera professionale
Vicenza**

Le sue domande sono anche le nostre e più in generale riguardano l'assoluta necessità di prospettare un nuovo modello di cure territoriali che in un futuro prossimo difficilmente potrà fare a meno (ce lo auguriamo) di un riordino complessivo che possa coniugare l'attività di un "pediatra, medico a tutto tondo del bambino, con quella di personale infermieristico in grado di raggiungere tutte le famiglie in modo proattivo, cercando e offrendo il dialogo sui temi della salute e dello sviluppo".

Sono le parole di Giorgio Tamburlini nell'editoriale di questo mese (pag. 347) che risponde in modo concreto e "ragionevolmente avventuriero" a parte delle sue domande. Si tratterebbe in pratica di fare quello che Lei già sta facendo, ma in modo strutturato, riconosciuto e integrato.

Grazie per la sua importante testimonianza.

Federico Marchetti

ANTONIO CAO

È morto Antonio Cao. Non all'improvviso. Un cancro polmonare. Un anno fa eravamo assieme, a Ferrara, a ricordare l'altro campione della guerra alla talassemia, Rino Vullo. Tutti si muore, con la propria storia alle spalle, dopo aver fatto parte della grande comunità umana, e della piccola comunità che mette ciascuno in relazione con questo insieme caotico e grandioso, con questo insieme in marcia non si sa per dove, che è, appunto, l'umanità.



La piccola comunità in cui ha operato, per più di mezzo secolo, Antonio Cao, siamo noi, la pediatria. E la pediatria è una piccola nicchia nella macchina della medicina, che a sua volta è un sistema complesso, parte di un sistema enormemente più complesso, in cui il peso di ciascuno è quasi impercettibile.

Eppure non è così. Non è così mai, perché tutto quello che facciamo, ogni decisione che prendiamo, ogni momento del nostro rapporto con i nostri compagni di viaggio, ha un peso. E certamente il peso di Antonio nella storia della sua isola, la Sardegna, nella storia della malattia sociale più importante della sua isola, e di tutta l'Italia, la talassemia, nella storia delle migliaia di persone che con questa malattia sono e sono state implicate, e nella storia della pediatria italiana, dico proprio nella sua storia materiale, ma anche nella storia della scienza, dunque direttamente nella storia dell'umanità, è stato molto più grande di quello della maggior parte dei suoi compagni di viaggio.

Cao, in portoghese, vuol dire cane; e si pronuncia anche così: "can". E sebbene lui non fosse d'accordo su questa mia interpretazione fiabesca delle sue origini, io non ho mai potuto fare a meno di immaginare i suoi progenitori, nobili ebrei portoghesi in fuga dalla penisola iberica, trovare pace e rilevante collocazione sociale nell'isola ruvida, aperta ai venti e agli stranieri. E a lui anche, il nome di "cane" non è che non si adattasse. Un mastino. Uno che non lasciava andare. Superbo e ostinato nella Sua ragione: che era la ragione di uno che l'etica ce l'ha dentro. Un'etica che non tiene conto delle "circostanze", del modo di pensare corrente, delle debolezze di un mondo debole. L'etica che non si nomina, che non si sbandiera, ma che detta quasi automaticamente le scelte: "non posso fare le cose che non sento di poter fare".

La mia esperienza della vita, e del mondo, e specialmente delle cose che succedono là dove la professione diventa diplomazia, e dove si segnano i destini delle persone (e dunque

anche delle cose) sono limitate. Ma, pur conoscendo persone "le più brave del mondo", non conosco nessuno che, nei fatti, abbia saputo fare quello che lui ha fatto, decidere silenziosamente, in concorso, contro ogni pre-decisione, contro ogni "conoscenza", contro ogni accettato compromesso, e solo per scegliere, liberamente, i migliori, quelli che risultavano tali, concretamente, nella loro storia, nei loro lavori, nel loro *impact factor*.

La storia di Antonio Cao ha a che fare anche con la storia di *Medico e Bambino*, su cui ha anche scritto, sui suoi temi difficili, col suo scrivere non facile.

Nel 1968 soffiava in Italia un bel vento di rinnovamento. Questo vento è soffiato anche per la Pediatria; e, per la Pediatria, non c'è dubbio che quel vento si chiamasse ACP. Lui è sempre stato, con Sereni, con Durand, con Sansone, con Vullo, con Biasini, e con tanti altri, al centro delle operazioni. È stato, e lo era ancora, con *Prospettive in Pediatria*, la Rivista che voleva portare in Italia, ancora chiusa nel ricordo dell'autarchia, la cultura pediatrica del Mondo.

Mi viene ancora in mente, perdonatemi, un altro Cao (portoghese, naturalmente): "nel 1471 Diego Cao, per primo, doppia Cabo Catalina con due vascelli, ciascuno dei quali porta nella stiva una croce di pietra alta due metri, un *padrão*: il primo lo pianta sulla sponda sud del fiume Congo, e il secondo al Cabo Santa Maria, vicino a Luanda". Col vento fresco, verso il nuovo.

Ha diretto la Clinica Pediatrica di Cagliari dal 1974; dal 1980 ha diretto l'Istituto di Microcitemia; nel 1992 è diventato direttore del Centro del CNR per la ricerca sulla talassemia. Nel 2010 gli è stata conferita l'onorificenza di Maestro della Pediatria italiana, non soltanto per meriti di carattere culturale ma anche per quelli di ordine sociale e morale. Ma mi piace più ricordare un riconoscimento minore, quello della consegna del "*Sardus Pater*". Gliel'ha dato nel 2008 l'allora Presidente Soru, indimenticabile anche lui: e sarebbe l'immagine del favoloso padre originario di tutta l'isola: "*Le consegno questo premio come a un babbai (babbai vuol dire papà) di tutta la popolazione sarda. Non è stato soltanto un padre per tanti bambini che oggi possono nascere sani, ma anche per il ruolo di Maestro della Scienza. Dopo i ringraziamenti di tutti i genitori della Sardegna, la ringraziamo anche noi, rappresentanti delle Istituzioni*".

Queste, e molte altre, sono, comunque, delle medaglie. Ciascuno è sempre qualcosa di più, ovvero qualcosa di meno delle sue medaglie. Lui, il nobile mastino, era molto di più delle sue medaglie.

Franco Panizon