

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.



IL GRAFFIO *Due studi di grande qualità metodologica e di grande peso scientifico (commentati sulla Gialla) ci pongono davanti a evidenze tanto indiscutibili quanto drammatiche sugli effetti negativi dell'abuso di Cannabis durante l'adolescenza (danno neurocognitivo persistente in età adulta) e dell'abitudine al fumo, protratta dall'adolescenza all'età adulta, nella donna (10 anni di riduzione dell'aspettativa di vita). Penso che di queste evidenze dovremmo d'ora in poi discutere direttamente con i bambini e gli adolescenti ogni qualvolta che il nostro lavoro ce ne dia l'occasione. Non saprei dire esattamente come. Certamente però preoccupandoci di ascoltare (molto) prima di parlare (poco). Il fumo e la Cannabis sono tra le tante minacce che sovrastano le fantasie o*

fanno già parte della vita vissuta dei giovani e giovanissimi di cui ci è stata affidata la salute. Far finta di niente, rinunciare ad avere un ruolo di guida culturale su questi temi, costituirebbe nei loro riguardi un vero e proprio tradimento portandoli a consolidare quel sentimento di estraneità (abbandono?) che sta alla base della fragilità psicologica e sociale di ogni adolescente. Sarei certo, invece, che per più di qualcuno di loro, sarà molto gratificante e benefico sentirsi l'interlocutore di un discorso così importante e difficile e percepire che il suo futuro (proprio quello che interessa a lui) sta veramente a cuore a qualcuno. Al suo pediatra ad esempio, che, se vuole, può anche provare a essere per ogni suo paziente "qualcosa" di più di "qualcuno". E senza sovrapprezzo!

Alessandro Ventura

Chiusura dei punti nascita di Latisana e Gorizia

Alla c.a. del Presidente della Regione
Friuli Venezia Giulia
Alla c.a. dell'Assessore Regionale
alla Salute del Friuli Venezia Giulia
Ai direttori delle UO di Pediatria
e Ostetricia e Ginecologia
del Friuli Venezia Giulia
E p.c. alle Redazioni del *Piccolo*,
del *Messaggero Veneto*
e della rivista *Medico e Bambino*

In qualità di medici pediatri in formazione (specializzandi in pediatria) del Friuli Venezia Giulia, ovvero principali futuri attori della sanità regionale, siamo profondamente allarmati dalle recenti notizie riguardanti la mancata chiusura dei punti nascita di Latisana e Gorizia.

In accordo tra l'altro con quanto già ripetutamente segnalato e sottoscritto da tutti i direttori delle pediatrie regionali, tale provvedimento si rende necessario e non procrastinabile alla luce di una consolidata letteratura scientifica internazionale da cui emerge chiaramente l'aumentato rischio di mortalità materno-infantile per le gravidanze portate a termine nei punti nascita con un numero di parti inferiore a 500 per anno.

La chiusura dei suddetti punti nascita costituisce un atto dovuto e urgente, coerente con le linee guida internazionali e con la riorganizzazione sanitaria degli altri stati europei, proprio per garantire la sicurezza della madre e del bambino, al di là

delle scelte demagogiche da cui i politici non riescono a svincolarsi.

La presunta tutela di una piccola comunità, indicata a torto come motivo di mantenimento in funzione degli ospedali locali, comporterà in questo caso un grave rischio per la salute materno-infantile.

Le scelte politiche regionali dovrebbero essere dettate da considerazioni socio-sanitarie, mirate al rispetto e alla tutela della migliore cura per mamme e bambini. Qualsiasi altra considerazione di opportunità politica non può che andare contro tale principio.

Gli specializzandi in Pediatria delle università di Udine e Trieste ritengono unanimemente di dover rinnovare la profonda disapprovazione per una prospettiva di lavoro in sedi che per la limitatissima casistica produrranno inevitabilmente una perdita delle conoscenze e delle esperienze acquisite durante la propria formazione, comportando un concreto rischio per la salute materno-infantile nella nostra regione.

Proprio perché ci sentiamo (e di fatto siamo) direttamente e responsabilmente coinvolti nelle scelte di politica sanitaria regionale chiediamo agli organi competenti di attuare quanto già indicato e stabilito dai seguenti documenti:

1. Patto per la Salute 2010-2012, rep. n. 243/CSR siglato il 3 dicembre 2009 con intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, che prevede, tra l'altro, la riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera.
2. D.G.R. 11 marzo 2010, n. 465 recante "L.R. 23/2004 art. 8 - approvazione defi-

nitiva del piano sanitario e sociosanitario regionale 2010-2012".

3. Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" (Rep. Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010) che individua i principi e i criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita.
4. Intesa del 22 settembre 2011 (Rep. Atti n. 88/CU) che approva lo schema del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2011-2013, che pone tra le priorità del Sistema Sanitario Nazionale la tutela della salute della donna durante tutto il percorso nascita e del nascituro e fornisce indicazioni sui criteri da adottare per la riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita.
5. D.G.R. n. 1083, del 15 giugno 2012.

Riteniamo inoltre fondamentale d'ora in poi essere parte attiva nelle discussioni riguardanti la futura riorganizzazione della medicina pediatrica territoriale regionale.

Gli specializzandi in Pediatria del Friuli Venezia Giulia:

C. Zuiani, M. Vergine, V. Dolcemascio, M. Tubaro, G. Romano, E. Marcuzzi, I. Rosso, A. Bon, I. Cadel, S. Celestino,

G. Spagnut, R. Lualdi, D. Vernuccio, M. Arigliani, R. Moretti, G. Ventura, M. Feltrino, M. Massaro, K. Vecchiato, F. Barbieri, M. Pavan, A. Magnolato, P. Pascolo, C. Bibalo, L. Matarazzo, S. Lega, S. Nider, M.C. Pellegrin, E. Benelli, M. Minute, M.V. Abate, M. Copertino, A. Pirrone, S. Naviglio, G. Patti, E. Rizzello, F. Poropat, M. Starc, A. Shardlow, M. Chinello, M. Bramuzzo, E. Panontin, G. Cozzi, G. Paloni, S. Dal Bo, E. Rossetto, I. Rabach, S. Pastore, S. Crocco, A. Amadeo, I. Elkina

Come si è soliti dire, riceviamo e volentieri pubblichiamo la lettera di "tutti" gli specializzandi in Pediatria del Friuli Venezia Giulia. Si tratta a nostro avviso di una lettera in qualche modo rivoluzionaria, che mentre stiamo andando in stampa ha avuto una grande risonanza mediatica, con prese di posizione da parte dei politici e risposte da parte degli specializzandi. È una lettera rivoluzionaria perché sono dei giovani futuri pediatri a chiedere che vengano rispettati degli Accordi che evidentemente sono stati scritti per la tutela della salute dei bambini e che vengono puntualmente disattesi a livello nazionale (vedi l'Editoriale di questo numero). Ed è anche una lettera rivoluzionaria perché non è di tutela di interessi personali (come spesso siamo abituati a vedere) ma al contrario la chiusura di alcuni punti nascita o reparti di pediatria può anche significare minore possibilità di posti di lavoro, soprattutto in questo momento di spending review. Grazie per questo esempio che ci fa vedere il futuro un po' migliore (vedi Oltre lo Specchio di questo numero).

Medico e Bambino

Screening elettrocardiografico per la prevenzione di SIDS?

Nella mia pratica professionale mi confronto quasi quotidianamente con scelte di colleghi diverse dalle mie. Fra queste c'è lo screening con ECG nel neonato a un mese di vita, per la presunta prevenzione della SIDS. A questo proposito la rilettura dell'articolo di Buzzetti e Ronfani, pubblicato su *Medico e Bambino* nel lontano aprile 2000, mi ha suscitato ancora molti dubbi sul comportamento migliore da adottare. Così ho pensato di porvi alcune domande.

1. Esistono oggi, 12 anni dopo quell'articolo, prove di efficacia del beta-bloccante (β B) nella prevenzione della SIDS nella popolazione dei neonati con QTc > 440 msec, o magari in un sottogruppo fra questi?
2. Il tentativo di prevenzione con sistemi di allarme, ipotizzato anche nell'articolo

di Buzzetti e Ronfani, potrebbe rappresentare un metodo preventivo efficace nei bambini con QTc > 440 msec?

3. Se ancora non abbiamo nulla di definitivo circa l'efficacia preventiva dei β B (o di altri farmaci/apparecchi) esiste la possibilità di una valutazione dei benefici del β B in profilassi in tutti i QTc > 440 msec, evitando il gruppo di controllo (evitando cioè ai genitori lo stress ulteriore di una "crudele randomizzazione" del figlio nei 2 gruppi farmaco/placebo)? Si può utilizzare lo stesso modello usato per la posizione nel sonno, magari in uno studio pilota limitato a un campione di neonati che valuti nel tempo gli effetti della nuova strategia (*back to sleep* per la posizione, beta-bloccante per la prevenzione farmacologica) sul numero totale delle SIDS?
4. Il rischio di SIDS riportato da Buzzetti e Ronfani è di 1 su 69 nei QTc lunghi e di 1 su 2684 nei QTc normali. Se possedessimo un farmaco/intervento efficace nella totalità o quasi dei casi avremmo una RAR di 1,46 circa e NNT di 69 circa. Se i β B o un altro farmaco/strumento fossero in grado di prevenire anche solo il 10% delle SIDS nei QTc lunghi, avremmo una RAR di 0,11 con NNT = 900. Nel valutare i costi-benefici oltre alla valutazione del costo di 600 mila ECG all'anno (non credo sia una cifra insostenibile neanche da parte delle esangui casse del nostro SSN), dobbiamo considerare la rilevanza dell'esito che vogliamo ottenere con l'intervento, si tratta quindi di prevenire una SIDS a prezzo di 899 interventi inutili e allarmanti. E, considerando per esempio che proponiamo l'antimorbillosa di massa, con l'intento di prevenire 1 caso di encefalite su 2000 morbillo (se rammento bene la frequenza dell'encefalite da morbillo), forse ne varrebbe la pena...
5. Si porrebbe poi il problema di cosa fare degli "allarmati dallo screening" che superano indenni i 6 mesi, anche qui, per fortuna, un numero in valore assoluto considerevole che come tale porrebbe non piccoli problemi organizzativi. Cioè andrebbero monitorati per verificare una fisiologica "normalizzazione" del QTc? Restano a rischio anche nell'età adulta di aritmie potenzialmente mortali? O potremmo dimenticarceli (salvo eventualmente sottogruppi che rientrino in malattie genetiche quali QT lungo familiare ecc.)? Vanno considerati infine anche i negativi allo screening, che potrebbero ricevere, come spesso si è detto, una ingannevole rassicurazione se, enfatizzando l'ECG, non si continuasse a sottolineare con le famiglie l'importanza del *back to sleep* e del fumo passivo.

6. Allargando un po' l'orizzonte, e mettendo in discussione i punti precedenti, ci si potrebbe anche chiedere se e in quali circostanze sia opportuno "curare", come ormai facciamo e ci viene richiesto sempre di più, non una malattia ma un rischio... considerato anche l'allarme creato, inutilmente, in gran parte delle famiglie (fra l'altro un numero assoluto notevole se, come spiegano gli Autori dell'articolo, si tratta del 2,5-3% della popolazione, per definizione con QTc > 440 msec). Ovvero, e se la comunicazione del rischio, di un dato cioè puramente statistico, "non fosse gradita" al singolo? Che tipo di informazione diamo quando comunichiamo al nostro paziente in carne e ossa che 1 su 1000 (faccio numeri a caso) fumatori farà il cancro al polmone? Il nostro paziente non potrebbe chiederci "ma sarò io"? E gli dovremo rispondere non lo so (scusate l'ovvietà di queste cose ma credo che meritino qualche riflessione). Probabilmente siamo nel campo della dialettica che emerge in occasione delle "campagne per la salute" fra chi fa politica sanitaria o deve fare scelte per la comunità, e il medico "di fiducia" al quale, nella relazione con la singola persona, viene richiesto di rassicurare, comprendere, ascoltare, aiutare ad accettare...

Alberto Neri
Pediatra di libera scelta, Ferrara

Gli interrogativi del dottor Neri sono puntuali e intriganti, ma per essere ribattuti esaurientemente richiederebbero un numero speciale. Rispondendo in breve e con ordine:

1. Non esistono prove di efficacia del β B nel prevenire la SIDS in neonati con QTc > 440 msec, che si può solo inferire dal dimostrato beneficio del β B in popolazioni di età media inferiore ai cinque anni. Da notare che più prolungato è il QT, più è dimostrabile l'efficacia della terapia.
2. Non ci sono sistemi di allarme efficaci, se l'indicazione ad usarli consiste solo nel QTc > 440 msec.
3. e 6. Credo che lo studio proposto sia tanto interessante quanto difficile da eseguire. Occorre spendere parole sui fatidici 440 msec, numero sul quale l'orchestra dei cardiologi non è spesso accordata... (la frequenza del LA dell'ottava centrale del pianoforte, la nota su cui si accorda tutta l'orchestra, è di 440 Hz). Questo numero corrisponde a due deviazioni standard oltre la media, pari al 97,5 percentile. Vuol dire che, se si prende 440 msec come limite di normalità, il 2,5% della popolazione è anormale, po-

tenzialmente portatore di QT lungo. Si sa invece che l'incidenza della sindrome del QT lungo è tra 1:2500-1:5000.

4. 5. e 6. Esistono già studi, italiani, che affermano un buon rapporto costo-efficacia dello screening di massa¹. L'ECG inoltre coglierebbe cardiopatie diverse dal QT lungo, come coartazione, pre-ecitazione, canale atrioventricolare ecc. La posizione scettica, come al solito americana, sostiene che anche alzando il cut-off a 470 msec bisognerebbe studiare 30 individui con QT prolungato per trovarne davvero uno con la sindrome del QT lungo. I costi del follow up, di test genetici estesi alla famiglia, di potenziali terapie diverse dal solo BB, psicologici, assicurativi e così via sarebbero tutti da calcolare. Un recente rapporto tecnico del CeVEAS-SaPeRiDoc (Gruppo di lavoro della Commissione Nascita della Regione Emilia Romagna) - molto accurato - sullo screening neonatale della SIDS ha concluso affermando che "non vi sono sufficienti prove di efficacia che supportino la raccomandazione a effettuare lo screening ECG universale in epoca neonatale"². Si potrebbe parlare a lungo di altri screening. Rimanendo in cardiologia, cosa dovremmo dire dello screening neonatale con la saturimetria, utile, economico e disatteso?³

Come nota personale, da acceso fautore dell'ECG precoce, concludo.

L'Italia è il Paese che ha convinto il mondo (nordamericani a parte) sull'utilità dell'ECG nella prevenzione della morte improvvisa giovanile⁴. Nondimeno, anche prescindendo dai conti economici, il nostro sistema non è tecnicamente pronto a refertare la messe di ECG di uno screening neonatale di massa. Chi li legge e come? Come formare personale all'altezza di un referto corretto? E quali sono i costi di misurazioni sbagliate, dalla macchina e dall'uomo? E quello di referti omessi o ritardati?

A malincuore bisogna ammettere che per il momento è realistico solo uno screening mirato, indicato dall'anamnesi familiare e da segni e sintomi come la bradicardia fetale o neonatale.

Bibliografia

1. Quaglini S, Rognoni C, Spazzolini C, Priori SG, Mannarino S, Schwartz PJ. Cost-effectiveness of neonatal ECG screening for the long QT syndrome. Eur Heart J 2006;27:1824-32.
2. Screening neonatale della sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS). Rapporto tecnico. A cura del CeVEAS-SaPeRiDoc (Gruppo di lavoro della Commissione Nascita della Regione Emilia-Romagna). <http://www.saperidoc.it/screening>.

LA PREVENZIONE DELLA SIDS

- Il bambino deve essere messo a dormire in posizione supina (a pancia in su) sin dai primi giorni di vita; dovrebbe inoltre dormire in culla o nel lettino, meglio se nella stanza dei genitori.
- L'ambiente non deve mai essere eccessivamente caldo. La temperatura ambientale dovrebbe essere infatti mantenuta attorno ai 20 gradi. Da evitare anche l'eccesso di vestiti e di coperte pesanti che possono far sudare eccessivamente il piccolo.
- Il materasso deve essere della misura esatta della culla/lettino e non eccessivamente soffice. Va evitato di far dormire il bambino su divani (anche per il pericolo di cadute), cuscini imbottiti, trapunte o comunque avendo vicino oggetti soffici quali giocattoli di peluche o parapolveri per evitare anche il pericolo dell'ingestione di corpi estranei.
- Il bambino deve essere sistemato con i piedi che toccano il fondo della culla o del lettino in modo che non possa scivolare sotto le coperte; va evitato l'uso del cuscino.
- La condivisione del letto dei genitori (bed sharing) è da evitare.
- L'ambiente deve essere libero da fumi, quindi non si deve fumare e soprattutto bisogna evitare che altri fumino in casa. È fortemente sconsigliato fumare anche in gravidanza.
- L'uso del succhiotto durante il sonno può avere un effetto protettivo; in ogni caso va proposto dopo il mese di vita (per non interferire con l'inizio dell'allattamento al seno) e sospeso possibilmente entro l'anno di vita. Non bisogna forzarne l'uso se il bambino lo rifiuta.

Fonte: Ministero della Salute. Sezione Nascita - SIDS, modificato.

3. Panizon F. Ossimetria nello screening neonatale delle cardiopatie congenite. Medico e Bambino 2012;31:257-8.

4. Corrado D, Basso C, Pavei A, Michielli P, Schiavon M, Thiene G. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. JAMA 2006;296:1593-601.

Gabriele Bronzetti

UO di Cardiologia e Cardiocirurgia
Pediatria, Policlinico S. Orsola-Malpighi,
Bologna

La bella lettera del dottor Neri richiama una antica querelle sullo screening elettrocardiografico per la possibile identificazione dei neonati con QT lungo e sui possibili interventi che potrebbero essere adottati in questi casi. La risposta del dott. Bronzetti è ragionevolmente dubitativa ma anche perentoria nell'affermare che non ci sono sufficienti evidenze a favore di uno screening elettrocardiografico, in quanto non vengono rispettati i criteri utili per la sua adozione. Ci sembra opportuno richiamare le regole generali che andrebbero sempre rispettate se si decide di adottare una politica di screening:

- frequenza, gravità e impatto sociale della malattia in esame tali da far ipotizzare una politica rivolta a tutta la popolazione o a una sottopopolazione;
- fase pre-clinica della malattia e una teorica possibilità di modificarne la storia naturale;
- disponibilità di una terapia in grado di modificare la storia naturale della malattia;
- disponibilità di test di screening: validi (alta sensibilità e buona specificità), riproducibili (sufficientemente semplici da poter essere utilizzati nei diversi conte-

sti) e accettabili (non invasivi) da parte della popolazione;

- modelli organizzativi dello screening (con particolare attenzione agli aspetti etici e di comunicazione) tali da poter essere applicabili nei diversi contesti;
- analisi dei costi/efficacia nella pratica favorevole.

Ci sembra inoltre importante contestualizzare il problema della SIDS, partendo dal dato epidemiologico che "i difetti nei canali ionici potrebbero render conto del 5-15% dei casi di SIDS e che non vi sono studi che indichino quanti casi di SIDS si verificano in soggetti con QT lungo esposti alla presenza dei principali fattori di rischio (posizione prona nel sonno e fumo materno)" (<http://www.saperidoc.it/screening>).

La vera prevenzione della SIDS ha delle semplici regole che devono evitare determinati fattori di rischio, favorendo alcuni interventi protettivi, riportati già 12 anni fa nella bellissima revisione di Buzzetti e Ronfani pubblicata su Medico e Bambino (che vi consigliamo di rileggere). Vogliamo ricordarli (vedi Tabella), in quanto non è scontato che vengano sempre consigliati (come hanno dimostrato alcune ricerche condotte anche in Italia qualche anno fa, http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_Sids.pdf) e adottati, soprattutto da parte delle popolazioni più disagiate (che sono a maggiore rischio per la SIDS). La loro corretta applicazione (questo sì) ha portato alla riduzione dell'incidenza della SIDS sino al 50-60% dei casi.

Federico Marchetti

Autismo e spettro autistico: tra il dire e il fare

Gent.ma dott.ssa Raffin,

le scrivo in merito al suo articolo sull'autismo (*Medico e Bambino* 2012;31:174-7) che mi sembra ben fatto, ma alcuni passaggi che chiamano in causa i pediatri di famiglia mi hanno veramente sconcertato. Mi riferisco per esempio al punto in cui dice: «Fino a qualche anno fa si riteneva che i disturbi dello spettro autistico (ASD) fossero da considerare patologie rare, e questa convinzione veniva in qualche misura confermata nella pratica del pediatra che «raramente» incontrava bambini con autismo. Purtroppo, però, le ragioni per cui il pediatra vedeva o continua a vedere pochi bambini autistici non è legata a fattori epidemiologici, ma a motivi di altra natura...», mentre è purtroppo frequente che alcuni pediatri riferiscano di non aver mai visto bambini con autismo».

Per prima cosa vorrei sottolineare che fino a qualche anno fa si parlava di autismo e non di spettro autistico, per cui sicuramente parlando di ASD il numero delle diagnosi è inevitabilmente aumentato. Inoltre è chiaro che quando parla di «motivi di altra natura» si riferisce alla ignoranza dei pediatri di famiglia su questo argomento. Ma a quale realtà si riferisce? Non conosco tutta la realtà italiana e mi riferisco alla realtà che conosco meglio, quella della Toscana, regione nella quale lavoro; in questa regione la sua affermazione è completamente falsa perché già da tre anni tutti i pediatri di famiglia (440) hanno fatto un corso di aggiornamento «obbligatorio» sull'autismo, organizzato dalla regione Toscana in collaborazione con il sindacato FIMP. Inoltre, ormai sono due anni e mezzo che, grazie alla collaborazione tra FIMP e regione Toscana, tutti i bambini della regione vengono screenati a 18 mesi con la M-CHAT 23 e nel caso di «rischio» vengono inviati al NPI. Non penso si possa fare di più per arrivare a una diagnosi precoce di autismo. A questo proposito aggiungo alcuni numeri tratti da un comunicato stampa della FIMP regionale che si riferiscono allo scorso anno: «In Toscana nel 2011 i dati sullo screening della relazione e comunicazione eseguito dal pediatra in occasione del Bilancio di Salute del 18° mese hanno evidenziato che, su un campione di 31.926 bambini sottoposti a screening con età di 18 mesi, i casi sospetti rilevati attraverso la somministrazione della M-CHAT 23 sono stati 73, di cui 33 sono stati confermati dai centri di riferimento di NPI come disturbi della sfera autistica o della comunicazione. Grazie al fattivo coinvolgimento dei pediatri di famiglia della FIMP impegnati in prima linea, la regione Toscana ha avviato un mo-

dello virtuoso e all'avanguardia. Proprio per questo ci auguriamo che questa progettualità regionale vada oltre la prima fase sperimentale e si consolidi definitivamente, entri «a sistema» e diventi un mezzo in più per la diagnosi e l'assistenza dei bambini con autismo o con altri disturbi della sfera della comunicazione e relazione».

I numeri, come può vedere, sono di tutto rispetto, e non penso che in Italia, ma anche fuori, esista uno studio simile. Sempre secondo questi dati l'incidenza degli ASD sembrerebbe essere, in Toscana, al 18° mese di vita, di circa un caso ogni mille bambini.

Le rispondo anche in merito a quanto scritto verso la fine dell'articolo: «Il passo che le associazioni di pediatri... ci auguriamo affronteranno, è quello di creare dei protocolli condivisi sia per lo screening che per il trattamento e la cura dei bambini con autismo...»; in Toscana: già fatto!!!

L'ultimo appunto è proprio alla fine, ultimo capoverso: «Ma il pediatra può avere una visione a 360 gradi... può, e secondo noi deve, riabbracciare una filosofia forse desueta in tempi di iperspecializzazione, ma assolutamente indispensabile quando si ha a che fare con una patologia complessa come l'autismo, che è quella della «presa in carico generale»». Anche su questa affermazione non sono d'accordo perché il compito del pediatra di famiglia è proprio «la presa in carico generale» del paziente ed è a lui che la famiglia si rivolge per tutta la patologia anche banale e tutti i consigli piccoli e grandi di cui ha bisogno; penso che la maggior parte dei pediatri di famiglia (qualche mela marcia c'è da tutte le parti) svolga questo compito con sufficiente professionalità.

Stefano Castelli
Pediatra di famiglia, Viareggio

Caro dott. Castelli,

sono molto contenta che la regione Toscana da due anni e mezzo abbia iniziato un programma di screening con la M-CHAT e i pediatri di famiglia abbiano fatto un corso obbligatorio sull'autismo. Mi spiace sentire il tono polemico della sua lettera, in quanto io sono la prima ad applaudire coloro, professionisti o istituzioni, che aprono dei programmi seri rispetto al disturbo dello spettro autistico. Tuttavia va rimarcato, come anche da lei sottolineato, che lei si riferisce alla realtà della sua regione e a una iniziativa che è partita da poco. Le posso tristemente assicurare che non è così ovunque. La Fondazione che dirigo segue oltre 600 casi di autismo provenienti da tutta Italia e ho modo quindi di confrontarmi con famiglie che sono approdate alla Fondazione dopo pellegrinaggi in

luoghi territorialmente più vicini senza aver trovato alcuna risposta.

Quanto all'ultima affermazione sulla quale dichiara di non essere d'accordo, mi permetto di far notare che lei sostiene esattamente quanto sostengo io e cioè la necessità di una presa in carico generale del paziente. Lei evidentemente lo fa nello svolgimento della sua professione, altri suoi colleghi possono volerlo fare, ma senza strumenti conoscitivi (come il corso che lei ha seguito) diventa difficile riconoscere i segni premonitori e giungere a una segnalazione precoce del problema.

Cinzia Raffin
Direttrice Scientifica della Fondazione
Bambini e Autismo - Onlus, Pordenone

La politica sanitaria in Campania nel terzo millennio

Dopo gli sprechi del centrosinistra, dalla resa completa del moderato e modesto riformismo sanitario del primo Bassolino alla famelica e clientelare era post-democristiana, con la fuga dei manager seri e intelligenti, improvvisamente chiamati in Campania a dare senso a una politica riformista e la nomina di schiere di primari ignoranti, il moltiplicarsi all'infinito di strutture complesse, semplici, improvvisate, ci troviamo nel pieno medioevo di un autoritarismo tanto miope da non essere credibile.

Dietro il fumo della razionalizzazione si muovono i fantasmi della privatizzazione, fascismo d'accatto per lavoratori divisi, intimiditi, dopo la parentesi brunettiana, in balia dei nuovi bocconiani al centro e in periferia.

Ma quale paradigma interpretativo può dare senso a una situazione che cinicamente è sorda ai bisogni, alle mille difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari? Ma forse che tra la riduzione degli spazi democratici di FIAT Pomigliano, l'abbandono nel sud di un welfare già ammaccato, il perfetto disinteresse del presidente della regione e dei suoi consiglieri così vicini ai poteri forti del Vaticano, c'è un nesso che sfugge ai nostri rappresentanti del centrosinistra regionale e nazionale? Non è forse il caso che qualcuno ci racconti il senso di tutto questo o basta negare conseguenze, negare la sofferenza dei cittadini, negare la sofferenza degli operatori, per materializzare una falsa realtà e pretendere che i cittadini ci credano?

La politica nuova, la partecipazione, ma di che cosa è fatta se non di ascolto degli utenti, degli operatori, o abbiamo bisogno di conferme, di osservatori di evidenze scientifiche ulteriori per dimostrare le disuguaglianze nella salute di origine socia-

le della nostra regione, possiamo mai sopportare ancora la faccia tosta dei nostri generali, colonnelli, che inconsapevoli recitano una parte scritta da altri con meno interessi di potere mediatico ma con grandi interessi economici, ben decisi a recuperare e spolpare risorse, quelle poche che restano.

Ma chi pagherà per tutto questo, chi è moralmente colpevole della sofferenza dei proletari ammalati, chi dovrà essere chiamato a rispondere dei torti, delle ritardate e mancate diagnosi, delle difficoltà di accesso alla prevenzione, dell'inappropriatezza, della miopia dei programmi e delle razionalizzazioni, ci sarà un tribunale militare, una corte marziale adeguata alla militarizzazione dei servizi pubblici o più laicamente e silenziosamente un centrosinistra dignitoso che riacquisti il senso del bene comune e del diritto alla salute?

Giuseppe Cirillo
ASL Napoli 1 Centro

Non è difficile comprendere l'amarezza di chi si è battuto per anni (decenni) per un sistema socio-sanitario che ponesse almeno in parte rimedio al degrado sociale del contesto campano, assistendo invece all'ulteriore clientelizzazione dello stesso sistema. Che costa molto, produce poco, esclude i già esclusi. Il senso del bene comune, che da queste pagine Franco Panizon ha costantemente richiamato come faro per il professionista come per il cittadino, è la risposta, e c'è da augurarsi che sia riacquisito da tutti, non solo dal centro-sinistra. Qualcosa pare muoversi, lassù. Quaggiù c'è sempre e comunque bisogno di gente che porti il suo contributo facendo bene il proprio lavoro e utilizzando al meglio le sue capacità. A noi di Medico e Bambino il compito di far circolare idee, esempi e informazioni e di dare delle opportunità a chi vuole continuare, o mettersi, su questa strada.

Giorgio Tamburlini

Lettura: il bene che possiamo fare al bambino

Recentemente ho partecipato al Palazzo della Provincia a un incontro del Sistema Bibliotecario Lodigiano e in particolare sul progetto *Nati per Leggere*, che propone ai genitori di leggere ad alta voce ai bambini piccoli fiabe o altro materiale a seconda dell'età.

Sarà che ogni cosa viene ascoltata e interpretata nel "proprio orizzonte interpretativo", e il mio orizzonte da un po' di tempo (come quello della maggior parte di noi, penso) è abbastanza pieno di nuvole,

alcune anche piuttosto preoccupanti che preludono a una pioggia "nera che non si vedeva da una vita intera", come dice Fabrizio De André in una delle sue ultime splendide canzoni.

Sarà che sono abbastanza demotivato dai tentativi di fare qualcosa per "cambiare le cose", dalla scuola alla politica e all'etica in generale, dato quel che vediamo intorno a noi ogni giorno in termini di malcostume, o anche solo di discorsi parziali in cui ciascuno guarda il proprio ombelico senza porre attenzione alla situazione generale.

Sarà che peraltro la situazione generale non aiuta a capire anche chi vorrebbe, perché il sistema dei mezzi di comunicazione assomiglia a una babele e troppe volte si fa spettacolo anche del dibattito più serio (e d'altro canto, per come siamo ormai fatti, se è "troppo serio" si cambia canale).

È vero, c'è "la rete" che è utilissima, però troppe volte induce alla banalizzazione con un semplice "mi piace" anziché tentare un ragionamento più completo.

Sarà quel che sarà, ma ormai mi sono convinto che la speranza vada riposta nei bambini piccoli, aiutandoli a crescere, promuovendo ad esempio la lettura a voce alta, soprattutto da parte delle mamme e dei papà.

Mi andavo convincendo già da qualche tempo dell'importanza dei piccoli rispetto ai grandi (in generale) anche attraverso la lettura delle "Fiabe italiane" di Italo Calvino, che stiamo facendo qui a Caselle Lurani con 35 bambini della Ludoteca (alcuni della scuola dell'infanzia e altri della primaria), ma poi l'altra sera mi sono decisamente rafforzato in questa convinzione.

Devo dire che è emozionante (e mi scuso per la mia ignoranza) rendersi conto che già a sei mesi si è efficaci in questa lettura; ed è emozionante vedere il moltiplicarsi delle sinapsi (i collegamenti fra le cellule) come suo effetto. Cioè il rendersi conto del bene che possiamo fare al bambino con questa semplice azione e anche, al contrario, di quanto male possiamo recargli trascurando questa semplice opportunità.

Sono convinto che queste cose non siano abbastanza conosciute, in generale, perché ogni mamma o papà dedica tempo al proprio bambino, anche se non tantissimo in qualche caso, e per leggere qualcosa o per mostrare figure e far nascere familiarità con il libro, prima cartonato e poi via via "più normale", basta solo volerlo. Ma per volerlo bisogna saperlo.

Naturalmente e come sempre, quello che ci lega a qualcosa è la parte affettiva. Cioè molti sono i vantaggi che l'azione della lettura provoca, ma il collante di tutto è sempre la componente. Non era così anche con i nostri maestri e professori a scuola? Quello che colpisce, che resta "in-

collato" in noi è il lato affettivo dell'esperienza dell'apprendimento. Se "sentivamo" che quello che ci insegnavano a loro "stava a cuore" (come direbbe Don Milani), potevamo stare certi che ci saremmo ricordati di loro. Certo, il presupposto è che sapessero di cosa parlavano, ma nel caso dei genitori e della lettura di fiabe questo aspetto non dovrebbe preoccupare.

Quello di cui abbiamo un bisogno imprescindibile è l'aiuto dei pediatri. Basterebbe una loro parola a sostegno della lettura ad alta voce per fare molto più di cento biblioteche o informazioni che arrivano dalla scuola. E poi, certo, la sinergia, dove quattro più tre deve fare otto e non sette, fra genitori, scuole, biblioteche e "altri di buona volontà". Ma la parola più forte, sia pure delicata, possono dirla solo i pediatri. E noi chiediamo a loro appassionatamente questo aiuto.

Pasquale Briscolini
Coordinatore Consulto Cultura e Scuola
Comune di Caselle Lurani (Lodi)

Caro Briscolini, grazie della bella lettera e del messaggio, che da attore-spettatore esterno al nostro mondo, vuole rivolgere ai pediatri. Non potremmo essere più d'accordo, e i pediatri che si sono cimentati con Nati per Leggere l'hanno scoperto: la promozione della lettura precoce apre un mondo di competenze e di spazi per un colloquio più ampio con i genitori, che si traduce in un "ben fare" per le famiglie e per i bambini e in una professionalità nuova e più ricca e gratificante. Grazie ancora e molti auguri per il suo prezioso lavoro.

Giorgio Tamburlini

Caro Professore

Così iniziavo tutte le mail al prof. Panizon. Questo era Franco Panizon: pur nella posizione che rivestiva, aveva sempre tempo e premura di colloquiare con tutti, e con grande umiltà. Doti che posso affermare di aver conosciuto anche nella persona del prof. Vullo di Ferrara, non a caso suo intimo amico. Evidentemente sono stata molto fortunata, poiché in personaggi del loro rango, tali virtù sono estremamente rare.

Nelle mail gli parlavo di tutto, perché lo sentivo vicino, come un amico o un padre, a cui dare piena fiducia.

Spesso gli scrivevo di cose allegre, per regalargli momenti piacevoli, lui che, ormai vecchio e malato, continuava a prodigarsi per noi della "base" (è il caso di dirlo!), affinché il suo messaggio di fermo e sereno incitamento a fare del bene arrivasse proprio a tutti.

Una mail di risposta una volta fu: "Le cose che lei mi dice di me e di come sono ricordato, peggiorerebbero gli aspetti narcisistici che già mi pervadono; ma la vecchiaia mi permette di accettarli quasi in pace. Le dirò una cosa importante: sentirmi (un po') amato mi dà la forza di dare amore. Cari saluti". Questo era il prof. Panizon: infinitamente dolce, generoso, schietto.

Tempo fa gli scrissi delle mie brevi vacanze nella stupenda Sardegna, e lui mi rispose che conosceva bene quella terra, avendovi trascorso sette anni della sua vita, e lì erano nati i suoi figli.

Mi raccontò che a quei tempi non aveva l'automobile ma solo una vespa, vecchia e regalata, e di abitare al quarto piano di una casa in affitto, senza bagno. "Ho dovuto comprare la vasca per metterci l'acqua che al quarto piano non arrivava, e che portavo su nel secchio o nel bidone, non ricordo, alla sera. ...Ho fatto la guardia 24 ore su 24 (per 8 mesi) prima che mia moglie e il bambino mi raggiungessero per avere letto e bistecca, vita poverissima e felicissima".

Altre mail avevano un'impronta diversa: "Caro professore, mi trovo immersa in un mondo che non sembra nemmeno reale, tanto è fatto di ansie assurde, richieste di guarigioni immediate, urgenze inesistenti. ... In questo clima è preziosissimo il suo aiuto: le sue parole infondono sempre ottimismo e voglia di fare".

La sua risposta, pronta, fu: "Le storie

che mi racconta, sì, sono quelle di sempre. A ciascuno tocca affrontarle come è capace. Io sono felice che qualcuno pensi che ho dato qualcosa. In realtà, se posso aver dato qualcosa, è solo un piccolo segnale 'di riconoscimento' che può aver aiutato qualcuno, semplicemente, a essere se stesso".

Beh, sembrerà strano ma è proprio quello che è successo a me.

In una mail di circa un anno fa gli parlai ancora delle mie difficoltà, soprattutto comunicative: "Come far capire che normalmente non serve l'antibiotico? Che se si chiamano 'mocciosi' un motivo ci sarà pure? Insomma, l'ho sempre presa un po' male, e non ho saputo (o saputo troppo poco) creare quel clima di fiducia e di simpatia, indispensabili per lavorare bene. Poi ... ci sono riuscita, meglio tardi che mai, ma ci sono riuscita! Io, timida con autorevolezza 0, ho capito che dovevo semplicemente seguire la mia naturale inclinazione, ed essere più tollerante, più disponibile. Di conseguenza ho iniziato ad essere meno stanca, meno ansiosa, più sorridente, sortendo un effetto rebound che mai avrei immaginato così immediato, in un flusso di interscambio affettivo molto gratificante.

È proprio quello che lei, Professore, dice da sempre! ...Il benessere, poi, ci ha portato ad essere troppo individualisti, invece è fantastico scoprire quanto è bello fare del bene, e noi medici pediatri siamo in una posizione super-privilegiata!".

"Carissime parole, che non merito". Fu la sua unica frase.

Mi piace terminare con la sua mail di risposta a delle immagini delle chiese di Roma: "Non sono riuscito ad aprire le foto, pazienza! Sì, Roma è stupenda. Io l'ho vista e girata, chiesa per chiesa, museo per museo, piazza per piazza, giardino per giardino, in bicicletta, venendo da Terni (dove sono stati, per qualche anno, i miei genitori, e dove andavo in vacanza), alla fine degli anni '40, poco dopo la guerra, niente automobili, pochi tram; s'immagini la bellezza".

Leda Guerra
Pediatra di famiglia, Ferrara

Sergio Nordio

Ci ha lasciato, mentre andiamo in stampa, un altro grande maestro della pediatria, Sergio Nordio, professore di puericultura a Trieste, fautore di una neonatologia umanistica e, assieme a Franco Panizon, di un ospedale aperto alle famiglie, cultore di metodologie di formazione e di *medical humanities*, fondatore della rivista *Crescita* negli anni '80. Lo ricorderemo nel prossimo numero.

Medico e Bambino

RINGRAZIAMENTO AI REFEREE

Medico e Bambino ringrazia caldamente i colleghi che nell'anno 2012 hanno svolto con accuratezza e con grande dedizione il lavoro di revisione degli articoli arrivati in Redazione:

Fabio Arcangeli, Egidio Barbi, Giampiero Baroncelli, Dante Baronciani, Alessandra Benettoni, Augusto Biasini, Giancarlo Biasini, Paolo Biban, Zeno Bisoffi, Gianni Bona, Maurizio Bonati, Ernesto Bonifazi, Caterina Borgna, Gabriele Bronzetti, Antonella Brunelli, Roberto Buzzetti, Vincenzo Calia, Rosario Cavallo, Francesco Chiarelli, Patrizia Cenni, Gabriella Clarich, Antonio Clavenna, Franco Cobonna, Carlo Corchia, Paola Costa, Mario Cutrone, Liviana Da Dalt, Simona Di Mario, Mattia Doria, Giacomo Faldella, Maria Luisa Farina, Massimo Farneti, Filippo Festini, Massimo Fontana, Luigi Gagliardi, Michele Gangemi, Lorenzo Genitori, Giulia Gortani, Andrea Guala, Miroslav Jankovic, Giovanna La Fauci, Giuseppe La Gamba, Andrea Lambertini, Marzia Lazzerini, Loredana Lepore, Giuseppe Magazzù, Giuseppe Maggiore, Paola Marchisio, Giuseppe Masera, Stefano Miceli Sopo, Annamaria Moschetti, Vitalia Murgia, Ettore Napoleone, Bruno Nòccioli, Paolo Nucci, Costantino Panza, Paolo Paolucci, Fulvio Parentin, Leopoldo Peratoner, Andrea Pession, Fernando Maria Picchio, Lucio Piermarini, Piero Pirazzoli, Maria Grazia Pizzul, Giuseppe Primavera, Ugo Ramenghi, Gherardo Rapisardi, Antonino Reale, Laura Reali, Lamberto Reggiani, Paolo Ricciardelli, Bruno Sacher, Paolo Siani, Aldo Skabar, Valter Spanevello, Giacomo Toffol, Alberto Tommasini, Giorgio Tonini, Gianluca Tornese, Alberto Tozzi, Riccardo Troncone, Enrico Valletta, Alberto Verrotti, Francesco Vierucci, Rinaldo Zani, Gianvincenzo Zuccotti