

Anno nuovo, rivista nuova

Anno nuovo, vita nuova, rivista che cambia.

Complimenti!, una formula che non tradisce il brillante passato ma che si presenta più snella, più diretta; e soprattutto, poi, complimenti per le puntualizzazioni in "editoriali".

Il caso Di Bella: ci voleva!, fatta eccezione per Riotta (*Corriere della Sera*), finalmente un intervento chiaro, preciso, culturale, senza inganni né incertezze, votato all'esigenza della cultura quando, invece, ad oggi troppi giornalisti, politici, gente della strada sembrano votati alla demagogia, al dominio della non-cultura, dell'arroganza, quasi vittime di un "fumo" tale e tanto da annebbiare non solo la vista.

SIDS - Latte materno: pur frequentando convegni, congressi, molti di noi si lasciano... andare. E così si eccede nelle richieste di RAST, si pensa all'IPLV dinanzi a un solo rigurgito, si iperprescrive latte "AR", si farnetica con le somministrazioni di latte "HA" o con proteine della soia pur di promettere la "prevenzione"; e si chiedono centinaia di migliaia di ecografie per la displasia dell'anca e i più bravi trovano l'Ortolani positivo 6-7 volte su 10.

Dove il difetto? Voi dall'alto del vostro osservatorio ve lo chiedete. Me lo chiedo anch'io, umile mortale.

Sinceramente ci capisco sempre meno.

E allora?

Il carissimo prof. Panizon ricorderà il Suo "editoriale" a titolo "Pediatria, dove vai?".

Leggere, frequentare i congressi non basta. Quale la "ricetta"?

Nicola Fuiano, San Severo (FG)

Dove il difetto? Non è un difetto immediatamente correggibile; forse è del tutto incorreggibile; forse non è neanche un difetto.

Viviamo in un'epoca straordinaria, caratterizzata da un enorme consumo d'energia e da un'enorme trasformazione dell'energia in informazione.

La Terra è zeppa di essere umani; e ciascun essere umano è frutto d'informazione, centro di raccolta e diffusione dell'informazione.

Gli strumenti che l'uomo ha elaborato e implementato per raccogliere e diffondere le informazioni hanno a loro volta preso possesso dell'uomo. La mente dell'uomo non è mai stata indipendente (è impossibile un uomo senza gli altri uomini), ma una volta ciascuno nuotava entro una corrente di pensiero condiviso, mentre oggi nuotiamo in un mare ribollente.

Non so immaginare il nostro avvenire; e nemmeno l'avvenire del nostro mestiere di medici; e nemmeno quello dell'informazio-

ne. Percepisco solo che siamo in un momento "catastrofico". Per restare nelle metafore nautiche, sulla cima di un'onda che sta per frangersi.

Quanto a noi, sulla cima di un'onda, ci parliamo per farci coraggio.

F.P.

SEEDS for SIDS

Ho appena letto l'ultimo numero di gennaio 1998 di *Medico e Bambino* e, come sempre, vi ho trovato spunti di riflessione, di stimolo e di confronto.

In qualità di responsabile del Centro di Riferimento Regionale per la SIDS della Regione Piemonte e membro del Consiglio Direttivo del Gruppo di Studio per la SIDS della SIP, desidero però sottolineare alcuni aspetti che ritengo importanti.

Sarebbe stato e sarebbe auspicabile, come è sottolineato nell'editoriale, che la SIP si impegnasse in questo campo, ma sappiamo bene che il problema SIDS è stato considerato (non da *Medico e Bambino*) quasi come un problema di scarsa rilevanza e non nella sua drammatica realtà: la prima causa di morte nel primo anno di vita dopo l'età neonatale e l'ottava sotto i sessantacinque anni di vita¹.

Alle riunioni del Gruppo di Studio per la SIDS, indette durante i congressi nazionali SIP, purtroppo ci siamo sempre ritrovati in un numero sparuto di partecipanti. Penso che ben pochi sappiano che esiste una associazione di genitori operante a livello mondiale, europeo e italiano (SEEDS for SIDS), ai cui vertici è stato eletto il dottor Pietro Sebastiani, che ci ha aiutato nel nostro operato.

Solo nel 1994 è stata inserita dall'ISTAT la codifica per la SIDS, ma comunque i dati raccolti non permettono di valutare in modo oggettivo l'incidenza della SIDS se non viene praticato un riscontro autoptico "completo", condotto in modo scientifico^{2,3} standardizzato in tutto il territorio nazionale, in quanto solo la metà delle morti improvvise sono "definibili" come SIDS⁴.

Nei lavori italiani più recenti^{5,7} solo quelli condotti a Trieste e Torino presentano una rilevanza autoptica totale, ma non completa, che permetterebbe di formulare delle diagnosi precise in alcuni casi di morte improvvisa⁸. Le differenze di incidenza riscontrate (0,2-0,7 per mille nati vivi) riflettono forse situazioni locali, ma senza un dato "reale" credo sia difficile essere ascoltati e ottenere un programma specifico nazionale come è avvenuto in Francia nel 1988, seguito da una campagna "Back to sleep" nel 1995.

Questo non deve certo farci desistere dai nostri obiettivi, e deve farci almeno rea-

listicamente puntare sulla sensibilità dei nostri assessori regionali alla Sanità.

In Piemonte, sebbene in questi anni si siano avvicinati assessori di forze politiche diverse, è stato possibile avviare un progetto regionale "alla francese" per la SIDS, nell'ambito del piano sanitario materno-infantile⁹, e abbiamo potuto attuare, nel 1995, la campagna di prevenzione non solo con la diffusione in tutti i punti nascita, consultori ecc. dell'opuscolo *Nanna sicura*¹⁰, ma anche con il coinvolgimento di "media" come *La Stampa*¹¹, *Repubblica* (edizione di Torino), RAI 3 nel telegiornale regionale, e alcune televisioni locali.

Questo "fare" ha permesso ai colleghi fiorentini a loro volta di "premere" sull'assessorato alla Sanità della regione Toscana e pubblicare *Per loro è meglio*, illustrato da Sergio Staino. Pertanto non posso concordare con alcune vostre affermazioni, anche se "tutto questo fare" forse è probabilmente eccessivo e basterebbe che in ognuno di noi fosse ben presente e viva quella "obbligatorietà morale" di sapere e informare a cui si fa cenno nell'editoriale.

Lo scollamento tra l'informazione utile e l'informazione ricevuta è una realtà: come ben sapete, molti "vissuti", dalla relazione di coppia a quella sociale, alla base presentano un problema di "comunicazione" verbale e non verbale che condiziona o altera il "significato vero" del messaggio.

Il mio "fare" di questi anni e non "senza spesa" ancor oggi si confronta, seppur in casi sempre più rari, con realtà nell'ambito regionale in cui il messaggio non è passato: è difficile raggiungere tutti e modificare un comportamento che è stato abitudinario per anni nei genitori, nei pediatri e in tutti coloro che si trovano coinvolti nel problema SIDS.

Pertanto, anche se forse non potremo mai eliminare le morti improvvise e impreviste nell'infanzia, possiamo almeno sperare, con il comune impegno, con l'approfondimento delle condizioni trattabili, con le strategie di prevenzione, oltre che con i possibili nuovi risultati della ricerca scientifica, di portare questa diagnosi di esclusione all'incidenza minima possibile.

GianCarlo Gallone
Ospedale Regina Margherita, Torino
Centro di Riferimento Regionale per la SIDS
Piazza Polonia 94, 10126 Torino
tel 011- 3135250

Bibliografia

- Centers for Disease Control: Infant Mortality and Years of potential life lost before ages 65 and 85, United States 1989. *MMWR* 41, 81-5, 313-5, 1992.
- Quanto devono essere completi gli accertamenti in caso di SIDS? *Riv Ital Pediatr (IJP)* 22 (Suppl. al n. 4), 251, 1996.

3. Morte improvvisa del lattante. Editoriale. *Mi-nerva Pediatrica* 48/7-8, 291, 1996.
4. Incidenza della SIDS nella provincia di Firenze negli anni 1985-1989. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 19, 510, 1993.
5. Causa di mortalità infantile nella provincia di Trieste dal 1980 al 1993. In: Donzelli GP, Piumelli R (eds): *Atti del I Convegno Nazionale SIDS-Morte improvvisa del lattante - Istituzioni, cultura e comunità*. Firenze, 25/26 febbraio 1994, p. 208.

6. Mortalità per SIDS in Torino nel periodo 1990-94. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 21 (Suppl. al n. 4), 172, 1995.
7. "Early SIDS" da deficit di ossidazione mitocondriale degli acidi grassi a catena lunga (difetto di VLCAD). *Riv Ital Pediatr (IJP)* 23, 203, 1997.
8. Non natural death masquerading as SIDS. *Am J Forensic Med Pathol* 9, 105, 1988.
9. Il Centro di riferimento regionale per la SIDS della regione Piemonte. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 22

(Suppl. al n. 4), 251, 1996.
10. *Nanna sicura*, a cura della regione Piemonte, Assessorato alla Sanità. Educazione Sanitaria. Collana Costo 0, Novembre 1995.
11. Morte in culla: più a rischio i maschietti. *Tutto Scienze, La Stampa*, 3 agosto 1994.

Non posso che essere contento di queste iniziative, anzi di queste realtà che, in effet-

X Congresso Nazionale Associazione Culturale Pediatri

BAMBINI SENZA MEDICINE

23-25 ottobre 1998

Taormina (ME)- Palazzo dei Congressi

L'ACP intende il suo Congresso annuale come un momento di riflessione sul ruolo e la cultura del pediatra nella società che cambia, e come luogo di incontro e confronto tra i gruppi locali. Si fa il punto di progetti e iniziative nate uno o due anni prima e vengono formulate nuove proposte. Si discute di politica sanitaria, di rapporti con altri operatori e con gli utenti, e naturalmente ci si aggiorna. Quest'anno i temi portanti sono l'evidenza in pediatria (quanti dei nostri atti quotidiani sono poggiati su una solida base scientifica?); il contributo che può venire alla salute del bambino dalle politiche sociali e culturali dei Comuni; la collaborazione con i neuropsichiatri; i modelli ideali di cure per il bambino. Si discute di come può essere costruito un rapporto con l'industria fattivo e trasparente a garanzia dell'utenza. Si affrontano anche alcune frontiere della pediatria quali la neuropsicologia applicata ai disturbi dell'apprendimento, e la genetica dei virus dell'epatite. Si presentano le ricerche in pediatria di base.

Poche medicine? Altre medicine? Senza medicine?

È un Congresso per scelta aperto, in cui si discute molto in un clima che non ha nulla di accademico, e in cui non mancano le occasioni di piacevole convivialità. Non c'è dubbio che la cornice di quest'anno sarà abbastanza eccezionale. Dunque, ti aspettiamo!

Venerdì 23 ottobre

- 9.30-10.30 Lettura: giocosa terapia (P. Boero, Genova)
10.30-11 Pillole di medicina basata sull'evidenza (G.C. Biasini, Cesena):
1. Prevenzione (D. Baronciani, Lecco)
11-13 Pediatri e neuropsichiatri infantili: percorsi comuni nel campo della diagnosi precoce e della prevenzione (N. D'Andrea, Matera; G. Levi, Roma; F. Calamoneri, Messina; F. Ciotti, Cesena; S. Conti Nibali, Messina)
13-13.30 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "L'obesità nella pratica ambulatoriale" (A. Nova, E. Sala, Monza)
15.30-16 10 passi per: una buona perineonatalogia (G. Rapisardi, Firenze)
16-16.45 Può la formazione modificare la pratica dell'allattamento al seno? (A. Cattaneo, Sofia Quintero, Trieste)
16.45-17.15 Pillole di medicina basata sull'evidenza (G.C. Biasini, Cesena):
2. Diagnosi (R. Buzzetti, Bergamo)
17.15-17.45 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "La prescrizione di farmaci in pediatria di base" (T. Cazzato, Taranto)
17.45-18.30 Sistema di pediatri sentinella: stato dell'arte e proposte per il futuro (M. Marin, Milano; M. Gangemi, Verona)
18.30-19 10 passi per: un buon ospedale (N. D'Andrea, Matera)

Sabato 24 ottobre

- 9-9.30 Pillole di medicina basata sull'evidenza (G.C. Biasini, Cesena):
3. Terapia (P. Mastroiacovo, Roma)
9.30-10 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "Attitudine, pratica e conoscenze dei pediatri di famiglia e dei medici vaccinatori sulla vaccinazione antimorbillosa nella provincia di Messina" (MF. Siracusano, Messina)
10-11.30 Per un codice di comportamento dell'ACP nei rapporti tra medico e industria farmaceutica (G. Tamburlini, Trieste; F. Panizon, Trieste; M. Bonati, Milano)
11.30-12 10 passi per: un buon pediatra di base (V. Calia, Roma)

- 12-13 Bambini in ospedale: perché, come e quando (Gruppo di ricerca ospedaliero ACP)
13-13.30 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "Indagine sul comportamento diagnostico terapeutico del pediatra di famiglia di fronte al bambino con enuresi notturna" (P. Lubrano, Udine)
15.30-16 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "Le richieste di consulenze specialistiche da parte del pediatra di famiglia" (L. Brivio, R. Cazzaniga, Milano)
16-17 Implicazioni cliniche della variabilità genomica dei virus epatitici nel bambino e nell'adulto (G. Raimondo, Messina)
17-19 Assemblea

Domenica 25 ottobre

- 9.30-10.30 I disturbi dello sviluppo come disturbi multistadio (G. Levi, Roma)
10.30-12.30 Progetti per l'infanzia: dal dire al fare ... (P. Alcaro, Soverato; E. Bianco, Catania; AM. Colella, Torino; G. Giunta, Messina)
12.30-13.15 Ipotesi di uno studio nazionale di coorte sui bisogni speciali (Gruppo di ricerca delle cure primarie ACP)

Segreteria Organizzativa

ACP dello Stretto

Per iscrizione e prenotazione alberghiera:

Mediterranea Meetings

P.zza Catalani 6, 98122 Messina
tel. 090/711109; fax 090/711164; e-mail: medmeet@tin.it
C/C n. 12191-00 ABI 2008 CAB16500 presso Credito Italiano, Piazza Cairoli - Messina

Per agevolazioni sui voli:

Lisciotta Viaggi

tel. 090/719001; fax 090/714111; e-mail: lsctf@mbox.vol.it

ti, e forse colposamente, non conoscevo. Colposamente? No: nessuno, in Italia, conosce quello che fa il vicino; e da giornalista sono anche contento che l'iniziativa editoriale di Medico e Bambino serva quanto meno a promuovere questa conoscenza reciproca di attività, che non possono che essere concordi e che dovrebbero, prima o poi, in un'Italia delle Regioni, farsi tessuto connettivo dell'intero Paese (così come in un'Europa delle Patrie; che sembra un po' più difficile, visto che le campagne sulla SIDS di Francia e di Inghilterra hanno impiegato tanti anni a varcare la Manica e le Alpi).

Contento, dunque, con una sola non irrilevante "scontentezza": che anche nell'opuscolo della Regione Piemonte da Lei gentilmente inviatici la posizione sul fianco venga ancora raccomandata. Le statistiche recenti ci dicono che è una posizione sbagliata (gravata, per la precisione, di un rischio doppio di morte rispetto alla posizione supina; vedi Arch Pédiatr 4, 96, 1997). È vero che è stata raccomandata dalla American Academy of Pediatrics; ma solo in base a un "buon senso" un po' vischioso, o meglio, ad una "inerzia mentale" dalla quale i nostri amici di oltre Atlantico non sono naturalmente immuni. In realtà, dietro a quei consigli, non stava nessuna ricerca, nessuna osservazione scientifica (così come non ce ne stava nessuna dietro i consigli, sempre statunitensi, degli anni '70 in favore della posizione prona). Se le "raccomandazioni ufficiali" non si basano su dati scientifici certi, può anche finire che facciano più male che bene; sicuramente perdono di forza, diventano "opinioni che cambiano". Anche, ma non solo per questo motivo, ritengo che gli "statement" regionali, senz'altro encomiabili e senz'altro meritevoli di essere conosciuti (anche perché il sapere che altri hanno fatto spinge ciascuno di noi a fare), finiscono per avere una forza molto minore che non un'iniziativa a carattere nazionale.

Io credo che in direzione di quest'ultima dovremmo muoverci, come ci siamo mossi tanti anni fa in favore della legge sul casco: forse con una raccolta di firme, o più semplicemente e meno pomposamente con l'invio (cosa che Medico e Bambino farà senz'altro, da subito, e che penso potrebbero fare la SIP e la ACP, ai cui direttivi Medico e Bambino invierà una raccomandazione ad hoc, e anche la SEEDS for SIDS, e le Regioni che già si sono attivate) di un invito "a muoversi" rivolto all'Istituto Superiore di Sanità, a cui compete, io credo, proprio il compito di iniziative a dimensione nazionale. Io invito tutti quelli che sono già mobilitati a una mobilitazione più generale, mettendo a disposizione, se lo credete, Medico e Bambino come luogo di aggregazione.

F.P.

SIDS for pedibas

Faccio parte di quella serie di pediatri che, seguendo le indicazioni del 1992 della American Academy of Pediatrics, consigliavano ai genitori di tenere il neonato sul fianco o in posizione supina (anche se, a dire il vero, mi arrabbiavo con loro se il piccolo dormiva solamente bocconi). Ora che anche la posizione sul fianco è stata bandita, sono sicuramente più incisivo e determinato nel far passare il concetto "back to sleep".

La cosa però che mi ribolle, e più leggo lettere o editoriali di *Medico e Bambino* e più mi peggiora l'ulcera, è questa polemica a volte esplicita e a volte strisciante sulla "maledetta" pediatria di famiglia strapagata, incompetente, menefreghista, nullafacente e così via.

L'articolo dei colleghi calabresi sullo studio della SIDS, risalente a più di 2 anni addietro, parla da solo, ed evidenzia sicuramente delle carenze e dei falsi convincimenti della "pediatria italiana" (dallo studio si evince che troppi pediatri hanno la presunzione di non concordare con le raccomandazioni dell'AAP).

Anche l'editoriale, con più fermezza, ribadisce queste lacune, ma poi (nel *post scriptum*) cade nel solito "tiro al piccione" contro la pediatria di famiglia italiana, che "ha un ruolo sociale stabilito per contratto" e che mostra di uscire malconcia dal confronto con dati statunitensi di comportamento negli asili nido (non gestiti certo da pediatri).

Ma quando si entra nel nido di un punto nascita, perché i neonati sono tutti a pancia in giù? È vero che la SIDS colpisce sopra il mese di vita, ma abituare il neonato fin dalla nascita ad assumere la posizione supina significa educare da subito anche il genitore.

L'incompetente pediatra di famiglia spesso vede il piccolo per la prima volta dopo 15 giorni di vita, e cambiargli un'abitudine già presa crea talvolta delle difficoltà.

Penso che tutti i pediatri italiani (ospedalieri, universitari, consultoriali, di comunità e "a pago") svolgano un ruolo sociale, non solo quelli di famiglia (a cui il ruolo sociale naturalmente viene pagato fior di quattrini mentre agli altri... "ciccìa"), pertanto l'opera di diffusione del concetto "back to sleep" deve essere svolta a tutti i livelli.

Dite che circa la metà dei pediatri (di famiglia?) italiani è abbonata a *Medico e Bambino*, ma da come vengono spesso trattati sul vostro giornale in lettere, risposte ed editoriali, ho l'impressione che la loro presenza non sia gradita. È vero che con la critica e con la discussione si ha una maggiore crescita e maturazione, però

francamente non capisco l'astio e il sarcasmo che in alcuni di voi serpeggia.

Mi viene in mente quel figliolo che viene tirato su dal babbo a suon di scappellotti, pochi sorrisi e tanti rimproveri; di fronte a tutti quel babbo non perde l'occasione di sottolineare quanto il ragazzo sbaglia. Ma lui imperterrito cerca di dare il meglio, di fare di più con meno, di crescere ma poi... è sempre l'albero che cade quello che fa più rumore, non certo i 100 che crescono.

Scusate il disturbo e lo sfogo.

P.S. Un piccolo *post scriptum* me lo dovette concedere; chiedo: quanti pediatri di famiglia conoscono il contratto di lavoro dei colleghi ospedalieri, dei comunitari, degli universitari? Come mai i nostri accordi collettivi nazionali sono così famosi e conosciuti da tutti, mentre io non ho certo né la voglia né tanto meno il tempo di cercare di conoscere quello degli altri?

P.P.S. Vogliamoci bene.

Giovanni Bonini, Pistoia

Touché. Ma solo di striscio.

Una parte di me sapeva, mentre l'altra parte scriveva le ultime righe dell'editoriale contestato (le uniche in cui si faceva un cenno - doveroso! o no? - alle potenzialità, al ruolo civile e ai compiti istituzionali della pediatria di base) che qualcuno avrebbe protestato in nome della categoria, riaccondendo (strumentalmente?) una polemica che era serpeggiata per il Paese lo scorso anno. Mi scuso in anticipo se risponderò con lo stesso calore polemico; e mi permetto di raccomandare, ancor prima di leggere la mia risposta, di rileggere (serenamente!) l'editoriale.

Primo. *Pediatri, in Italia, siamo 13.000. Possiamo pensare di essere tutti tutti buoni e bravi? perfetti? non migliorabili? Non credo. È o non è compito di ciascuno cercare di migliorare se stesso? la propria qualità professionale? la salute attorno a se stesso? il reparto in cui lavora? la sua Facoltà? la sua categoria? il suo Paese? E si può farlo senza individuare i punti deboli? intervenire efficacemente senza pungere? solo accarezzando?*

Ho già detto un'altra volta che tutto mi sento di fare meno che "suonare il piffero alla rivoluzione" o, se preferite, "suonare il piffero alla pediatria di libera scelta"; dire che siamo tutti buoni e perfetti.

Secondo. *Ho detto "siamo". Perché, se bene continuamente rimproverato perché mi permetto di rimproverare, sono anch'io uno di noi; o uno di voi, come preferite. Uno dei tredicimila pediatri, che non riesco a dividere in categorie (e neanche in buoni e cattivi, perché siamo tutti una miscela di tutto). E come "rimprovero" i pediatri di famiglia perché (nel caso della SIDS) non assumono un atteggiamento sufficientemente*

prescrittivo, così rimprovero (ho rimproverato) me stesso e Medico e Bambino per essere stati dei divulgatori deboli di verità forti. In realtà non di rimproveri, ma di constatazioni e di richiami, si è trattato in entrambi i casi. E nello stesso tempo penso che, anche da reazioni, sostanzialmente positive, come la Sua e come quella del dottor Gallone (vedi lettera precedente), essere stato un po' provocativo possa avere un migliore effetto che non essere stato blandamente e asetticamente informativo.

Terzo. Verissimo: i bambini dei nidi stanno a pancia in giù. L'ho visto coi miei occhi l'altro giorno nel nido del mio ospedale. Quale maggiore evidenza del fatto che c'è bisogno - come mi permettevo di dire - di una campagna nazionale? Bersaglio principale della mia piccola e superficiale requisitoria (rileggere, prego) erano i "poteri forti", la SIP, l'Istituto Superiore di Sanità, e lo stesso quarto potere della stampa-informazione-formazione medica, nel quale - orgogliosamente e con contrizione - metto anche Medico e Bambino.

Quarto. E allora? continueremo a dare sempre la responsabilità agli altri? o a difendere ciascuno la propria categoria? E io, a che categoria appartengo? a quella generale dei pediatri? o a quella dei Professori Universitari? o a quella dei Dirigenti di II livello? oppure alla categoria dei medici? o degli italiani? Chi debbo difendere? e chi posso richiamare al proprio dovere civile?

Quinto. I contratti di categoria. Nessun contratto nazionale è senza rilevanza ai fini della vita stessa del Paese, della sua economia, della sua ecologia, della sua etica.

Non esiste, evidentemente, un contratto dei Pediatri Universitari, ma esiste un contratto per tutti i docenti universitari, compresi i filosofi, i matematici, gli economisti, i linguisti. Non c'è dubbio che il contratto della docenza universitaria, come tutto ciò che riguarda l'educazione, interessi tutti i cittadini. Se ne dovrebbe parlare di più; forse non tanto o non solo nell'ambito specialistico (intendo "medico"). Delle nuove prospettive riguardanti nello specifico la Facoltà di Medicina, ci occupiamo già in questo e anche nei prossimi numeri.

Esiste un contratto per i medici ospedalieri, a suo tempo debitamente pubblicizzato, non esente da critiche né da contestazioni, di cui alcuni aspetti, in particolare quelli che riguardano la libera professione, possono essere di rilevanza non marginale per la deontologia, per la salute e per l'assetto del Paese.

Esiste tutto il problema del finanziamento degli Ospedali, della Medicina pubblica, di cui anche Medico e Bambino ha ritenuto di doversi occupare, proprio perché di rilevanza generale.

Ma l'unico contratto nazionale che riguarda specificamente la pediatria è quello

dei pediatri di libera scelta, che costituiscono peraltro la categoria più numerosa, e quella su cui poggia, assieme a quella dei medici di Medicina Generale, la scommessa, non irrilevante né per la categoria né per il Paese, di spostare l'attenzione dal versante ospedaliero a quello delle cure primarie. Non deve interessare nessuno se non gli appartenenti alla categoria? A me sembra che la categoria meriti qualcosa di più.

Sesto. Presenza dei pediatri di famiglia "non gradita"? Si potrebbe dire una sciocchezza maggiore? Medico e Bambino vuole essere una rivista per tutta la pediatria italiana, ma il suo campo specifico dichiarato è la pediatria ambulatoriale, quindi il suo "target", come si dice in economiche, è il pediatra di libera scelta; che è anche l'ispiratore, come Lei; il corrispondente, come Lei; l'amico, come spero si consideri, nella polemica, anche Lei. Senza di voi Medico e Bambino è morto.

Io ho pochi carissimi amici di tutti i giorni; ma moltissimi se considero i carissimi medici per i quali scrivo, coi quali mi incontro, che abbraccio con calore, una, due, tre, quattro volte all'anno. Mia moglie piange sempre per come tratto i pochissimi amici di tutti i giorni, per come grido, per come litigo, per il calore col quale polemizzo; e mi predice continuamente che li perderò. Io le dico sempre che un amico col quale non si possa litigare non è un amico.

Medico e Bambino resterà senza lettori? sarà colpa mia? la sentirò come una colpa mortale. Ma non suonerò mai il piffero alla categoria.

P.S. Legga un po' l'editoriale di questo numero; e veda un po' se può confermare la Sua impressione che Medico e Bambino sia "antipatico" solo con i pedibas. Forse siamo troppo "antipatici" con tutti per sopravvivere. Ci affidiamo, proprio, in fondo al cuore, una volta per tutte, al nostro-vostro senso dell'amicizia.

F.P.

Pedibas, ancora pedibas

Anch'io vorrei dire la mia sulla pediatria di base. Personalmente condivido il senso di disagio che traspare dalla lettera del dottor D'Errico (*Medico e Bambino* 1/98) sulle difficoltà, i bisogni e i compiti della pediatria di base; disagio che, nel mio caso, è anche condito da un pizzico di invidia e di ammirazione verso i colleghi che, come il dottor Nuzzo e il dottor Reggiani, riescono a organizzare un'attività professionale giornaliera così ricca e stimolante. Ritengo che quello sia un ottimo obiettivo cui tendere, una meta da cercare di raggiungere.

Alla stregua di Raffaele D'Errico, però, sento l'impellenza di problemi "urgenti",

più spiccioli e banali, che mi soffocano nella routine quotidiana; problemi così spiccioli e banali da non trovare posto in genere nelle trattazioni, nei dibattiti, nei congressi (per non parlare poi dei libri o dei corsi universitari), ma che sono vissuti con un'ansia notevole dai genitori, e di riflesso anche da noi, che ci sentiamo incalzati perché la febbre deve passare e deve passare subito, la tosse deve passare e possibilmente in fretta... sennò c'è sempre l'incubo che arrivi lui, l'altro, quello che le medicine (e quelle "giuste") le prescrive.

E allora è una corsa allo sciroppo, al mucolitico, al FANS, all'antibiotico; e allora non c'è quasi o più distinzione tra una patologia virale o una complicanza batterica; e allora si rincorre il "ricostituente" (in "Domande e Risposte" di uno degli ultimi numeri di *Medico e Bambino* una cosiddetta risposta affermava "ma davvero tutti non servono?") ecc.

Prof. Panizon, ricorda il suo ABC e tutte le sue polemiche? Io penso invece che proprio da quello occorra ripartire e avviare una seria e umile riflessione; scopriremmo così che ognuno di noi ha un diverso modo di intendere una faringo-tonsillite, e che ci sono decine di approcci diversi a una faringo-tonsillite; per non parlare degli atteggiamenti diagnostici e terapeutici nei confronti di un'infezione respiratoria superiore (ma perché al 2°, massimo 3° giorno di raffreddore e febbre, si usa l'antibiotico, per quale regola non scritta?); o come regolarsi sull'ecografia dell'anca (una volta era una e si discuteva se fosse giusto farla, oggi se ne fanno due o tre per ogni bambino e si fanno regolarmente una o due eco per le vie urinarie); o la SIDS; o la gestione del contatto telefonico; o...

Io credo che qualcosa si possa fare per migliorare questa situazione, ma occorre l'impegno di tutti, l'impegno vostro, della rivista, che venga quasi a sostituire quelle carenze di preparazione universitaria che ci portiamo dietro su questi temi banali ma quotidiani, dando il rilievo dovuto alla trattazione esauriente di queste "banalità", dandoci percezione di quale trattamento è dovuto, quale inutile, quale pericoloso, quale eticamente sconsigliabile; e l'impegno nostro a riflettere seriamente e con umiltà (meglio se in piccoli gruppi) su queste indicazioni (vogliamo chiamarle linee-guida?) che ci verrebbero proposte. Solo così, poco per volta, si potrà cominciare a conoscere e pensare più in grande.

Vi rinnovo la mia stima e attenzione.

Rosario Cavallo
Salice Salentino (LE)

Per tutto questo non ho nessuna risposta pronta; e una volta tanto credo si debba da-

re (un po' di tempo al tempo. Per fare ordine nelle idee, per fare un appello, per elaborare un piano d'azione realistico.

Si percepisce facilmente dalla Sua lettera e da quelle dei Suoi colleghi ai quali fa riferimento, e ancor più dal bellissimo (così è parso a noi) articolo del dottor Calia su questo numero (che in qualche modo le riasume), il progressivo e rapido maturare di una consapevolezza e di un bisogno di responsabilità che segna, o potrebbe segnare, un momento di passaggio importante.

La percezione di un bisogno non ne comporta immediatamente "la soluzione". E anzi penso che siamo lontani da una "soluzione". Siamo in tanti, e diversi, e ciascuno ha interiorizzato (e come potrebbe essere diversamente?) gli interessi della sua categoria, che coincidono almeno in parte coi suoi propri interessi; e mancano le persone in grado di fare un patto tra le parti al di sopra delle parti, e di farlo rispettare; e manca il disegno da sottoscrivere; anche se lo si intravede e se ce ne sono già esempi locali (la pediatria di gruppo, la pediatria coordinata nel distretto, il dipartimento materno-infantile tante volte nominato invano, il rapporto organico ospedale-territorio).

Io, per ora, sono già contento che se ne parli. Ma nello stesso tempo sento che il tempo del passaggio è vicino; e anche che è un momento da non lasciar passare. Penso che sia una sfida degna per tutti; per i pediatri di tutte le categorie, per le Società, per le Associazioni, per le Federazioni, per le Categorie.

F.P.

Mammismo italiano

A proposito del cosiddetto "mammismo italiano", gradirei sapere il vostro giudizio e, se è possibile, fare un confronto con gli altri Paesi europei.

Potreste farne un argomento di discussione ampia su *Medico e Bambino*?

Francesco Alibrandi
Feltre (Belluno)

Temo che *Medico e Bambino* non abbia le competenze per affrontare un tema così largo e certamente importante. Probabilmente, come per tutti i temi larghi e importanti mancano anche le "vere" competenze; e c'è il rischio di rivolgerci a tuttologi della psicologia e della pedagogia. Tuttologo per tuttologo, le dirò, intanto, la mia opinione, che vale quel che vale, come quella di tutti i tuttologi.

Sì, credo che il mammismo sia un fenomeno abbastanza specifico del nostro Paese, almeno all'interno della civiltà occidentale, ma credo anche che ci siano di-

sgrazie peggiori, come quella dell'anti-mammismo. Il mammismo è una delle espressioni del familismo, sul quale è strutturata profondamente la nostra società: il ragazzo che resta in famiglia fino a trent'anni; il mestiere che si trasmette di padre in figlio; la Fiat e le altre Grandi Famiglie, tipo Ferruzzi-Gardini, forse la stessa Mafia. È una cosa molto antica: ci viene da Roma, dove il potere coincideva con la gens di appartenenza, e dove si onoravano i Lari e i Penati; dall'Italia dei comuni, Cerchi e Donati, Montecchi e Capuleti; dall'Italia contadina, dove il lavoro era organizzato nella cascina e nella masseria, sotto l'autorità riconosciuta della massaia o della rez'dora. Il mammismo ha dentro di sé quella componente di indulgenza, verso se stessi e gli altri, di femminilità, di confidenza che, come dicevo, non è in sé una caratteristica negativa (è, come sempre, una questione di quantità). Produce forse degli adolescenti un po' fiacchi (ma non consideriamo forse la violenza come uno dei fantasmi cupi del nostro secolo?), un po' insicuri.

Insomma, con buona pace di Bossi, io sono contento di vivere in Italia; e credo che questo sia dovuto almeno in parte a questo carattere "non tedesco", "non calvinista", "femminilista", "buonista", "familista" e anche un poco poco mafioso che è contenuto nel mammismo. Penso che ogni eccesso meriti di essere corretto, e spero che col tempo (ma quante cose dovranno cambiare) anche gli italiani diventeranno meno mammoni, più intraprendenti, più civili, più rigorosi, più coraggiosi. Ma penso anche che non si possa volere la botte piena e la moglie ubriaca; e, sempre con buona pace di Bossi, preferisco essere un po' napoletano (che non sono) che essere un po' tedesco (che forse un po' sono). Con tutto il rispetto sia per i napoletani che per i tedeschi.

F.P.

ERRATA CORRIGE

Nel numero di gennaio la dermatite aspecifica (nella didascalia di pag. 46, Figura 5) è in realtà una dermatite erpetiforme, come tutti avranno capito.

Nel numero di febbraio abbiamo anche commesso alcuni errori, di cui ci scusiamo con i lettori e con gli interessati:

- la dott.ssa Ilaria Merisi (pag. 40), si chiama in realtà Ilaria Merusi;
- la prevalenza dell'antitireoglobulina nei soggetti celiaci (Figura 1, pag. 32), che risultava del 36%, è in realtà del 3,6%; questo errore appare particolarmente vistoso nella rappresentazione grafica dei dati.

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore. Tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, che pubblica prevalentemente articoli sulla pediatria ambulatoriale e generalistica, per lo più di aggiornamento, ma anche su esperienze personali o di gruppo, o di riflessione, o di casistica ("Perché si sbaglia", "Rubrica iconografica" "Oltre lo specchio"), o di politica sanitaria, sono sicuramente molto graditi.

□ Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice:

**Medico e Bambino, via S. Caterina 3,
34122 Trieste. Tel 040 / 3728911
Fax 040 / 7606590**

È possibile l'invio anche per e-mail:
redazione@medicobambino.com

□ Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura), oltre le illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni). Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. La bibliografia va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta, poiché spesso perdono leggibilità se inviate in rete.

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore. Le lettere saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. Per le lettere è opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario, senza modificare la sostanza del contenuto.