

RICERCA IN PEDIATRIA DI BASE

Il "Focus" di questo numero riguarda un tema abbastanza nuovo, quello delle febbri ricorrenti, trattato, ci sembra, in maniera non banale. All'interno del "Focus", anzi, a sostegno del "Focus", c'è una ricerca fatta dai pediatri di base di una piccola Regione, che hanno saputo raccogliere il numero di casi più alto di PFAPA (*Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, and Adenitis*) della letteratura internazionale. La prova che si può fare ricerca sul campo, che si può lavorare assieme; a cui si può aggiungere la percezione (senza prove) che ricercando si impara. Anzi, che ricercare sul proprio mestiere (Audit) e nel proprio mestiere (studio di coorti, studio di procedure, storia naturale, sperimentazioni controllate) è il vero modo di formarsi. Nell'ultimo Congresso Nazionale ACP c'è stato forse un malinteso sul discorso del formarsi facendo o il formarsi parlando (e ascoltando). Ma la ricerca potrebbe essere il modo (non l'unico ma certamente da privilegiare) per ottenere gli ormai famosi "crediti formativi". Formarsi facendo e facendo ricerca e facendola in gruppo: è un vecchio tema forse utopico, forse non per tutti (ma perché no?), al quale siamo affezionati; che ha avuto il battesimo proprio su *Medico e Bambino* con la ricerca dei PdF sulle infezioni respiratorie ricorrenti. *Medico e Bambino* mette a disposizione di questa ricerca la sua piccola, ma non piccolissima, palestra delle pagine elettroniche, e ripete a tutti i pediatri d'Italia il suo invito a pubblicare, a essere protagonisti.

M&B

ELETTRISMOG O ECOSMOG?

Sul numero del 14 marzo di *la Repubblica* un articolo dal titolo "Nel Paese dove l'elettrosmog uccide", con l'occhiello "Numeri da incubo, 8 casi in 12 anni, in quella zona il pericolo è 6 volte maggiore che a Roma", riportava dei dati, epidemiologicamente irrilevanti, sull'incidenza di leucemia sotto le antenne vaticane. La perla più grossa riguardava proprio quel "6 volte maggiore", che si riferiva a 1 caso di leucemia in una zona in cui la frequenza attesa era di 0,18; come se davvero i bambini potessero ammalarsi di leucemia a porzioni di 0,18 per volta: una gamba, un braccio, la schiena.

Nel numero del 17 marzo *la Stampa* titolava "Spegnete le antenne o taglio l'elettricità": ordine del Ministro Bordon. L'affare, da allora, si è dilatato in un crescendo pre-elettorale; ma lo stesso Bordon, pochi giorni prima, si era dichiarato soddisfatto del fumo senza arrosto (ovvero del preannunciato buco nell'acqua) del G8 ambiente che, a Trieste, aveva deciso di rimandare di altri due anni le decisioni che già da dieci anni si rimandano da una città all'altra, da Roma a Vienna, da Vienna a Rio, da Rio a Kyoto, da Kyoto a Trieste, sul vecchissimo, verissimo e pesantissimo tema delle emissioni di gas serra, che hanno già prodotto un quasi raddoppio del contenuto della CO₂ nell'atmosfera (una bazzecola), un aumento di 0,7 gradi nella temperatura media della crosta terrestre, una moltiplicazione fino a dieci volte dei casi di malaria in alcune regioni, un raddoppio dei casi di dengue e, probabilmente, nel giro di pochi anni, qualche centinaio di milioni di affamati in più.

Dal canto suo *Medico e Bambino* ha assunto una posizione che qualcuno ha considerato ambigua, e che viceversa sembra a me abbastanza coerente. Occupiamoci delle cose serie, delle cose provate; e lasciamo che le farfalle svolazzino sotto l'arco di Tito. Il problema ecologico non solo esiste, ma è un problema forte, di salute e quasi di sopravvivenza, di giustizia, ovvero di sopraffazione, un problema da cui dipende non solo la qualità della vita (per noi ricchi) ma anche la fame e la morte (per i poveri del mondo), un problema del quale bisogna occuparsi. Occuparsi, invece, di ciò che non solo non è dimostrato, ma che non può essere se non di piccolo peso, è addirittura colpevole.

Nell'editoriale di gennaio abbiamo osato scherzare sull'uranio impoverito, che è una porcheria inquinante, e che ha dietro a sé la tragedia della guerra, ma che come oncogeno "non ci azzecca"; oggi lo studio di Mandelli conferma che tra i reduci del Kosovo non c'è un eccesso di neoplasie, ma semmai un difetto: il numero riscontrato, di 28, è metà dell'atteso 53; anche se, all'interno di questo numero, le 2 leucemie acute e i 9 Hodgkin sono in (non significativo) eccesso. Nelle "Lettere" dello stesso numero di gennaio abbiamo osato considerare circa fantasiosi gli effetti dell'elettrosmog; oggi, in quella stessa rubrica, pubblichiamo una lettera con 1500 firme insospettabili che lo ribadisce. Domani quegli effetti non saranno più fantasiosi? Domani Bordon, se fosse ancora Ministro, farebbe bene a tagliare i fili: ma non può trascurare, oggi, e probabilmente neanche domani, che questo allarme è stato lanciato trent'anni fa, e che in trenta anni non si è trovata, su questo tema, materia misurabile.

Nel frattempo, lui e noi dovremmo avere in testa altri numeri (vedi, ancora, *Medico e Bambino* del dicembre 2000): si è calcolato (dai fatti) che l'inquinamento urbano da traffico, nei soli Paesi di Svizzera, Francia e Austria, è responsabile di un eccesso di 20.000 morti/anno, di un eccesso di 25.000 nuovi casi/anno di bronchite cronica nell'adulto - malattia fortemente invalidante - e di un eccesso di 500.000 casi/anno di crisi d'asma. E dunque? Ci facciamo una bella domenica ecologica ogni tanto, per salvarci l'anima.

Come mai questi diversi pesi e diverse misure? Come mai il traffico non ci fa paura? Forse perché ciascuno di noi sa di contribuirvi, mentre per l'uranio o per l'elettrosmog (o magari anche per le discariche, o per l'inceneritore, o per le porcilaie, e certamente anche per i gas serra o per l'ozono) pensiamo di poter scaricare, per intanto, la colpa sugli "altri".

Io non riesco a evitarmi di pensare che dietro questo continuo drammatizzare ciò che è irrilevante, improbabile, non provato, "disprovato", ci sia un disegno, magari inconsapevole, per alzare polverone su tutto quello che sarebbe troppo scomodo vedere, o far vedere, o lasciar vedere.

La stampa non è neutrale; nemmeno la scienza lo è. È abbastanza deprimente (e anche preoccupante; e anche, forse, sorprendente) dover riconoscere che il nostro pensiero, di oggi, e la nostra vita, di domani, comunque il nostro percorso terreno, dipendono (interamente?) da queste due forze, informazione e pensiero scientifico. Ma se l'informazione non fa suo il pensiero scientifico, e se la scienza non assume la consapevolezza dei suoi doveri verso la collettività (e finora non lo ha fatto) non abbiamo scampo. Se non in Dio. L'ho detto.

Franco Panizon

ITACA: NAVIGARE A VISTA

Da Napoli la FIMP pubblicizza un orgoglioso programma, il progetto "Itaca" (ovvero "La pediatria che vorremmo"). Una pediatria di famiglia - sintetizzo e spero di non deformare - la cui prima tappa è "la promozione umana" (orgoglio del proprio ruolo; diversità e non subalternità rispetto alla pediatria ospedaliera e universitaria; superamento, nel riconoscersi parte di una collettività, del senso di insoddisfazione che deriva dal lavoro «chiuso dentro le mura dello studio»). La seconda tappa è il "formarsi formando": che vuol dire poi formarsi da soli, anche «entrando come protagonisti e non come comparse nella stessa formazione dello specializzando», «realizzando sinergie e collaborazioni tra pari», «alzando la testa». La terza tappa è "migliorare la qualità recepita": pubblicizzare la pediatria di famiglia come «modello di buona sanità pubblica, favorendo una medicina dell'uguaglianza contro la medicina della disuguaglianza», «realizzare una buona comunicazione e ascolto al proprio interno», «costituire dei Centri Studio che lavorino per avere un osservatorio permanente sulla spesa pubblica». La meta ultima, Itaca, è "conquistare dignità e prestigio" e, specialmente, "non tradire" (non tradire, sembra di dover intendere, la natura fondante del mestiere di medico, che è poi quella di servire, personalmente, ma anche socialmente, la salute).

Più che un progetto è una dichiarazione di intenti che non dispiace pubblicizzare. Sarebbe insincero, in tutto questo, non segnalare alcune forzature, sulla indipendenza e sui ruoli; in sostanza sull'orgoglio di categoria; forzature che vengono cancellate (o coperte?) dalla coerenza del discorso che parte dall'orgoglio di categoria e approda al "non tradimento", legando strettamente tra di loro i due principi. L'orgoglio di categoria è la base della soddisfazione nel proprio lavoro, che è poi la base per condurre una vita non infelice, ma perde di significato se non coincide con la fedeltà al proprio ruolo; altrimenti diventa una rendita di posizione: il servizio diventa potere e, dunque, produce un tradimento. E purtroppo, di questi tradimenti è piena la storia. Per mantenere l'orgoglio di categoria, bisogna sorvegliare sia se stessi sia la propria categoria; richiamarci e richiamare ai principi primi: al proprio ruolo, da cui solamente deriva la propria dignità. Questo può essere il senso di Itaca e di navigare a vista. Tener d'occhio i "segnali" da terra; o anche i punti di riferimento in cielo, le stelle fisse. Allora, i problemi di appartenenza diventano secondari; la collaborazione diventa naturale e non strumentale; ciascuno riconosce facilmente il suo posto alle manovre; sulla nave che porta a Itaca. Che è anche "l'isolachenoncè"; questa è un'altra storia, ma non è la cosa più importante.

Franco Panizon

LA PEDIATRIA DI GRUPPO: IL CASO E LA NECESSITÀ

La promozione della Pediatria di gruppo è sempre stata tra le "missioni" dell'ACP. Tre anni fa veniva presentato su *Medico e Bambino* il primo "Focus group" su questo argomento definito "generosa utopia", con l'augurio che la Pediatria di gruppo si potesse affermare come scelta di un numero sempre più grande di pediatri. Da allora, sia pure non diffusamente, ma a mac-

chia di leopardo, si è registrata una significativa "crescita per colonie" di questa pratica. Già nel 1997 fra i pediatri del Lazio quasi il 9% lavorava in gruppi di due o più medici. In Lombardia, nel 1992, esistevano soltanto due gruppi (poco più dell'1% dei pediatri), nel 1998 si aggiungeva un terzo gruppo (2% dei pediatri); oggi questa percentuale è arrivata quasi all'8%, con una punta nella Provincia di Bergamo del 19%. In Emilia Romagna e nelle Marche lavorano in gruppo rispettivamente l'8% e il 16% dei pediatri.

La pratica di gruppo, largamente diffusa in altri Paesi dove costituisce la modalità normale di lavoro per pediatri (Stati Uniti) e *general practitioner* (Gran Bretagna), offre al pediatra di famiglia diverse opportunità: 1. allargare la casistica clinica di suo riferimento e quindi l'esperienza clinica; 2. strutturare meglio i collegamenti con il 2° livello, rinforzando il ruolo del pediatra di base, in uno sforzo comune per trattenere pazienti nell'area delle cure primarie (i pazienti dei pediatri associati si ricoverano meno degli altri); 3. aumentare le possibilità di utilizzo del self-help diagnostico; 4. allargare la base delle conoscenze epidemiologiche; 5. rompere l'isolamento culturale e verificare insieme ad altri i propri comportamenti; 6. valorizzare appieno il personale infermieristico dell'ambulatorio, impiegandolo nelle vaccinazioni e nell'educazione sanitaria; 7. presentarsi come interlocutore per la formazione degli specializzandi.

Dal Focus group di questo numero nascono alcune riflessioni sul lavoro degli ultimi anni. Mi sembra di particolare rilievo la convenzione con il consulente specialista da parte della struttura pubblica (ASL) per promuovere l'efficienza del servizio. In altre sedi, pur essendoci l'offerta da parte della ASL di servizi per i pediatri che si organizzino in gruppo, non c'è stato il "prevedibile" entusiasmo da parte dei medici a scegliere di lavorare insieme. E si percepisce una diffidenza tra alcuni pediatri a condividere il proprio ambulatorio e il proprio lavoro: è prevalente la "difesa" del proprio agire individuale. E l'accordo nazionale non favorisce la crescita di esperienze di gruppo. A differenza che per la Medicina generale il contratto nazionale per la Pediatria non incentiva le attività di gruppo: gli aumenti utilizzati sono stati distribuiti in maniera più o meno uguale per tutti, mentre per i MMG si è preferito incentivare la migliore qualità dell'assistenza prestata; per i MMG normative e incentivi per chi sceglie il lavoro in gruppo sono stati definiti nella contrattazione nazionale mentre per i PdF questo è stato lasciato all'incognita della contrattazione regionale; infine per i MMG, e non per i PdF, è prevista una incentivazione per l'assunzione del personale infermieristico.

Un'altra importante differenza fra i due accordi sta nel riconoscimento che i medici di Medicina generale che lavorano in gruppo o in associazione hanno avuto come «soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione fra le parti». Di questo ruolo "propulsivo", riconosciuto alla parte più avanzata e organizzata dei medici, non c'è traccia nell'accordo dei pediatri.

Riteniamo che non possa essere affidata al caso una programmazione dell'assistenza in Pediatria di famiglia, ma che ci sia la necessità di incentivare la Pediatria di gruppo, che si configura come la più efficace forma di intervento per la famiglia e per il bambino.

Nicola D'Andrea