

Lettere

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.

Fondazione Ariel e paralisi cerebrale infantile: una risposta ai viaggi della speranza

Sono una giornalista, che è arrivata in contatto con una realtà, la *Fondazione Ariel* (www.fondazioneariel.it), che in qualche modo l'ha commossa, e mossa a esternare questa sua esperienza al mondo dei pediatri.

Dal 2003 per la *Fondazione Ariel* formazione e informazione sono due facce di una stessa medaglia nell'ambito di un lavoro svolto a 360 gradi verso le famiglie di bambini affetti da patologie neuromotorie e in particolare dalla paralisi cerebrale infantile.

Sul piano della formazione *Ariel* svolge periodicamente corsi indirizzati a medici, terapisti della riabilitazione e studenti, indirizzati a tutto lo staff medico e paramedico, che può essere coinvolto nelle diagnosi della malattia e nel supporto al paziente e alla famiglia, e che deve essere in grado di riconoscere e valutare la patologia nelle sue molteplici caratteristiche. Una diagnosi precoce infatti e un intervento tempestivo possono aiutare il proprio figlio a raggiungere le sue massime potenzialità.

Talvolta una condizione è presente dalla nascita; tuttavia esistono condizioni di questa patologia che non sono identificabili fin dall'inizio ed emergono lentamente. Sono in questo caso di solito le famiglie ad accorgersi che qualche cosa non va, che il proprio figlio presenta ritardi nello sviluppo, e il primo interlocutore possibile è il proprio pediatra. È a questo punto essenziale che l'operatore medico sia sufficientemente preparato ad affrontare tale patologia ed è proprio verso di loro che *Ariel* svolge il grosso della sua attività di formazione, attraverso convegni o corsi di formazione svolti ormai capillarmente più o meno in tutta Italia.

Tra le varie testimonianze dei genitori ce n'è uno che ricorda "Noi avevamo probabilmente capito guardando il nostro bambino e confrontandolo con altri. Tu sai che c'è qualcosa che non va. Talvolta il problema è persuadere i medici che qualcosa non funziona"; o ancora "Mi sono sempre sentita di fretta dal medico, sapevo che avrebbe detto delle cose che più tardi avrei scoperto di non aver capito chiaramente".

All'interno del programma di formazione, *Ariel* ha organizzato lo scorso 11 novembre un corso rivolto sia ai medici che agli psicologici, agli insegnanti e ai genitori riguardo alla comunicazione aumentativa,

quell'area della pratica clinica che cerca di compensare la disabilità di individui con bisogni comunicativi complessi.

Il fulcro del lavoro di *Ariel* resta comunque la famiglia ed è intorno alle richieste, alle opinioni, alle aspettative e ai bisogni di esse che si sviluppano i nuovi progetti della Fondazione.

"La maggior parte dei professionisti che ho incontrato conoscono solamente la parte del sistema in cui lavorano. Sembra che non conoscano l'intera gamma di servizi per le famiglie" - afferma un genitore, mentre un secondo aggiunge: "ho sempre trovato che gli altri genitori sono la miglior fonte di informazione. Ho imparato di più parlando con altri genitori all'interno del mio gruppo di supporto di quanto ho imparato in qualsiasi altro posto". Perché un paziente affetto da disabilità neuromotorie necessita di molteplici trattamenti che vedono coinvolti diversi specialisti per tutta la durata della loro vita: ortopedici, fisiatri, neuropsichiatri infantili, terapisti della riabilitazione, logopedisti, psicologi e assistenti sociali.

Di fatto il lavoro di *Ariel* mira a far uscire le famiglie dall'isolamento in cui vivono, coordinando tutta quella assistenza medica e quel supporto psicologico che in Italia di fatto esistono, ma che non sono abbastanza conosciuti e promossi, ed evita loro inutili viaggi della speranza oltre confine e sradicamenti dal proprio ambiente. *Ariel*, nel corso degli anni, è diventata "itinerante" e coordina attività in tutto il territorio nazionale, invitando le associazioni e gli enti locali a mettersi in contatto per poter migliorare nel tempo il suo lavoro.

Parallelamente alle attività di ordine medico e clinico, la Fondazione si è resa conto che esisteva per le famiglie un profondo gap anche a livello socio-assistenziale. Si è iniziato così a sviluppare una serie di attività complementari come la stesura e pubblicazione di un *Vademecum*, periodicamente aggiornato. Si tratta di una guida alla normativa sulle disabilità nell'ambito dei minori e fornisce una serie dettagliata di informazioni pratiche sull'ottenimento dell'invalideria civile o su eventuali detrazioni o rimborsi, indennità, o sull'integrazione scolastica.

Per far fronte alle situazioni di stress a cui i genitori sono sottoposti sono importanti i "gruppi di sostegno alle famiglie", in cui i genitori di figli più grandi hanno l'occasione di confrontarsi con i genitori di figli più piccoli. Il beneficio che se ne trae è

che i primi si sentono valorizzati nelle conquiste ottenute, mentre i secondi rincuorati e più sicuri. "Questi incontri per me sono pillole di vitamina. Ho bisogno di essere coinvolta. Questi incontri mi hanno resa più sicura, sono più rilassata e lui sta meglio, mio figlio è un'altra persona".

Elena Gaia Pogna
Giornalista, Milano

Autosvezzamento

Ho letto con grande interesse e meraviglia quanto Lucio Piermarini ha scritto sullo svezzamento (*Medico e Bambino* 2006; 25:439-44). Sappiamo bene che l'argomento cibo (allattamento e svezzamento) è sempre stato trattato con sufficienza e spesso relegato in secondo ordine da noi pediatri. Quando iniziai a studiare pediatria nei primi anni '70 (sono un anziano pediatra ospedaliero), si diceva che il latte materno andava bene fino a 3 mesi, poi bisognava introdurre il latte vaccino e a 4 mesi omogeneizzati di carne a pranzo e cena. Rimasi fin da allora perplesso su tali indicazioni e iniziai un percorso personale di studio antropologico e di ricerca all'interno e al di fuori dell'Accademia (la scienza ufficiale) per capire quale fosse il significato evolutivo, biologico e funzionale della nutrizione nell'età evolutiva.

Dai primi anni '80 iniziai a diffondere le mie ricerche con scritti pubblicati su riviste non omologate dall'Accademia. Dopo quasi trent'anni, comincio a leggere, con soddisfazione (e un po' di rammarico per quanto male abbiamo fatto ai bambini in questi anni), che il latte materno è l'unico latte adatto al bambino anche dopo il 3° anno di vita (*Pediatrics* 2005), che lo svezzamento può essere iniziato dopo il sesto mese con modalità meno rigide, e che "quasi tutti i problemi di salute possono essere messi in relazione con l'alimentazione" (Trillò M.E. *Un Pediatra per amico* 2006). Per me vuol dire che le otiti, le tonsilliti, le laringiti, le bronchiti, le riniti, le asme, le allergie, ecc., possono essere evitate con una alimentazione fisiologica. E la mia esperienza di questi trent'anni me lo ha dimostrato. La mia sfida, vincente, per i miei tre figli e per i figli dei genitori che si sono affdati a me, è stata quella di evitare le malattie, di non aver bisogno di usare farmaci, di far "scoppiare una epidemia di salute tra i bambini". Con i miei colleghi di territorio

(sto concludendo la mia vita professionale come pediatra di base in un territorio di montagna) provo a parlare di allattamento, svezzamento, cibo, salute, prevenzione, ma, per loro, è più facile, comodo, gratificante (?) discutere di antibiotici, vaccini, spirometrie, tamponi faringei, protocolli per l'asma e prick test. Quando cominceremo a parlare di prevenzione vera?

In questi ultimi cinquant'anni la pediatria e la puericoltura hanno fatto gradissimi cambiamenti. In meglio. Si potrebbe fare di più e più velocemente se mettessimo da parte le nostre ansie, le nostre paure, le nostre ottusità, i nostri interessi.

Luciano Proietti
Pediatra di famiglia, Cuneo

Non può che farmi piacere venire a sapere che altri pediatri, anche prima di me, hanno affrontato lo svezzamento in modo "normale". Nei primi tempi, parlando e scrivendo di questo argomento, temevo sempre di andare oltre il lecito razionale; poi, vista la considerazione concessa da Medico e Bambino, mi sono tranquillizzato ma, tanto per rimettermi in riga, è sorto il dubbio che un ragionamento così lineare non potesse non essere stato presente in altre teste e che, tutto sommato, era come aver scoperto l'acqua calda.

Il dottor Proietti, come altri colleghi, mi conferma questa impressione e ciò, se da un lato ferisce un po' il mio amor proprio, da un altro mi rassicura riguardo all'utilità di quanto fatto e all'inevitabile successo del processo di cambiamento che si è ormai messo in moto, grazie all'intelligenza e alla tenacia di tanti colleghi.

Lucio Piermarini
Pediatra di comunità, Terni

Quale pediatra per quale pediatria?

Provo anch'io una certa vergogna come il collega Grimaldi (*Medico e Bambino* 2006;25:627-8) ad inviarmi queste mie banali riflessioni, scritte d'impulso venerdì sera dopo una dura giornata (*vedi Box*), in cui credo di aver svolto con coscienza il mio lavoro di pediatra di famiglia dalle 8 alle 20, e che spero possano esprimere (a volte le parole sciupano le sensazioni) quel senso di smarrimento, di "crisi di identità, di rapporti, di ruoli", di cui si parla nel Forum di Pisa (*Medico e Bambino* 2006;25:483-4).

Sento anch'io l'esigenza di cambiamenti. Inizierò dalla domanda: quale pediatria?

La risposta, a mio avviso, sta negli obiettivi che propone il prof. Biasini nella sua bellissima lettera (*Medico e Bambino* 2006;25:83): una pediatria che si trasforma

In caso di terapia antibiotica, si ricordi di Enterogermina.



Materiale di informazione scientifica depositato presso il Min. Sal. in data 20/10/2004

Enterogermina®
2 MILIARDI/5ml

Poliantibiotico-resistente.

sanofi aventis

Lettere

in "una comunità di pediatri senza distinzioni tra ospedalieri, territoriali, universitari. Una comunità di professionisti che recuperino l'abitudine a lavorare insieme, ma non nel vuoto, bensì in un sistema organizzato come il SSN, con comuni obiettivi e comuni metodi di lavoro."

Individuati gli obiettivi, quale pediatra?

Essere un buon pediatra è tanto difficile quanto essere un buon genitore: forse non esistono ricettari pronti né comportamenti al riparo da fraintendimenti o ricadute negative. In questi anni di professione, come pediatra di base, ho cercato di individuare alcuni punti essenziali.

Un buon pediatra deve essere consapevole delle sue responsabilità, esercitare una buona vigilanza sulle patologie, mettersi possibilmente in armonia con se stesso e con gli altri (utenti, medici ospedalieri e infermieri, colleghi), tenere sempre vivo il desiderio di imparare da chi ha più espe-

rienza nello specifico campo, non abusare del suo potere, verificare la qualità del suo lavoro, collaborare con l'ospedale, condividere le emozioni e le paure di genitori sempre più fragili e disorientati, visitare a volte il bambino a domicilio perché, se non vedi, almeno una volta, la casa dove vive un bambino, non puoi dire di conoscere pienamente la sua storia.

Io, personalmente, non mi sono mai associata perché credo che un associazionismo vero al servizio del bambino possa essere utile solo attraverso un progetto che impegni profondamente ospedale, continuità assistenziale e pediatri del territorio in una comune condivisione dell'ideale che la sanità pubblica per la quale lavoriamo deve e può essere di qualità (anche qui ritorna l'obiettivo "essere comunità" del prof. Biasini). Credo invece profondamente nella pediatria di gruppo, una realtà attualmente inattuabile dove io opero.

Negli ultimi mesi, alla fine della giornata lavorativa, mi ritrovo dentro un senso di smarrimento indicibile: percepisco uno scollamento sempre più imperante tra ospedale e territorio, con i medici del Pronto Soccorso, giustamente stanchi di occuparsi di ciò che competerebbe al pediatra di famiglia, ma con noi pediatri di famiglia, impossibilitati a volte a conciliare con l'appropriatezza i risparmi e le continue pretese dell'utenza che ci vengono richieste. Forse solo riuniti in "comunità", con un progetto etico e obiettivi e metodi comuni, possiamo veramente diventare una forza e cambiare le cose, perché gli obiettivi non si realizzano da soli, ma bisogna dirigerli e fare in modo di realizzarli, producendoli e rivedendoli giorno dopo giorno.

Mariarita Cajani
Pediatra di famiglia, Erba (Como)

DIARIO DI UN GIORNO (VENERDÌ) DI UN PEDIATRA DI FAMIGLIA

Ore 7.45

- *Dottoressa, sono la signora... ieri ha visitato il mio bambino e gli ha diagnosticato una sindrome influenzale, ma da questa notte il bambino respira male, affannosamente, e persiste la febbre elevata. Può venire a visitarmelo? Altrimenti lo porto in PS.*

- *Signora, un quarto d'ora e sono da lei, non vada in PS.*

Ore 8.15. Sono al domicilio del bambino. Nessun affanno respiratorio, respiro eupnoico, tosse stizzosa e respiro nasale da rinite.

Riconfermo la terapia in atto e torno in studio per completare, come da convenzione, dalle 8 alle 10, la reperibilità telefonica (peraltro mai interrotta, avendo il cellulare, anche durante il tragitto in macchina al domicilio del paziente). In realtà le telefonate si protraggono oltre l'orario. Alle 13.30 inizierò l'ambulatorio: in programmazione, su appuntamento, ho 21 visite.

Ore 10.30 - 12.30. Mi reco nel laboratorio dell'ospedale per controllare alcuni esami e verificare l'esito di una urinocoltura del giorno precedente; faccio un salto all'ASL per ritirare i ricettari che ho terminato e infine eseguo tre visite domiciliari. Termino alle 12.30.

Nel frattempo il cellulare (lo tengo generalmente acceso dalle 8 alle 20) squilla ogni quarto d'ora per consigli e nuovi appuntamenti (nessuna urgenza comunque), nonostante l'orario stabilito per le telefonate sia terminato.

Ore 12.30. Pausa pranzo. Sto accingendomi ad entrare al bar quando suona il cellulare.

- *Dottoressa, sono la signora... Mi ha telefonato mia suocera: il mio bambino si piega dal mal di pancia; il dolore è a destra, non sarà appendicite? Può venire a visitarmelo?*

Faccio presente alla signora che alle 13.30 inizierò l'ambulatorio e, abitando nel paese vicino, a diversi km di distanza, non posso andare a domicilio, ma mi rendo disponibile a visitarle immediatamente il bambino in ambulatorio, spiegandole che, in caso di sospetta appendicite, la invierò in ospedale per eseguire degli esami e la visita chirurgica.

Non pranzo, prendo un caffè e torno in studio ad attendere il piccolo con i dolori addominali.

Accendo il computer, mi collego al SSS... Nel frattempo, alle 12.45, squilla nuovamente il cellulare:

- *Sono la signora... La mia bambina di 11 mesi da due giorni ha febbre alta: il primo giorno la febbre è arrivata a 42 °C, da ieri si è stabilizzata sui 38.5-39 °C.*

La invito a venire subito in ambulatorio per una visita. Al termine della telefonata ricevo un messaggio sul cellulare dalla mamma che stavo attendendo in studio (probabilmente ha trovato il cellulare occupato):

- *Dottoressa, sono la signora... il bambino, oltre al mal di pancia, ha anche 39° di febbre, ho chiamato il mio medico condotto che verrà a momenti a visitarmelo a domicilio.*

La chiamo dispiaciuta, ricordandole che l'attendevo in studio per la visita e che, in caso di appendicite acuta, dovrà comunque uscire per recarsi all'ospedale.

Ci resto molto male e non sono certo di ottimo umore. Arriva nel frattempo l'altra visita: la bambina, nonostante la febbre, mi sembra reattiva. La visito, ma non riscontro nulla che possa giustificare una febbre così alta.

Le metto un sacchettino per eseguire lo stick delle urine e faccio accomodare la signora con la bambina in un'altra stanza, fortunatamente libera (visito in un poliambulatorio).

Procedo con le visite: la prima visita è per un bambino di tre mesi che ha un po' di tosse e un po' di febbre. La mamma in realtà non si fida di me perché i bambini vengono sempre visti da un pediatra ospedaliero privatamente ma, quando questi non c'è, vado bene anch'io.

Mi dice che tutta la famiglia ha avuto febbre alta e che tutti (due bambini e genitori) stanno assumendo antibiotico terapia perché affetti da faringotonsillite streptococcica documentata da tamponi positivi.

Le dico che il bambino ha la gola lievemente arrossata e che difficilmente questa patologia è presente nei lattanti. Ma per tranquillizzarla e far sì che abbia un po' di fiducia anche in me, decido di eseguire un tampone rapido. Apro la scatola e mi accorgo che sono terminati. Apro l'armadietto per cercare di eseguire un tampone faringeo da mandare in laboratorio entro le quattro (prima che chiudano l'accettazione, perché l'indomani il laboratorio è chiuso. Come odio il venerdì!), ma non ho più neanche quelli. Nel frattempo l'altra mamma bussa e mi avvisa che la bimba ha fatto la pipì. Stick urine: positivissimo per un'infezione delle vie urinarie.

Che faccio? La mando in PS per un ricovero?

La mamma mi sembra attenta e sveglia; la bambina, nonostante la febbre elevata, mi sembra in buone condizioni. Decido di non ricoverarla. Devo però inviare un'urinocoltura in laboratorio prima di iniziare la terapia.

Il solito problema: è venerdì e il sabato il laboratorio è chiuso; sono già le **14.45**.

Chiedo alle infermiere del reparto se posso inviare il bambino ad eseguire l'urinocoltura, previa accurata pulizia come loro sanno fare, così sarò più sicura dell'esito e approfitto, senza pensare che in fondo non è una cosa urgente, per chiedere se possono eseguire anche un tampone faringeo al piccolino di tre mesi.

Loro acconsentono, anche perché con le infermiere della pediatria ho dei buoni rapporti.

Invio i bambini, ma dopo mezz'ora, poiché anche in reparto le infermiere sono oberate di lavoro; ricevo giustamente una telefonata di protesta dal medico di guardia. Trovo la sua osservazione corretta, mi scuso e mi riprometto di trovare un canale diverso per queste cose.

Ore **15.15**. Ho ancora 25 bambini da visitare perché nel frattempo l'ansia del fine settimana porta ad altre telefonate pomeridiane e ad altre richieste di visite. Proseguo l'ambulatorio.

Ore **16.00**. Vedo una faccia che non vorrei vedere. Una mamma che sventola minacciosa un foglio.

Sua figlia ha dolori addominali da due anni: ha eseguito moltissimi ricoveri in diversi ospedali, poi le hanno riscontrato dopo miriadi di esami un'ameba intestinale, trattata e guarita. Nonostante ciò, ancora dolori: l'ultimo ricovero 15 giorni prima.

Con i medici del reparto dove è stata ricoverata, ci siamo accordati, anche su richiesta pervenutami dalle insegnanti, di inviarla al NPI da me già contattato e propenso a una psicoterapia familiare, ma... udite... udite.

Un medico del laboratorio dell'ospedale, che avevo personalmente contattato per avvisarlo del problema e della eccessiva ansia dei genitori, le ha proposto ed eseguito privatamente il Citototest (libera professione selvaggia!!!), secondo il quale la bambina risulterebbe intollerante a determinati alimenti, per cui la mamma, che finalmente aveva deciso di recarsi dallo psicologo, inveiva contro di me e contro i medici ospedalieri accusandoci di essere incapaci di curare i problemi reali di sua figlia, insistendo invece sui problemi psicologici che sua figlia non avrebbe.

Tale test è stato eseguito naturalmente all'insaputa dei medici del reparto di pediatria dove la bambina era stata ricoverata.

Non conoscendo il test in questione, mi sono rivolta all'allergologo che ha in cura la bambina, una persona veramente corretta e disponibile, che mi spiega come il test in questione non sia scientificamente provato (libera professione selvaggia!!!) e che più volte lo aveva ribadito al medico in questione.

Mi confermava comunque che nella lettera di dimissione dell'ultimo ricovero, che aveva appena terminato di scrivere, essendo gli accertamenti eseguiti risultati negativi, lui stesso e il gastroenterologo suggerivano di procedere a una valutazione psicologica, essendo i disturbi di tipo psicosomatico. Tra telefonata e conversazione ho perso tre quarti d'ora. E questo succede da due anni ogni settimana.

Invito la signora a recarsi il lunedì in ospedale a ritirare la lettera di dimissione e la invito a farmela avere.

Mi balena l'idea della ricsuzione, anche se so che scaricherò il problema al prossimo malcapitato pediatra di base, ma francamente, dopo anni e anni, le mie risorse si sono esaurite, anche per la stima che nutro per le persone che hanno seguito in ospedale la bambina.

Proseguo le visite ambulatoriali. Per fortuna pochi problemi e tanta pazienza.

Termino l'ambulatorio alle ore **19.30**.

Suona il telefono: una mamma ha dimenticato un'impegnativa per la prescrizione del Tegretol al suo bambino. Gliela preparo. Nell'attesa che venga a ritirarla, telefono alla signora che aveva preferito chiamare il medico condotto, anziché venire in ambulatorio, per accertarmi delle condizioni del bambino.

Mi comunica che il suo medico condotto l'ha inviata subito all'ospedale, dove il bambino è stato ricoverato per una sospetta appendicite acuta. Arriva anche l'ultima mamma a ritirare l'impegnativa.

Riordino lo studio, sterilizzo gli strumenti.

Ore **20.00**. La mia giornata di lavoro è terminata; posso spegnere il cellulare; subentra la continuità assistenziale.

Spengo il computer, e vedo mia figlia che mi sorride in una foto sullo schermo.

Mia figlia... Mi sono dimenticata di lei in questa giornata. Adesso, in Australia dove sta studiando, è notte.

Ho dimenticato il nostro appuntamento settimanale telefonico: provo tanta rabbia e anche malinconia. Fuori è già buio: le luci della notte illuminano questo microcosmo di mondo. Penso che, per diventare pediatra, ho superato me stessa in sacrifici e rinunce, ma da troppo tempo nella mia carriera professionale provo un senso di smarrimento, di solitudine, di delusione, un sentimento che condivido con molti miei colleghi che vivono il nostro lavoro con dedizione e passione.

Provo nostalgia dei miei maestri che non ci sono più e anche un po' di commozione: scriveva il prof. Malliani alla fine della sua vita: *"Dobbiamo lottare per la speranza, non solo individuale, ma della medicina. Ci sono centinaia di migliaia di medici diversi. Che lottano, che ascoltano i loro pazienti. Li accarezzano e si commuovono. Che curano gli altri come vorrebbero essere curati loro stessi. C'è la pietas. C'è la speranza che nasce dal coraggio e dalla volontà"*. Io voglio continuare a lottare; voglio essere un medico di quelli che stimava il mio maestro.

Domani è un altro giorno.

Lettere

Advocacy

Ho letto l'Editoriale del professor Panizon, uscito su *Medico e Bambino* del 31 dicembre 2006. Mi sembra che le cose che il professore auspica possano avere una risposta nell'iniziativa di cui allego la presentazione, nata grazie all'iniziativa del prof. Ferrari, del Mauriziano di Torino. La strada quindi è aperta anche dal punto di vista istituzionale e accademico.

Andrea Guala
Regione Piemonte, ASL 11

In realtà, l'iniziativa di cui si tratta (e che consiste in un Corso di Aggiornamento dal titolo "Master Pediatra Advocate del bambino, 2007", che nasce dalla collaborazione tra l'Università degli Studi di Torino-Scuola di Amministrazione Aziendale, la FIMP e l'Associazione Children's Advocate ONLUS) è già partita e le iscrizioni sono già chiuse. Ma merita un cenno.

Il perché di questo corso è così sintetizzato: "Nonostante l'apparente aumento di interesse verso l'infanzia, le condizioni di vita di molti bambini non sono delle migliori... il fatto che questo avvenga in un periodo di relativa espansione economica...

rende più difficile alla élite politica capire le nuove esigenze dell'infanzia moderna... si rende quindi necessario individuare una figura in grado di coordinare... gli operatori e le strutture coinvolte nella tutela della qualità della vita dei bambini, fornendogli una cultura che gli dia una acuità visiva e una preparazione... per gestire al meglio le mutate esigenze...; nell'ottica della prevenzione... del disagio giovanile e adolescenziale".

Mah, forse, non so. Una strada aperta, dice il dottor Guala. Sì, forse, non magari una strada, ma un sentiero, un pertugio, forse solo il segnale di un bisogno.

Confesso che sono confuso: da una parte sento che di tutto c'è bisogno, meno che di avvocati difensori della "nostra" infanzia; che non sta, forse, bene, ma non certo per un difetto di attenzione, anzi forse per un eccesso; dall'altra parte sento, o credo di sentire, oltre a uno smarrimento nel mondo dell'infanzia, uno smarrimento nel mondo dei pediatri. Da una parte arrivano lettere sprizzanti di ottimismo, come quella del dottor Proietti; dall'altra parte lettere disperate, o almeno demoralizzate, o almeno disincantate, come rispettivamente la lettera della dott.ssa Cajani, o quella del dottor Spataro sul numero scorso, o quella del dottor

Grimaldi, sul numero ancora precedente: lettere di persone che avevano cercato di allargare la gamma della loro professione, rispettivamente sul versante del "personale" o del "relazionale" (della "piccola neuropsichiatria") o del "sociale", e che se ne ritirano, delusi, frustrati, demotivati.

La richiesta del pubblico è sempre la stessa: la cura, la cura, la cura. La cura del nulla. Le gocce, le pomate, gli aerosol, le vitamine, il propoli, l'erba, l'omeopatia, il nulla. Quanto di questo eccesso di cure, e di bisogni, e di pretese, è da attribuire ai pediatri?

L'Editoriale sui "fatti nostri", le parole del dottor Scabar in "Oltre lo Specchio", riguardanti gli insegnanti, e quelle (rubate) di Citati sulla "perdita dell'Autorità" forse si adattano ai pediatri di oggi. Forse anche loro hanno "perso l'autorità" e sono diventati soggetti a critica e contestazione. Niente di male, ciascuno dev'essere in grado di confrontarsi con critiche e contestazioni. Ma il confronto è squilibrato. L'autorità forse, che è frutto del sapere e del coraggio, è stata venduta, forse, per un piatto di lenticchie.

Negli ultimi vent'anni la qualità e la quantità dell'offerta pediatrica sono venute crescendo con la stessa velocità con la quale sono diminuiti i bisogni (natalità, morbidità, mortalità), per cui si sono dovuti inventare i "nuovi bisogni" e le "nuove patologie", senza considerare quanto di queste ultime sia legato in realtà all'eccesso di offerta.

Mi sono domandato, allora, e ho domandato, senza avere risposta, quanto le proposte (il Forum di Pediatria di Pisa, da cui ha preso origine il dibattito in corso) di aumentare gli accessi alle Scuole di Specialità siano realmente funzionali a una crisi che io, ma non solo io, credo di percepire.

Franco Panizon

ALLERGIE A LATICE E VELENO DI IMENOTTERI

NEL PROSSIMO NUMERO, L'INSERTO SU
LE EMERGENZE IN ALLERGOLOGIA

ALK ABELLÓ
Curing Allergy

ERRATA CORRIGE

Medico e Bambino n. 1/2007

Nell'articolo "Anemie facili e difficili" di Ugo Ramenghi, apparso nel numero di Gennaio 2007, nella *Tabella III*, a pag. 28, per il calcolo della percentuale di saturazione della transferrina, i valori di sideremia e di transferrina devono essere invertiti come segue:

$$\frac{\text{VALORE DI SIDEREMIA} \times 1,25}{\text{VALORE DI TRANSFERRINA}} \%$$

Ci scusiamo con i lettori per l'errore riportato.