

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.

Vaccini sì, vaccini no

Ho partecipato anche quest'anno ai congressi di Trieste e di Tabiano. Torno a casa ogni volta arricchita da queste esperienze e ancora una volta devo ringraziare il prof. Panizon per la sua saggezza, il suo sapere, la sua umanità e anche... la sua vivacità. In entrambi i luoghi ho scelto come gruppo di lavoro le vaccinazioni, per cercare di chiarirmi le idee sui nuovi vaccini (anti-pneumococco e anti-meningococco naturalmente).

Ora, anche grazie al bellissimo articolo sui vaccini di *Medico e Bambino* di gennaio 2006, ritengo di avere materiale sufficiente per trarre le mie conclusioni, anche se la sensazione iniziale di disagio non è affatto cambiata. A onor del vero forse è già stato detto tutto, a cominciare dalle "azzeccatissime" parole del dottor Cavallo già qualche tempo fa, ma voglio ugualmente dire la mia.

Era mia intenzione, tra l'altro, capire il razionale della decisione della mia regione, l'Emilia Romagna, che da quest'anno ha esteso a tutta la popolazione pediatrica queste nuove vaccinazioni, solo che nel tentativo il ragionamento si è inceppato ed è diventato contorto.

Sia chiaro: non sono contraria ai vaccini, ma lo sono per il modo prepotente con cui questi sono entrati nelle nostre vite e naturalmente per la mancanza di una linea comune a livello nazionale ("cose all'italiana" direbbe la dottoressa Grandori). So di interpretare il pensiero di molti colleghi, ma so anche che tanti pediatri consigliano caldamente questi vaccini e spesso anche fuori dalle età più a rischio. A volte, lo confesso, anch'io mi faccio prendere dal "senso di protezione" che questi vaccini infondono, ma poi non posso fare a meno di ricordare a me e agli altri i loro grossi limiti.

Tra l'altro, proprio i docenti dei due convegni personificano le due tendenze opposte: da una parte, a Trieste, il prof. Bartolozzi (per cui nutro grande rispetto) difende a spada tratta e a tutti i costi tutte le vaccinazioni; dall'altra, a Tabiano, la dottoressa Grandori è molto più cauta, poiché considera anche l'altra faccia della medaglia, denotando onestà e senso critico.

Comunque i numeri parlano chiaro: come risulta dallo schema n°3 dell'articolo di *Medico e Bambino* per il vaccino anti-pneumococco, occorre vaccinare 150.000 bambini al fine di evitare un decesso. Questo significa effettuare 450.000 dosi con una copertura del 64% dei sierotipi (come afferma

la dottoressa Grandori). Per il meningococco, a dire la verità, i conti non mi tornano perfettamente: la sua incidenza in Italia è di 0,5-1/100.000 bambini/anno (considerando tutte le età: ma fino a quale età? è stata considerata l'altra fascia a rischio, cioè dopo i 14 anni?). La copertura risulta essere dalla *Figura 4* (se ho capito bene) di circa 1/3 nel 2004, considerando che rimangono esclusi il sierotipo B e i sierotipi non determinati. La mortalità è dell'ordine dello 0,3/100.000 bambini, pari a 3/1.000.000 (come affermato dal prof. Panizon a Tabiano), però le percentuali cambiano nelle età più a rischio: naturalmente gradirei delucidazioni, anche perché i numeri non coincidono col 13% di mortalità prevista.

Nella mia regione si è iniziato a effettuare 1 sola dose attorno ai 14 mesi, contro le 3 dosi consigliate: oltre tutto sarà sufficiente?

Ma, nonostante il numero elevato di dosi per evitare queste gravi malattie e la scarsa copertura dei sierotipi, l'ago della bilancia potrebbe pendere ancora dalla parte dei vaccini: è difficile stabilire il nesso causa/effetto per gli eventi avversi di questi, ma la letalità presumo sia quasi inesistente (a proposito di ciò quali sono i numeri?). Ma quello che di fatto può vanificare l'efficacia di questi vaccini è la concreta possibilità di un aumento di prevalenza e di virulenza dei sierotipi in essi non contenuti. Cioè in tempi medio-lunghi possono diventare perfettamente inutili (oltre all'enorme spreco di risorse). Dunque è evidente la prematurità della decisione di estendere le vaccinazioni a tutti i bambini: ma quanto sono potenti le ditte produttrici di vaccini? Certo, si sa: è fin troppo facile fare presa sull'emotività della gente. E poi c'è la corsa da parte dei genitori anche al di fuori delle età più a rischio. Questo non è mai successo in precedenza; per esempio per l'anti-*Haemophilus influenzae* (dove il NNT è 15.000 contro 150.000 dello pneumococco) si è deciso di vaccinare da un certo momento in poi, non certo di estendere la vaccinazione a tutti contemporaneamente! Insomma: o sono impazzita io o è impazzito il mondo (o c'è qualcosa che mi sfugge).

Per concludere, ho sempre pensato fosse ovvio che non è possibile vaccinare tutti per tutto, ma ora mi rendo conto che tanto ovvio poi non è, e che questo è un segno tangibile dei nostri tempi, come esposto a Tabiano dalla brillantissima relazione della dottoressa Valcarengi dal titolo "La paura di vivere e l'educazione all'ansia".

Infine, non posso fare a meno di chie-

dermi perché non si fa abbastanza per combattere il sovrappeso e l'obesità che sono molto ma molto più pericolosi per la vita, proprio perché ormai a livelli epidemici e le cui cause dipendono quasi esclusivamente da noi, e intendo sì le istituzioni ma anche i pediatri e soprattutto i genitori.

Leda Guerra
Pediatra di base, Codigoro (FE)

È riconosciuto che i vaccini hanno avuto e hanno una enorme ricaduta positiva sulla salute dell'umanità; ricaduta che è seconda solo alla potabilizzazione delle acque e che supera di gran lunga ogni altro intervento sanitario.

Questa è una storia vera e una certezza scientifica. I molti che come me si occupano quotidianamente di vaccini sono molto contenti di "lavorare" sotto questa bandiera. Non si deve però trasformare una bandiera, per quanto amata, in una ideologia che non porti a cercare un continuo confronto con tutte le realtà e le opportunità di salute.

Infatti, mano a mano che si procede risolvendo i problemi più importanti, si prospettano nuove soluzioni in genere per problemi meno rilevanti. Buone soluzioni per piccoli problemi offrono piccoli vantaggi.

Per evitare un approccio che potremmo chiamare "ideologico" e che ritenga che i vaccini debbano essere sempre considerati un livello uniforme di assistenza perché sono utili e possono salvare delle vite, si è ritenuto di dare una misura relativa dei diversi vaccini e porre a confronto vecchie e nuove vaccinazioni.

Per i dati riportati nella figura 3 del lavoro di Berti et al. si è usato come indicatore il numero di decessi evitabili nella logica che questo sia anche uno dei principali parametri per definire un livello essenziale di assistenza.

Il numero di decessi attesi è stato calcolato sulla base della incidenza di tutto il periodo a rischio che è coperto dalla strategia vaccinale (es. tutta la vita per difterite, tetano, epatite B, morbillo e altri; 5 anni per HIB e pneumococco; 25 anni per meningococco), moltiplicato per la letalità (es. 5% per difterite, 1 per mille per morbillo, 5% per HIB e 10% per meningococco e pneumococco).

Quindi, per stimare quale sia il numero di morti evitabili, si moltiplica il numero di decessi attesi per l'efficacia della vaccinazione. Sostanzialmente efficacia 100% (con la strategia vaccinale si possono eliminare tutti i casi) per difterite, tetano, epatite B e le

Lettere

NUMERO DI MENINGITI IN ITALIA NEL 2005 NELLE VARIE FASCE DI ETÀ

| Età (anni) | 0 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-24 |
|-----------------------|----|-----|-----|-------|-------|
| Pneumococciche totali | 15 | 22 | (3) | (4) | (7) |
| Meningococco C | 10 | 25 | 10 | 5 | 29 |

Tabella I

STIMA DEL BENEFICIO DELLA VACCINAZIONE ANTI-PNEUMOCOCCICA E MENINGOCOCCICA

| Meningite | Casi | Letalità | Morti attese | Efficacia vaccino | Morti evitabili |
|----------------|------|----------|--------------|-------------------|-----------------|
| Pneumococco | 37 | 10% | 4 | 2/3 | 3 |
| Meningococco C | 79 | 10% | 8 | 97% | 8 |

Tabella II

malattie eliminabili come morbillo, ma sostanzialmente anche per *Haemophilus* di tipo B e meningococco di tipo C; per lo pneumococco occorre tenere presente che i 7 ceppi presenti nel vaccino causano il 70% delle forme e l'efficacia in questi casi è del 92-98%: efficacia totale 67% (sostanzialmente si evitano 2 casi su 3).

Per il calcolo si sono usati sia dati di letteratura che le incidenze nella regione Veneto: incidenza annua delle meningiti meningococciche nel periodo 0-25 anni di 1,7 casi ogni 100.000, di cui il 40% ascrivibile al sierogruppo C e 2,5% per 100.000 meningiti pneumococciche età 0-4 anni. Il risultato era di un NNT (numero di persone che devono essere trattate con la vaccinazione per evitare un decesso) pari a 150.000 per lo pneumococco e a 50.000 per il meningococco.

Valori del tutto simili si ottengono se si utilizzano come riferimento i casi di meningite in Italia nel 2005¹ (Tabella I).

In questo anno si sono avuti 79 casi di meningite da gruppo C nella età di maggior rischio (0-25 anni) mentre nella età di maggior rischio per lo pneumococco (0-4 anni) si sono verificati 37 casi di meningite da pneumococco (51 se arriviamo a 25 anni) (Tabella II).

La dimensione della coorte di nuovi nati è circa di 500.000 bambini, per cui, anche calcolati in questo modo, gli NNT sono sostanzialmente simili: una morte evitabile ogni 170.000 vaccinati per lo pneumococco e una ogni 60.000 vaccinati per il meningococco. Questi valori di NNT sono molto lontani dalle altre vaccinazioni (quelle seconde per impatto sulla salute alla sola acqua potabile, tra le quali occorre ricordare anche la vaccinazione antivaletolosa).

Per la difterite lo NNT ha un valore di 20, ed è di 700 per MPR, 2000 per la pertosse, 3500 per l'epatite B ecc. I vaccini sono tutti efficaci, sicuri e utili, ma risolvono problemi di salute che sono molto più o molto meno importanti.

Di questa differenza occorre tenere conto. Il continuo progredire ci porta quindi ad ampliare sempre più le opportunità di salute e di disporre di strumenti per risolvere nuovi problemi che spesso però sono meno importanti. Questo vale per i vaccini, ma vale anche per altre opportunità di salute.

Recentemente l'American College of Medical Genetics (ACMG) ha proposto che siano introdotti 29 screening neonatali. Gli autori del commento di Pediatrics² definiscono che "il razionale storico per gli screening neonatali era la prevenzione di lesioni devastanti che colpivano i bambini attraverso l'immediato trattamento dopo la nascita". Invece, gli screening che si propone di aggiungere sono stati selezionati con criteri diversi e non rispondono più al criterio storico: hanno infatti una ricaduta sulla salute dei neonati significativamente meno importante degli screening neonatali eseguiti nell'attuale routine.

Anche per i nuovi screening neonatali, così come abbiamo visto per i vaccini, non si tratta di strumenti che consentono di affrontare sempre problemi di salute che sono scontatamente prioritari. In tutti i campi della sanità si rende, oggi più che mai, necessario effettuare una corretta valutazione di priorità per rendere massimo il vantaggio di salute che si può ottenere con gli strumenti che la ricerca scientifica e le industrie mettono a disposizione del personale sanitario: nuovi farmaci, nuove tecniche, nuove tecnologie e nuovi vaccini.

Questo è opportuno anche per i vaccini, per i quali non deve valere un approccio "ideologico" per cui siano sempre necessariamente, come era vero per il passato, una priorità di sanità pubblica e quindi debbano essere automaticamente inseriti tra i livelli essenziali di assistenza (LEA).

Giovanni Gallo
Network Italiano dei servizi di vaccinazione

Bibliografia

1. Istituto Superiore di Sanità - SIMI. Dati di sorveglianza sulle meningiti; <http://www.simi.iss.it/dati.htm>.
2. Grosse SD, Boyle CA, Kenneson A, Khoury MJ, Wilfond BS. From public health emergency to public health service: the implications of evolving criteria for newborn screening panels. *Pediatrics* 2006;117 (3): 923-9.

Modelli organizzativi per l'assistenza al bambino con patologia cronica

Ho letto l'editoriale di Gianni Mastella sul numero di marzo 2006 sull'assistenza al malato di fibrosi cistica. Qualche giorno prima era uscito il VI Rapporto annuale del Coordinamento Nazionale delle Associazioni Malati Cronici-Cittadinanzattiva. Nel rapporto sostanzialmente vengono elencati gli stessi problemi. 25 associazioni su 30 definiscono come estremamente critica l'integrazione ospedale-territorio per la mancata disponibilità di assistenza domiciliare "specie per i bambini".

Alla luce di quanto sopra vorrei fare due osservazioni:

1. Il problema riguarda tutte le malattie croniche: si valuta che circa un bambino ogni 250 presenti una malattia genetica e/o una disabilità complessa. Per alcuni problemi esiste un protocollo assistenziale definito, per cui può essere sufficiente la presenza del solo "responsabile terapeutico", cioè del medico di base. Per altri sono necessari un protocollo assistenziale più complesso e interventi personalizzati e integrati. La FC è un caso paradigmatico di questi, ma non il solo.

2. Mi pare sia tempo di correggere la semantica di "ospedale-territorio" (estremamente precisa per il primo, troppo evanescente per il secondo termine), sostituendole due termini strutturalmente, almeno per il futuro, di pari peso, e cioè ospedale-distretto, dato che sono queste due le entità organizzative che occorre costringere a collegare.

Decisamente legata alla seconda osservazione è la pratica impossibilità di richiedere al pediatra (o al medico di medicina generale) di "farsi carico" di un paziente complesso, visto che il medico di cui si parla non ha alcuna possibilità pratica di gestire risorse umane ed economiche (al di là del ricettario) e spesso non ha neppure un preciso interlocutore (o ne ha troppi) per ottenerle. La sua presenza "competente, attenta e mirata", non serve se non può gestire risorse o rivolgersi a qualcuno molto preciso che ha il potere di gestirle perché le ha a budget. O il medico diventa un case manager con reali poteri di disporre direttamente o indirettamente di risorse, oppu-

re la sua funzione può essere declamata, come facciamo da due decenni, ma non assolta. Il problema quindi non è spingere sul medico, ma spingere sul distretto.

Giustamente, dice Gianni Mastella, il modello assistenziale deve tenere conto di due esigenze: il centro di eccellenza e il territorio (distretto).

Nel primo si trova la competenza, e nel distretto deve essere collocata la necessità di trovare elementi per la costruzione di reti assistenziali nel sistema sociale dove vive il bambino/ragazzo e dove è possibile l'utilizzazione dei fattori protettivi tipici del capitale sociale localmente disponibile. Può fare questo il medico da solo? Ammesso che il centro di eccellenza funzioni, se non si fa funzionare il distretto, con la sua direzione e le sue unità operative ogni tentativo di integrazione mi sembra destinato al fallimento. Con poca responsabilità per il medico di base. Un aiuto alla comprensione del problema può essere ottenuto dal Documento 2005 sui servizi sanitari in: www.acp.it. Sezione Documenti.

Giancarlo Biasini
Centro per la Salute del Bambino

Non ho molto da aggiungere alla visione lucida e pragmatica del prof. Biasini. Non può esistere un modello assistenziale diverso da quello da lui auspicato. Ci sono tuttavia alcuni aspetti che vorrei sottolineare, aprendo, se possibile, una discussione molto allargata, che individui i bisogni non solo delle famiglie e dei bambini cronici, ma anche dei pediatri ospedalieri e di famiglia e degli stessi distretti:

a) la pediatria ospedaliera di III livello che (più frequentemente) ha in carico i malati cronici non è in grado di garantire un modello assistenziale che esce fuori dall'ospedale, ma è suo compito quello di sollecitare-assicurarsi-proporre un modello integrato di cura domiciliare (quasi sempre necessariamente personalizzato);

b) il pediatra di famiglia (PdF) non ha le risorse economiche e umane, dice Biasini, per garantire da solo l'assistenza al malato cronico, ma a mio avviso è anche suo compito quello di coordinare l'assistenza e rendere il distretto informato sui bisogni "di cura" del bambino con patologia cronica e della sua famiglia. Il PdF ha mediamente in carico 4 bambini con malattia genetica o disabilità complessa. Non molti per non farsi partecipe a 360 gradi di una cura integrata che lavori per specifici obiettivi di cura;

c) certo, spetta al distretto organizzare l'assistenza domiciliare. E questo è forse l'aspetto più critico perché i distretti spesso non hanno una specifica formazione pediatrica, hanno carenza di personale, sono troppo dipendenti (o lontani) dall'ospedale, spesso poco in sintonia con la PdF ecc. In alcuni casi

non esistono, o meglio non hanno (perché non riconosciuti) una sufficiente organizzazione e professionalità per essere chiamati "distretti di cura" (se possibile vorrei essere smentito su questo).

Tuttavia, i progressi compiuti negli ultimi anni sono stati notevoli e sarebbe bello avere a disposizione una mappa territoriale (a partire dalle direttive regionali, ma senza fermarsi qui) dei modelli organizzativi e dei bisogni dei bambini e delle famiglie con patologia cronica.

"Medico e Bambino" vuole farsi portavoce di questa assoluta necessità organizzativa e assistenziale. Abbiamo parlato nel corso degli ultimi anni di assistenza ospedaliera e territoriale al bambino con paralisi cerebrale, di assistenza domiciliare al malato oncologico ecc. Tutto questo è più presente in alcune realtà territoriali rispetto ad altre, ed è ancora troppo dipendente da "buone volontà" e dalle sollecitazioni di associazioni di famiglie per bambini con patologia cronica, piuttosto che essere un diritto-dovere che ha in primis un modello organizzativo a cui doverosamente ci richiama il prof. Biasini.

Federico Marchetti

Appropriatezza degli interventi di cooperazione

Nel numero 1/2006 di *Medico e Bambino*, accanto a una lettera di una pediatra che lavora in un centro pediatrico di *Emergency* in un campo profughi in Sudan, è riportata una indicazione sulla ricerca di personale pediatrico che collabori con noi. Siamo grati di questa non nuova collaborazione, dell'attestazione di amicizia e di stima che essa include. Commentando la lettera del "nostro" pediatra, Giorgio Tamburlini dedica la maggior parte del suo contributo a una valutazione critica dell'iniziativa di *Emergency* di costruire in Sudan un centro di cardiocirurgia.

Per motivi di rispetto e di amicizia, crediamo doveroso interloquire con lui e con gli argomenti che presenta. Chiedere e fornire chiarimenti è più sensato e più fecondo di qualsiasi polemica. Anche più adeguato al contesto. Un'osservazione, anzitutto, da considerare piccola, o piccina, in ragione dell'autoreferenzialità.

Emergency nasce bensì per aiutare le vittime di guerra, ma deve constatare "sul campo" che intorno a una struttura che svolge attività sanitaria - dove non esistono altre strutture sanitarie - si manifestano necessità e bisogni ai quali per ovvie ragioni (si definiscano deontologiche o "di umanità, o diversamente ancora) non è possibile sottrarsi.

Povertà e abbandono diventano così, ineludibilmente, motivi della nostra atti-

vità, che non riuscirebbe a limitarsi ai "casi" direttamente connessi alla guerra. (Per includere questi "altri casi" tra quelli previsti per l'attività di *Emergency*, nel 2002 abbiamo modificato lo Statuto dell'Associazione). Una considerazione - o almeno: una convinzione di *Emergency* - di maggior respiro. Le attività di una, molte, moltissime ONG, di tutte quante ve ne sono e di altre ancora da creare, non potranno mai fornire la soluzione del problema: il superamento definitivo e stabilizzato di condizioni di difficoltà, ingiustizia, disuguaglianza - nell'ambito del "diritto alla salute", per limitarci al tema. Se si ritiene errato questo presupposto e si pensa, al contrario, che "il problema" si risolva attraverso attività delle ONG, allora si possono trarre alcune conseguenze. In particolare se ne potrebbe ricavare un "paradigma", un criterio unico di comportamento vincolante per tutte le attività ritenute idonee al conseguimento di un medesimo risultato: quel "superamento definitivo" di cui si è detto.

Se si ritiene invece - come, ahinoi, riteniamo - che questo esito non è raggiungibile attraverso le attività e gli interventi, pur moltiplicati e intensificati, delle ONG?

In questo caso, le attività delle ONG non costituiscono le parti (le componenti materiali, i segmenti, i mattoni...) di un disegno compiuto o di un sistema organico complessivo. Questo "sistema organico e complessivo" può instaurarsi per altre vie, diversamente designabili: ad esempio - con parole rese insopportabili dall'abuso - con una nuova, tutt'affatto diversa "politica mondiale"... In questo orizzonte si ridefinisce il senso dell'agire delle ONG. "Il senso", non "il compito": ogni soggetto ha l'obbligo di definire il proprio, non potendo sottrarsi a questa responsabilità, sempre angosciante, dal momento che a ogni scelta corrisponde comunque una quantità infinita di "omissioni" - diciamo pure di "rifiuti". Questa intrinseca sproporzione tra l'estensione delle domande e la limitatezza estrema delle risposte esibisce la modesta rilevanza quantitativa delle azioni e delle iniziative delle ONG.

"Salvare una vita è salvare il mondo": è più che una battuta brillante e non è un paradosso ma un enunciato descrittivo, se dice il valore assoluto, non trattabile o scambiabile dell'esistenza umana.

Interventi che portino a salvare esistenze umane hanno in se stessi il proprio valore, non sono subordinati a un altro fine "superiore", dal momento che un fine "superiore" non si dà. Se in questo consiste l'attività delle ONG, non ha luogo la pretesa di ricercare in altro il loro significato.

Pure, in considerazione della loro insuperabile limitatezza, le attività delle ONG rivestono anche la funzione di indicazioni, ammonimenti, richiami, suggerimenti ri-

Lettere

volti alla comunità degli esseri umani. Vitime d'armi d'ogni genere, di incidenti stradali e traumi di varia origine, di malaria o da malformazioni congenite... s'incontra un'estrema varietà di patologie negli elenchi degli oltre due milioni di persone che *Emergency* ha curato in dodici anni, continua e continuerà a curare. Per le ragioni cui abbiamo accennato, abbiamo considerato per ogni aspetto insufficiente perseguire obiettivi di mera quantità.

Il limite che si subisce nell'essere costretti a dire "non posso" è tuttavia diverso dal limite che deriverebbe da un implicito o esplicito "non ti spetta".

Se l'uno è la denuncia di un'ingiustizia, l'altro potrebbe configurarsi come l'accettazione di questa ingiustizia, una sua "fondazione", la sua teorizzazione. Somiglierebbe a una negazione esplicita della proclamata universalità dei diritti umani. Qui si collocano ragioni e significato di scelte come quella, discussa da Giorgio Tamburlini, di un centro di cardiocirurgia in Sudan. Abbiamo premesso e motivato le ragioni della nostra convinzione che un "paradigma" che determini - predetermini - il contenuto degli interventi delle ONG non sia possibile. Ogni osservatore di questo mondo ne constatterebbe anche la impraticabilità di fatto. *Emergency* non intende contraddire questa convinzione e questa constatazione attribuendo alle proprie scelte un valore o una portata "esemplare". Un insieme complesso e composto di fattori culturali e materiali è all'origine delle decisioni e delle azioni di ciascuna ONG.

Non da meschine gelosie o da burocratiche

rivendicazioni di competenza deriva una "autonomia" nelle decisioni, ma dalla natura stessa di soggetti che hanno alla loro base un volontariato consapevole e responsabile, connotato da sensibilità, convinzioni e motivazioni.

Per parte sua, *Emergency* conosce e coltiva la preoccupazione che le iniziative sue non siano d'intralcio per altre che, con criteri simili o differenti, perseguono scopi uguali o analoghi. Seguiamo percorsi che ci assumiamo la responsabilità di considerare giusti, a volte doverosi.

Abbiamo attenzione e portiamo rispetto agli assenti e alle obiezioni che le nostre decisioni incontrano. Sappiamo che gli uni e le altre si nutrono di motivazioni tra loro diverse, generalmente comprensibili. Non dividerle, quando non si dividano, non coincide con ritenerle errate: significa semplicemente ritenerle diverse dalle convinzioni proprie.

Riservare, anche nel proprio sguardo, uno spazio alla pluralità - al "pluralismo" - rientra, crediamo, tra i numerosi presupposti condivisi e comuni.

Carlo Garbagnati
Vicepresidente di *Emergency*

*Grazie. La sua risposta, che pubblichiamo integralmente, mi pare eluda i problemi e le obiezioni (tre, abbastanza precise) che avevo posto al progetto di ospedale cardiocirurgico in Sudan, proponendo considerazioni di ordine quasi metafisico che confermano che la filosofia di *Emergency* è quella di trovare al proprio interno le ragioni e le giu-*

*stificazioni delle proprie azioni. Tale filosofia ("seguiamo percorsi che ci assumiamo la responsabilità di considerare giusti, a volte doverosi") non mi pare accettabile per chi pretende di intervenire sul mondo e sulle vite degli altri e non solo sulla propria, e con risorse che si chiedono agli altri e non solo a se stessi. Lei dice: "Interventi che portino a salvare esistenze umane hanno in se stessi il proprio valore". Sono d'accordo, purché però si aggiunga: a condizione che non compromettano direttamente o indirettamente la vita di altri. È vero che Lei dice ancora: "Per parte sua, *Emergency* conosce e coltiva la preoccupazione che le iniziative sue non siano d'intralcio per altre che, con criteri simili o differenti, perseguono scopi uguali o analoghi". Ma non si tratta di badare solo a non intralciarsi, come se ognuno avesse il diritto a un suo spazio, alla sua bandierina. Si tratta, come dovrebbe risultare chiaro a chiunque si sia avventurato non transitoriamente e non acriticamente nel mondo della cooperazione e dell'aiuto umanitario, di fare di più: di cercare il confronto, la collaborazione e il coordinamento. Guai se no: abbiamo visto fin troppe di queste bandierine sui campi disperati dei Paesi poveri, dove mi sa che noi cerchiamo soprattutto la nostra redenzione. C'è una sempre attuale dialettica tra etica della testimonianza ed etica della responsabilità, che andrebbe mantenuta viva.*

Infine, il pluralismo degli approcci, per quanto ci riguarda, è fuori discussione, purché sia ammessa, considerata, e, credo, attivamente ricercata la critica costruttiva.

Giorgio Tamburlini

IL DOLORE NEL BAMBINO: DALLA TEORIA ALLA PRATICA

II Edizione - Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima, 8-9 settembre 2006

Con il patrocinio dell'ACP e della SIP - Sezione Friuli Venezia Giulia

Venerdì 8 settembre

LA DIAGNOSI: OVVERO IL DOLORE COME STRUMENTO DIAGNOSTICO E LA DIAGNOSI DEL DOLORE IN SÉ

modera *Alessandro Ventura*

- 9.00** Il dolore che fa fare la diagnosi: i trucchi del mestiere dall'esperienza di un grande vecchio - *F. Panizon*
- 9.30** Il dolore che porta alla diagnosi di tumore - *M. Rabusin*
- 10.00** Il dolore nella pediatria ambulatoriale - *R. Cavallo*
modera *Federico Marchetti*
- 11.00** Il dolore che nasce dalla psiche: patologia somatomorfa e da inganno - *R. Aliverti, A. Ventura*
- 12.00** La cefalea tra la psiche ed evidenze farmacologiche di trattamento
A. Scabar

LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PRATICA

modera *Egidio Barbi*

- 14.30** Dove siamo nella realtà: il trattamento del dolore nel bambino negli ospedali italiani (resoconto di uno studio di sorveglianza nazionale) - *L. de Seta*

- 15.00** Il dolore cronico nel bambino non guaribile - *F. Benini*

- 15.30** Perché si sbaglia: la gestione del dolore attraverso i casi clinici dal vivo - *I. Robieux, A. Comici, G. Nassimbeni*

modera *Franca Benini*

- 17.00** Come l'infermiere valuta e gestisce il dolore in corsia
L. Mingone, D. Turco, P. Lazzarin

Sabato 9 settembre

LA TERAPIA: IL QUANDO E IL PERCHÉ DEI FARMACI DEL DOLORE

modera *Marco Rabusin*

- 9.00** I farmaci nel trattamento del dolore: dall'off label alla razionalità della prescrizione - *F. Marchetti*
- 9.30** Trattare il dolore addominale con farmaci? Un vecchio mito da sfatare - *D. Radzik, G. Pelizzo*
- 10.45** Decisioni alla fine della vita: terapia palliativa, astensione terapeutica, eutanasia e bambini - *E. Barbi*
- 11.15** I farmaci dell'anestesia in corsia e in pronto soccorso: un protocollo condiviso? - *E. Barbi, F. Benini, E. Guglia, A. Sarti*

SEGRETERIA SCIENTIFICA

dott. Egidio Barbi - ebarbi@libero.it
dott. Federico Marchetti - marchetti@burlo.trieste.it
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EKIPEVENTI sc - P.O. Box 830 - TRIESTE
Tel/Fax 040 4260183 - m. ph. 347 1252693; <http://www.ekipeventi.it>
e-mail: dolore2006@ekipeventi.it - carla@ekipeventi.it