

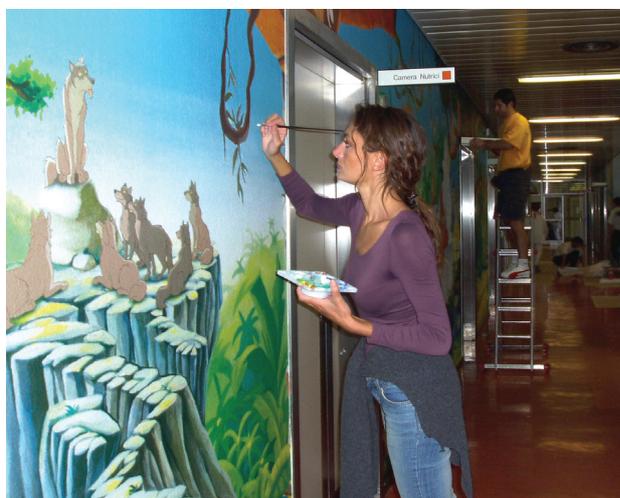
Lettere

Ospedale a colori

Nel 1996, a Sondrio, nasce ABIO, associazione di volontariato che si occupa dei bambini ricoverati, favorendo l'umanizzazione della degenza, soprattutto coinvolgendo i piccoli pazienti in attività ludiche. Le volontarie dell'ABIO, preparano con passione molti posters gradevoli per ornare le pareti del reparto, con personaggi di favole e con protagonisti dai racconti di Disney, il che rende il reparto stesso molto piacevole.

Una piccola sezione della pediatria, quella per le forme infettive, resta in pratica senza disegni, e qualche mamma esprime subito una lamentela, confrontando questi spazi vuoti con quelli colorati.

Il lavoro condotto dalle volontarie rende soddisfatti i medici e le infermiere che sentono di avere una pediatria più calda. All'inizio del 2004 succede qualcosa di nuovo. Il dottor Grazioli del Credito Valtellinese viene a vedere il reparto e decide a nome del suo gruppo di far decorare le pa-



reti del corridoio, con storie che devono coprire tutte le pareti. Per avere il massimo si decide di contattare la Disney, che si impegna nel progetto, avvalendosi della collaborazione di Sally Gallotti. A metà settembre arriva l'équipe che deve allestire le pareti con una tecnica assolutamente innovativa, e già si capisce che a lavoro terminato le pareti saranno bellissime.

Dal punto di vista estetico ci troviamo di fronte a un gioiello. In effetti le figure dei personaggi sono splendide, le pareti sono ricoperte interamente e le storie continuano anche sulle porte, su cui compaiono figure di animali che permettono anche di personalizzare le stanze. Bambini piccoli e grandi, genitori, fratelli, parenti ne restano incantati e inizia la processione di medici e infermieri da altri reparti per vedere il "capolavoro" che piace davvero a tutti. Sembra effettivamente di essere immersi in un acquario, di toccare i pesciolini (una piccola li accarezza convinta di toccarli), oppure nella giungla a contatto con lupetti, elefanti ed elefantini, scimmie, pantere e tigri (anche gli animali feroci hanno un'espressione dolce e accattivante).

Credo che sia evidente quello che gli psicologi dicono a volte con parole difficili: l'ambiente adatto riveste un ruolo fondamentale; contribuisce in maniera determinante a diminuire l'ansia del bambino e può avere anche un ruolo nella sua guarigione.

Quando un bambino entra in un reparto, anche solo per un day hospital o per effettuare un prelievo, si trova subito immerso in storie a lui familiari; viene pertanto distratto dal problema che può preoccuparlo, e capisce di trovarsi in un ambiente che vuole bene ai bambini e li rispetta.

Se il ricovero è più prolungato, il bambino può leggere sulle pareti o ascoltare dalla voce delle volontarie le storie che i muri raccontano. I bambini riescono a far rivivere storie a loro familiari. È evidente che le storie sono orientate prevalentemente ai bambini della scuola

materna o elementare, ma di fatto già numerosi ragazzi dai dodici ai quattordici anni hanno espresso ammirazione per il lavoro, che li riporta di qualche anno indietro, facendoli rivivere storie già considerate bellissime.

Sono felice.

Gilberto Bonora
Primario di Pediatria, Ospedale di Sondrio

Bene, un'altra storia felice. Finiamo e cominciamo bene il solstizio d'inverno (NB. la lettera risale all'anno scorso).

Franco Panizon

Ruoli e funzioni del pediatra

Ancora una volta prendo spunto da *Medico e Bambino* (ottobre 2004, "Il mondo povero e la questione degli aiuti"). Forse va proprio cambiata la quotidianità, nel senso che bisogna scegliere non di "chiudersi", ma di "aprirsi". Purtroppo ormai viene tutto vissuto e interpretato come "slogan": "la giornata dei diritti del bambino", "la giornata del..." e, qualche volta, la *giornata* diventa l'anno. Fuochi che si accendono, brillano, riscaldano i cuori e si spengono, consumandosi nello stesso giorno. Mancano la cultura, la documentazione, l'informazione, la conoscenza, la comunicazione o l'"educazione" a vivere modelli di vita più umani che, alla fine, pagherebbero di più di una "questione strettamente economica". Bisognerebbe iniziare dai bambini, dai ragazzi, dagli adolescenti, che oggi non hanno più "riferimenti attendibili, autorevoli".

Chi informa, chi fa un'educazione sociale etica? Il pediatra "missionario" forse dovrebbe incominciare a fare il missionario anche in Patria. Se non insegniamo ad aiutare in patria i "bisognosi" di cura e attenzione, quale cultura rischiamo di esportare? Condivido, ma non all'eccesso, il puntare con tanti uomini e mezzi, sull'argomento "allattamento" al seno, ma penso che il sostegno alle madri o, meglio, alle famiglie, vada promosso con uguale partecipazione e intensità anche nel "dopo". Quando i genitori si ritrovano con il bambino in casa o che entra all'asilo nido o nei vari ordini e gradi della scuola o nei gruppi o nelle associazioni sportive e non, chi si occupa di loro?

Tra le varie materie e i vari docenti, educatori, istruttori, allenatori, psicologi, perché non può essere anche inserito un pediatra? La faccenda potrebbe riguardare davvero i pediatri? Secondo me sì!

E forse basterebbe solo, come si suole dire oggi, un recupero di risorse umane, e potrebbero essere recuperati quei pediatri

interessati e motivati, ma alla fine della loro carriera "attiva".

**Antonio Sabino, UO di Pediatria
Ospedale di San Vito al Tagliamento (PN)**

Se per "pediatri missionari" intendiamo quelli che vanno a lavorare, per tempi diversi della loro vita, nei Paesi poveri, io penso che loro stessi, se tornano, quando tornano a casa loro, portano un sé diverso, che potrebbe anche essere infastidito dai non-problemi che gli vengono sottoposti ma che, più spesso, è ingentilito da un più alto livello di comprensione, per una maggiore consapevolezza delle ingiustizie e delle precarietà del mondo e per una maggiore capacità a trasmettere (a livello subliminale) messaggi di equilibrio, di giustizia, di relativismo, di formazione, non superficiale, della famiglia.

In realtà, nella progressiva atrofizzazione del mio cervello e della mia capacità di comunicazione, penso che il medico, anche se questa parola lo infastidisce, ha sempre, anche nel poco eccitante lavoro quotidiano, una valenza missionaria. Se poi il pediatra, missionario o non missionario, possa realmente entrare nel processo educativo della famiglia, questo non lo so (affronteremo la questione anche nell'incontro organizzato con gli amici laziali e umbri, questo maggio a Roma (vedi programma allegato).

Io dissento, comunque, sull'idea che manchino cultura, documentazione, informazione, conoscenze. Tutte queste cose (e anche, naturalmente, il bisogno di queste cose) sono, a mio avviso, infinitamente più diffuse, non solo tra i pediatri, ma anche tra la gente, rispetto a cinquanta, quaranta, trenta anni fa.

Sono bisogni, informazioni, conoscenze, in parte superficiali, in parte confusi, certo troppo orientati al "se stesso" anziché all'"insieme". Questo è il frutto indiretto del potere del denaro, la faccia oscura (e ineliminabile) del progresso. Ma, al progresso, io credo lo stesso.

Se posso dare un vecchio suggerimento sommo, in tutto questo, nel sentirsi missionari, in casa e lontano da casa. Non sentirsi mai a un livello superiore. Ascoltare e imparare per potere, appena appena, insegnare, no, scambiare qualcosa. Et surtout, pas trop de zèle.

Franco Panizon

Malocclusione e patologia respiratoria ostruttiva

Sul numero 9/2004 di *Medico e Bambino* un collega elenca una serie di problemi sui quali ci si domanda spesso se si tratti di superstizioni o verità non dimostrabili, chiedendo di dedicare un articolo del tipo "vero o falso". Fra questi leggo: "i denti

causano la tosse con catarro". Vorrei sottolineare che su questo tema sono comparsi su *Medico e Bambino* i seguenti articoli:

1. Bernkopf E, Broia V, Bertarini AM. Ortodonzia e patologia respiratorie ostruttive. *Medico e Bambino* 1997;16(1):23-27.
2. Bernkopf E, Broia V, Bertarini AM, Polcino P, Macri F. La respirazione orale e il ruolo della malocclusione. *Medico e Bambino* 2002;21(2):107-112.

**Edoardo Bernkopf
Odontoiatra, Vicenza**

Le cause dell'alitosi: percezione, segnalazioni ed evidenze

Nella rubrica "Lettere" di *Medico e Bambino* dell'ottobre 2004, pag. 547, ne è stata pubblicata una del dottor Auro Della Giustina in cui si domanda come interpretare e curare il sintomo alitosi. Lo scrivente osserva nella sua lettera di aver notato che talvolta l'alitosi si accompagna a stipsi, flatulenza, aerofagia, meteorismo, colon irritabile. Il dottor Della Giustina avanza inoltre l'ipotesi che l'alitosi possa derivare da un reflusso gastroesofageo, dato il buon risultato ottenuto nel trattamento della stessa mediante l'uso di un procinetico, come segnalato precedentemente dal dottor Mariggio nella stessa rubrica (*Medico e Bambino*, numero 5/2002, pag. 286). Io da molti anni vedo abbastanza frequentemente casi di alitosi dovuti a intolleranza/allergia alimentare, che scompare o migliora dopo sospensione dell'alimento in gioco (spesso è il latte vaccino), e che recidiva dopo reintroduzione precoce dello stesso. Ho provato anche a scrivere un lavoro, documentando tale fenomeno con carico in doppio cieco dell'alimento sospetto, alternato con placebo, evitando così di essere definito aneddótico. Purtroppo i miei sforzi non sono stati sufficienti e il lavoro non è stato accettato. Posso solo riferire che l'odore dell'alito viene definito in vari modi dai genitori, per esempio "pesante", agiaceo, acetoneo, fecaloide.

Va osservato che i sintomi descritti come associati all'alitosi dal dottor Della Giustina e cioè stipsi, flatulenza, aerofagia, meteorismo, colon irritabile e anche il reflusso gastroesofageo possono essere dovuti anch'essi, guarda caso, a intolleranza/allergia alimentare, e così il cerchio si chiude.

Colgo l'occasione per segnalare altri sintomi poco noti, che possono essere dovuti a intolleranza/allergia alimentare, anche secondo la mia esperienza. Essi sono: i cosiddetti dolori di crescita agli arti inferiori, le "restless legs" o gambe senza riposo (di cui si è parlato qualche numero fa su *Medico e Bambino* senza menzionare la possibile origine alimentare), l'iperatti-

vità, i "temper tantrums" o accessi d'ira. Di tutti c'è stata segnalazione in letteratura non recente, eccetto che per gli accessi d'ira, per quanto a mia conoscenza.

**Ettore Cardi
Gastroenterologo pediatra, Roma**

Procinetico contro placebo (o quasi)

Essendo stato chiamato in causa sul numero di ottobre 2004, pag. 547 di *Medico e Bambino*, sento il dovere di rispondere. Vorrei chiedere: quando non sono presenti cause locali "formalmente riconosciute" come adenotonsilliti, sinusiti, carie dentali, ed è comunque presente alitosi, quale spiegazione dare? In questo caso, a mio parere, suffragato da una esperienza positiva, il meccanismo eziopatogenetico dell'alitosi nel bambino (ma anche nell'adulto) è neurovegetativo: ansia ->antiperistalsi gastrointestinale ->risalita di gas gastrointestinale ->alitosi.

Sulla base di tale ipotesi, in questi ultimi due anni, ho continuato a prescrivere un procinetico (es. clobopride) mattina e sera, per cicli di 10 giorni, ottenendo sempre la scomparsa dell'alitosi. Con soddisfazione della mamma e mia, naturalmente. Provare per credere.

Il professor Panizon, per dare scientificità al mio metodo, propone la prova contro placebo. Non c'è problema. Le mamme, quando mi interpellano per l'alitosi del figliolo, hanno già somministrato i famosi fermenti lattici, senza alcun esito. I fermenti lattici costituiscono praticamente un placebo.

**Antonio Mariggio
Pediatra, Manduria (TA)**

*Come "la bellezza è negli occhi di chi guarda", forse "l'alitosi è nel naso di chi annusa". Di fatto non tutti i lavori che hanno cercato di standardizzare "l'alito cattivo" sono riusciti a dimostrarne la riproducibilità tra diversi osservatori; tant'è che nell'adulto esistono i termini di "alitosi psicosomatica" e "alitifobia", che parlano da soli. Un recente lavoro pediatrico (*Pediatr Dentistry* 2003;25:553-8) ha trovato solo una debole correlazione tra la percezione materna e quella di un osservatore indipendente. Di fatto, l'unico elemento consistentemente documentato in letteratura è la relazione tra alitosi e produzione di composti volatili dello zolfo da parte della flora anaerobica della placca batterica e/o della patina linguale (con qualche incertezza sul ruolo prevalente di metilmercaptano, solfuro di idrogeno o dimetilsolfuro). Correntemente, gli unici interventi dimostratamente efficaci sono il lavaggio dei*

Lettere

dent, gli sciacqui orali e lo "spazzolamento" della radice della lingua. La faccenda è ulteriormente complicata dal fatto che il potere "odorogeno" dei vari composti chimici non è uguale, cosicché non può essere escluso che altri volatili, presenti solo in tracce, possano avere un ruolo più importante di sostanze presenti in concentrazioni maggiori. Fuori dalla bocca vi sono solo ipotesi. Per seguire un minimo di razionalità, bisognerebbe comunque ricordare che mentre noi respiriamo 20-30 volte al minuto, anche nei casi peggiori si verificano solo 3-4 episodi di RGE all'ora: sembra improbabile che questi possano fornire un odore "costante" all'alito; al più si potrebbe parlare di "eruttazioni" maleodoranti.

Per quanto riguarda l'effetto delle diete, non sembra esservi nulla di consistente. Forse, tenendo presente che una quota non trascurabile (10-30%) dei gas prodotti nel colon viene assorbita dalla circolazione, trasportata ai polmoni e quindi escreta con l'aria espirata, si potrebbe ipotizzare che diverse modificazioni dietetiche, modificando la flora colica (almeno transitoriamente), modifichino i gas prodotti e quindi, forse, anche l'alito. Forse anche senza dover scomodare l'allergia. Le osservazioni del professor Cardi su questo punto possono essere preziose, ma né lì né nelle osservazioni del dottor Mariggiò, c'è un vero confronto versus placebo. Un ragionamento simile potrebbe essere invocato per il supposto effetto del procinetico (con l'aggiunta che, per clebopride, sembrano esserci più segnalazioni di effetti indesiderati che di effetti utili).

In conclusione, laddove l'alitosi sia davvero un problema, dopo aver pensato a sinusite e corpi estranei, l'unico intervento di provata efficacia è l'igiene orale. Se è presente stipsi, che a sua volta potrebbe suggerire una intolleranza al latte, la stipsi va trattata (ma non con procinetici), indipendentemente dall'alito.

Massimo Fontana

La gestione del bambino con diarrea acuta

A. Guarino e F. Albano in "Bambini e Nutrizione", numero 2/2004, affermano che "il 97% dei pediatri italiani non applicano correttamente le linee guida per la gestione della diarrea acuta". Penso sia doveroso domandarsi il perché. Siccome personalmente mi riconosco fra i reprobati fino al collo, nel mio piccolo l'ho fatto. E mi confesso. Alla base probabilmente c'è la mia cocciutaggine di montanaro abruzzese. Magari la fortuna mi deve aver dato una mano: in più di cinquant'anni avrò ricoverato, per diarrea, sì e no sei o sette bambini, ma più per inadeguatezza dell'as-

sistenza domiciliare che per gravità.

Un esame di coscienza fa poi affiorare altri peccati. Non ho mai prescritto le soluzioni reidratanti, semplicemente perché i bambini non le vogliono. Non sono buone, loro piangono, e le mamme ripiegano su acqua, tè, camomilla o per i più grandi sulla Coca-Cola.

La sospensione dell'alimentazione per 12, anziché 6-8 ore, non mi ha dato problemi. Tanto più che quasi sempre questo tempo combaciava col sonno.

In assenza di latte materno, ho reintrodotta quello vaccino o in polvere attraverso diluizioni decrescenti. Per le pappe o i pasti "solidi" ho optato per ritornare, in 48-72 ore, alla dieta abituale.

Una volta assicurato l'apporto liquido, lo sciroppo a base di caolino, pectina e algedrato è stato il cardine della terapia farmacologica. In caso di feci con strie di muco o di sangue ho somministrato qualche goccia di colistina. L'alvo si normalizza presto, scompaiono i dolori addominali, la cute del podice non si irrita, i genitori si mettono tranquilli. Ora quello sciroppo non c'è più; forse non "rende". Il produttore interpellato ha risposto che, magari, se ne riparla a marzo, ma non è sicuro. Sarebbe una perdita, dal momento che senza farmaci non ci sta nessuno, e si finisce per usarne ben di più "pesanti". I fermenti lattici, pardon, i probiotici, sono ormai nella categoria del "fai da te"; mi sono indifferenti. Curiosa la storia dei probiotici. Nei secondi anni '50 la Luso Farmaco aveva commercializzato il *Bifidosio*, un nome un programma. Non ebbe la minima fortuna.

Ora, ben che mi vada, mi attendo la scomunica. Quel 97% tuttavia, un po' provocatorio lo è. Mi sorgono spontanei almeno altri due quesiti. Che percentuale avrebbero trovato Guarino e Albano fuori d'Italia? Come sarà la situazione in rapporto a linee guida relative ad altre patologie?

Liborio Serafini
Pediatra, Busto Arsizio

Non sarei così pessimista: dire che "il 97% dei pediatri non applicano correttamente le linee guida" non equivale a dire che il 97% dei bambini con diarrea non sono trattati adeguatamente. Di fatto, diversi lavori in diversi Paesi industrializzati dicono che almeno il 50% dei bambini di 6-36 mesi riceve un trattamento "accettabile"; forse quelli più grandi sono trattati meno bene, ma forse è meno importante.

Certamente, come tutto in medicina, la scelta "giusta" è tanto più critica quanto più è critico il paziente, e viceversa. In Italia non si muore (quasi) più per diarrea, ma i casi più gravi, cioè quelli che si salvano solo perché ci sono degli ottimi Ospedali (e, comunque, ogni tanto qualche morto c'è

ancora), sono quelli con disidratazione ipernatremica, e la disidratazione ipernatremica è "sempre" una figlia iatrogena delle bevande iperosmolarie (il succo di frutta, le tisane "per bambini", la bevanda in bottiglia ecc.). L'ultimo che abbiamo ricoverato (e salvato "per i capelli") beveva (e gradiva moltissimo) il tè con due cucchiaini di zucchero ogni 100 ml: osmolalità misurata > 700 mOsm, praticamente un purgante!

Le soluzioni reidratanti orali (ORS) vengono accettate se chi le prescrive è convinto: se il collega "non le ha mai prescritte", è un po' strano che possa dire che "i bambini non le vogliono". Nel nostro piccolo reidratiamo con ORS in Pronto Soccorso almeno 2000 lattanti all'anno (un centinaio vengono ricoverati in Astanteria, e un paio di decine in Reparto). In un lavoro americano è stato reidratato per os il 97% di 702 lattanti con gastroenterite (JPGN 1995;21:145-8). Più o meno lo stesso vale per i farmaci: se si è convinti e convincenti nel dire che non servono, le mamme cesseranno (prima o poi) di chiederli. Non possiamo continuare all'infinito con la storia che le mamme "vogliono l'antibiotico", "vogliono il ricostituente" ecc. Circa la rialimentazione, non mi sembra che 12 ore di digiuno siano un peccato mortale; ricordiamo però che la rialimentazione precoce si è dimostrata in grado di ridurre la durata della diarrea di 33 ore, un'efficacia di gran lunga superiore a tutti i farmaci. D'altra parte, come non ha senso (e sarebbe controproducente) cercare di ingozzare un lattante cui l'interferone indotto dai rotavirus provoca una nausea intensa (che sappiamo però durerà 12-24 ore al massimo), così è assurdo negare il cibo al bambino che ha fame. E nessuno ha mai dimostrato che pasta "in bianco" e pollo bollito sono meglio della pasta rossa e del pollo arrosto.

In conclusione, credo che, proprio perché la diarrea acuta si è semplificata, dobbiamo imparare a semplificarne il trattamento, facendolo diventare il più uniforme e il più sicuro possibile: un solo tipo di reidratazione, pochissime manipolazioni della dieta, niente farmaci. Meglio ancora se tutto questo sarà detto "prima", e non nella concitazione della malattia. Non cessa di sorprendermi il fatto che tutte le mamme sanno in anticipo cosa fare se il bambino ha la febbre (e tutte hanno in casa supposte o sciroppi), ma tutte sono prese dal panico quando ha la diarrea (e in nessuna casa ci sono le bustine di ORS).

Massimo Fontana

Nati per Leggere

Sono un vecchio e affezionato abbonato di *Medico e Bambino* che seguo dal primo

numero che conservo gelosamente. Sono convinto della serietà della rivista che ritengo abbia avuto e continui ad avere una fondamentale importanza nella formazione del pediatra, non solo di quello di famiglia. Mi ha creato una spiacevole sensazione di disagio l'Editoriale apparso sulla Rivista nel numero 10 del 30 novembre 2004 dal titolo "Quanto è buono Nati per Leggere" per 2 motivi. Il primo è la firma che non mi dice niente: è il comitato di redazione? Il direttore? Se il direttore non esprime un suo pensiero personale, perché allora avrebbe messo la sua firma. Parla allora per tutta la rivista?

Non entro in merito a "Nati per Leggere" (NpL), sulla bontà del progetto e nemmeno sui contenuti dell'Editoriale e nemmeno sulla diatriba su NpL o "Leggere per Crescere" (LpC). Ma mi sembra un insulto all'intelligenza dei lettori (e questo è il secondo motivo del disagio) la seconda parte dell'Editoriale. Prima si dice che "...la Glaxo SmithKline, già dopo i primi passi di NpL, si propone come sponsor. Il coordinamento bibliotecari di NpL ne discute e decide che una sponsorizzazione legata al mercato dei prodotti per l'infanzia non sarebbe stata opportuna. Con le stesse motivazioni generali viene gentilmente respinta anche l'offerta di uno dei maggiori editori italiani...". Ma alla fine "...Se la GSK vuol fare del bene e crede al valore della lettura nelle famiglie, potrebbe pensare di donare al progetto NpL il corrispettivo di un certo quantitativo di libri da mettere a disposizione del progetto; o di mettere a disposizione le risorse per produrre materiali e fare formazione, interventi di cui sarebbe pubblicamente ringraziata...". Non riesco a cogliere la sottile differenza. Potrebbe *Medico e Bambino* spiegarmela? La mia stima per *Medico e Bambino* è tale che non penso sia solo questione di soldi!

Riguardo infine a NpL e a LpC credo che l'obiettivo sia così importante per i bambini (e gli adulti) che bisognerebbe veramente passare sopra a differenze di etichette e fare un discorso adulto di collaborazione e sfruttamento di tutte le risorse (non solo economiche) disponibili.

Ringrazio per l'attenzione, in attesa di una risposta e, rinnovando la mia stima per la rivista, porgo cordiali saluti.

Roberto Bussi
APREF, Padova

Tutti gli Editoriali esprimono delle posizioni della Rivista, necessariamente condivise (con quelle differenze di atteggiamenti e di competenze che giustificano una firma personale). Quelli firmati M&B riguardano argomenti di maggior rilevanza per la politica editoriale e per la vita della Pediatria Italiana che richiedono una maggiore e più discussa condivisione del Comitato Scientifico (come, con le dovute proporzioni, gli Editoriali di Lancet, firmati "The Lancet"). Dunque, in questo come in altri casi, il significato della firma M&B è quella di un messaggio di tutta la rivista ai suoi lettori. Questo per il metodo. Nel merito, più ampie motivazioni per la presa di posizione critica di M&B nei confronti dell'iniziativa "Leggere per Crescere", così come si sta sempre più caratterizzando, sono ritrovabili in "Lettere" di gennaio. Infine, caro Bussi, è possibile che non risulti sempre chiara la differenza tra una sponsorizzazione commerciale aperta (come sta facendo la Glaxo) e un atto di liberalità (come avevamo proposto nell'Editoriale), ma in questo caso ci pare lo sia. Ribadiamo che marcare una iniziativa autonoma di gruppi diversi di professionisti (come i bibliotecari e i pediatri) con una sponsorizzazione "pesante" come quella di una Company che produce prodotti per bambini,

tra l'altro prescritti da una delle categorie di professionisti, non è buona cosa. Almeno così pensano i pediatri di "Nati per Leggere", gli amici bibliotecari, e anche Medico e Bambino. Peraltro, queste sono considerazioni che possono non essere condivise, e quindi Bussi e altri pediatri di famiglia che non le condividono sono ovviamente liberi di continuare a lavorare nell'ambito di "Leggere per Crescere".

Ma quello che siamo sicuri che lo stesso Bussi non farebbe mai è andare a propagandare lo stesso progetto dove "Nati per Leggere" già esiste e prospera. Perché è questo che è accaduto e ancora accade, ed è questo che riteniamo sbagliato.

Per finire, dobbiamo aggiungere a quanto sopra che M&B non ha a che fare con la gestione di NpL, che è un movimento indipendente da sigle e riviste, trasversale, autonomo. M&B non l'ha tenuto a battesimo, come non ha tenuto a battesimo altre iniziative, come la pediatria di gruppo, l'attività dei Centri Studio, il lavoro sui minori devianti dei pediatri di Napoli e via così. Certamente ha sostenuto NpL nei limiti di una rivista (attenzione, apertura, visibilità, pubblicizzazione), ma standone doverosamente al di fuori. D'altra parte NpL, proprio perché un movimento trasversale, autonomo, nato dal basso, forte di un successo intrinseco e spontaneo, alla ricerca di un'anima "nuova" della pediatria, non ne aveva più che tanto bisogno. Questo non toglie che, per le stesse ragioni sopraelencate, M&B che è una rivista "pro" e non "contro", e che ha ritenuto di cogliere fin dall'inizio il significato generale e propulsivo di un movimento che lega tra di loro i pediatri, abbia ritenuto doveroso esplicitare le sue preoccupazioni a proposito di una situazione che, comunque la si voglia leggere, contiene elementi conflittuali.

Giorgio Tamburini e Franco Panizon

P