

AZIONE POLITICA E SALUTE INFANTILE

Intere giornate restituiscono al pediatra di famiglia un senso di scarsa utilità del proprio lavoro. Il maggiore impegno quotidiano risulta infatti spesso dedicato ad affrontare quello che viene definito "acuto banale": le banali patologie. La sensazione è che i bambini siano tutti sani e che le madri siano esageratamente concentrate su patologie di lieve conto. L'impegno del pediatra si riorienta allora "onestamente" soprattutto alla de-medicalizzazione, alla de-enfatizzazione, alla restituzione alle cure di una "buona madre di famiglia" delle cure ordinarie (come lo svezzamento), la cui competenza si era spostata, chissà quando chissà come, nelle mani del medico pediatra e di patologie innocue che chiedono, per guarire, di essere affidate senza interferenze alla *vis naturae* e al tranquillizzante "bacio della mamma sulla bua".

Per contro, si affacciano sempre più numerosi in ambulatorio i bambini portatori di condizioni e patologie croniche e potenzialmente gravate da effetti a distanza, come l'obesità, rispetto alle quali il pediatra deve spesso fare i conti con un senso di impotenza: quasi mai è possibile fare qualcosa di utile per il bambino obeso.

E così il pediatra "inutile" e "impotente" alla fine della sua normale giornata di lavoro chiude il suo ambulatorio e torna a casa.

Mentre questo avviene, in un giorno qualunque, in un ambulatorio qualunque di una qualunque città italiana, con "la coda dell'occhio" lo stesso pediatra può scorgere, se sta attento, un mondo parallelo.

Con "la coda dell'occhio" vede tutti quei bambini appartenenti alle fasce a rischio sociale, che in ambulatorio non vengono a farsene nemmeno uno di bilancio di salute, dei quali sa che più spesso di altri ricevono latte adattato (e di quelli più costosi...), che saltano le vaccinazioni, che sono a più alto rischio di essere abusati o maltrattati, che vengono ipermedicalizzati da un accesso ansioso e improprio al Pronto Soccorso e da ripetuti ricoveri e indagini diagnostiche, che hanno più probabilità di sviluppare malattie croniche, e che più facilmente in adolescenza useranno alcol e droghe, si ammalano di depressione, avranno comportamenti sociali e sessuali a rischio, abbandoneranno la scuola...

Vede tutti i bambini esposti agli inquinanti ambientali, i bambini del quartiere Tamburi di Taranto che giocano e dormono esposti all'aria rossa del polo industriale che, mentre arricchisce qualcun altro, li rende orfani e li fa ammalare. I bambini che vivono nei bassi di paese, le case a piano terra che prendono aria solo dall'ingresso, a 3 metri dalle marmite che sparano loro direttamente in casa, a tavola mentre mangiano, vicino ai lettini dove dormono, l'aria tossica dei gas di scappamento; così come i bambini delle grandi città che respirano le polveri sottili e le sostanze prodotte dal traffico.

Vede i bambini che vivono vicino agli inceneritori, bambini su cui si accumulano nuovi fattori di rischio, come dicono con franchezza disarmante gli epidemiologi italiani. "La frequente presenza nelle aree di localizzazione degli inceneritori di altri insediamenti industriali, di arterie viarie ad alto traffico, di insediamenti residenziali di popolazioni socialmente ed economicamente svantaggiate pone problemi nuovi" (da: *Trattamento dei rifiuti e salute*. Posizione della Società Italiana di Epidemiologia, 6/5/2008).

Danni inapparenti, danni poco apparenti, danni a lungo termine, danni visibili con "la coda dell'occhio". Il pediatra di famiglia li vede con la coda dell'occhio perché non si è formato alla comprensione di questi fenomeni, perché non è stando seduto dietro la scrivania del suo ambulatorio che può vederli e intercettarli, perché per vederli deve guardare l'insieme dei bambini e non i singoli bambini.

Il pediatra di famiglia conosce tutto sullo streptococco, ma sa poco sugli idrocarburi policiclici aromatici o sui policlorobifenili. Sa bene medicare con cura una ferita e nell'emergenza immobilizzare un arto fratturato ma spesso non "vede" la causa degli incidenti ripetuti del bambino "disinvestito" da una madre depressa perché povera e isolata.

Gli anni passati sui testi di anatomia e di microbiologia non servono a comprendere, prevenire e combattere le nuove malattie, quelle che giacciono sullo sfondo del nostro sguardo, a comprendere i nuovi esseri umani e i loro faticosi adattamenti a un ambiente patogeno perché inquinato o perché "difficile". Sono questi i bambini che sono portatori di bisogni inevasi. Sono i bambini che non trovi in sala d'attesa, sono portatori di bisogni che spesso non vengono verbalizzati.

Per comprendere, lo sguardo deve sollevarsi dal microscopio con cui esplora le cause più prossime delle malattie, per guardare l'orizzonte dei "determinanti distali della salute".

Lo sguardo, così, assume una prospettiva politica. Perché, riprogettando le città degli uomini, possiamo sperare di ridurre l'inattività e la conseguente crescente obesità dei bambini che non possono più correre e "giocare per la strada". Solo sostenendo le famiglie, finanziariamente e con strategie di integrazione sociale (aumentando il cosiddetto "capitale sociale"), si può sperare di consentire alle madri di allevare serenamente i loro bambini, di aumentare gli attaccamenti sicuri che sono un grande fattore di protezione verso numerose patologie. Perché, solo se le madri sono tranquille, possono allattare a lungo i propri bambini, proteggerli e accudirli più efficacemente, fruire meglio dei servizi sociali e sanitari messi loro a disposizione, dedicare ai loro figli tempo per la lettura, per la ninna nanna o anche solo per "guardarli negli occhi", promuovendone lo sviluppo. Perché solo controllando le alterazioni dell'ambiente si possono evitare le malattie da inquinamento, che spesso piovono di più sul bagnato delle fasce sociali a rischio, chiudendo il cerchio perverso che vede fasce di popolazione peggiorare progressivamente la loro condizione sociale ed economica.

L'ambiente naturale e sociale va controllato e tutelato orientando l'azione alla promozione della vita e della salute dei molti, piuttosto che al profitto o al benessere di pochi, nella consapevolezza "scientifica" che gli esseri umani godono di una vita collettiva che rende dipendente il benessere di tutti dal benessere di ognuno e che non esistono paradisi privati ma solo paradisi condivisi.

Il Congresso Nazionale ACP 2007, organizzato dal gruppo locale Puglia e Basilicata, ha deciso di affidare al Presidente della Regione Puglia, Nichi Vendola, l'apertura del congresso con una lettura su "Azione politica e salute infantile", proponendo una riflessione sul nesso tra le due cose. L'anno dopo la Regione Puglia ha emanato una legge regionale per abbassare il limite della diossina emessa dallo stabilimento siderurgico di Taranto.

La diossina cancerogena, la diossina "distruttore endocrino", la diossina presente nel latte delle madri tarantine, nel cibo di tutti, negli animali, nel suolo. Questa azione cambierà la storia della salute di un grande numero di bambini tarantini, obbligando il colosso dell'acciaio ILVA, che opera a due passi dalla città, a ridurre le sue emissioni. Noi, come pediatri apulo-lucani, sappiamo di aver fatto la nostra parte, anche se piccola, in questa storia. E sappiamo che questo è stato possibile perché abbiamo almeno iniziato ad "alzare lo sguardo".

La contaminazione del lavoro del pediatra con il lavoro degli amministratori pubblici è auspicabile diventi parte integrante del nostro impegno. Una "prestazione" che merita di essere riconosciuta e meglio strutturata come parte del nostro lavoro. Il pediatra deve poter contribuire, come conoscitore dei bisogni di salute del bambino nell'ambiente in cui vive, all'azione politica di miglioramento dell'ambiente di vita dei cittadini.

Azione politica e salute infantile. Appunto.

Annamaria Moschetti

Referente regionale ACP Puglia e Basilicata

CONFONDIMENTO, CONFUSIONE E FINTA EBM: IL CASO VACCINAZIONE H1N1

Queste riflessioni arriveranno al lettore in un momento presumibile in cui la "pandemia" da H1N1 in Italia sarà in fase conclusiva. Si tratta di una speranza lecita di ritorno a una normalità assistenziale e mediatica. Quanto sta succedendo offre però lo spunto per una riflessione sul sapere in medicina, sul significato dell'epidemiologia, del termine iper-abusato di medicina basata sull'evidenza (EBM) e sul potere mediatico e dei rapporti con il potere dell'informazione scientifica.

Prendo spunto da un editoriale per molti aspetti illuminante (al di là di quelle che sono o saranno le conseguenze di questa influenza) scritto da Gianni Tognoni¹, direttore del Consorzio Mario Negri Sud. Scrive Tognoni: [...] **1.** "Il problema non è un problema in termini di aggressività della patologia di base (dell'influenza, ndr); **2.** La probabile possibilità di complicanze gravi polmonari attende ancora (ma questa attesa non sembra essere considerata urgente: i dati rimangono frammentati, ipotetici: o "clandestini"?) una quali-quantificazione epidemiologica degna di questo nome [...]; **3.** Il vaccino non ha richiesto nessun investimento serio di ricerca (di fronte a quanti investimenti, e ritorni, finanziari e, questi sì, anche preventivi?); **4.** Le previsioni dei picchi di influenza contro cui vaccinare si sono "saggiamente" spostate in avanti, per permettere di avere a disposizione il vaccino (caso estremamente suggestivo, atipico, di prevenzione?); **5.** I farmaci antivirali rimangono (nell'opinione "evidence based" della comunità internazionale) tuttora classificati come sostanzialmente irrilevanti (forse addirittura tra loro in competizione per eccessi di rischio), ma oggetto di acquisti massicci-strategici da parte di autorità nazionali (non necessariamente italiane) e di raccomandazioni "tranquille" (subliminali e no) di usarli, lanciate da esperti e non sui mass-media: come parte di quella strategia della "cautela", che include le raccomandazioni di lavarsi "spesso" le mani e di non frequentare i luoghi "affollati" (le "scuole" sono in

questo senso più gettonate di cinema, metropolitane, autobus, ma solo per pochi giorni, eventualmente: basta spaventare un po' il virus? sempre nella logica della prevenzione atipica, sopra ricordata?); **6.** Le sperimentazioni-valutazioni controllate obbediscono al clima generale di "allerta" (che coincide con la non-trasparenza): si sa che ci sono trial (su/con chi? e quanti? dove? come? difficile saperlo). Così come avere un'idea del "per quando", e "per chi" sono attesi i risultati. Arrivano notizie che parlano di studi osservazionali con protocolli in cui obiettivi "soft" di sicurezza in primo piano si intrecciano con gli obiettivi "hard" (ma "secondari"! finezze della metodologia!) di efficacia preventiva delle polmoniti (su che base epidemiologica? e con che gruppi di confronto? vedi sopra)".

Riflessioni illuminanti rispetto a quelle che sono (o dovrebbero essere) le regole epidemiologiche, cliniche e sperimentali di qualsiasi programma di valutazione e intervento in ambito sanitario (e non solo). Rispetto ai punti 3 e 4 (la vaccinazione e i picchi epidemici "spostati" in avanti) è curioso, per non dire paradossale, quello che abbiamo sentito in sedi molto ufficiali (Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute e, di riflesso, Società scientifiche) a fine settembre-inizi ottobre, rispetto a quello che si sta dicendo in questi giorni (metà novembre). Il pensiero e la strategia iniziali erano quelli di vaccinare sì le categorie a rischio (come le donne in gravidanza e gli operatori con incarichi pubblici, dai vigili del fuoco ai medici), ma poi di arrivare, nella seconda fase, a vaccinare TUTTI i bambini dai sei mesi di età.

Ora si dice, e lo dicono anche finalmente i pediatri che hanno ruoli e funzioni più o meno Istituzionali, che "non c'è alcuna esigenza di vaccinare bambini sani, ma è importantissimo che vengano rapidamente vaccinati tutti i bimbi e gli adolescenti che rientrano nelle categorie a rischio, tra le quali quelli che soffrono di malattie croniche, già stabilite dal Ministero con una specifica ordinanza che è bene abbia la massima pubblicizzazione". Risponde il Viceministro: "Prendo atto con soddisfazione delle dichiarazioni rilasciate... che confermano, al di là di incomprensioni iniziali, una posizione totalmente in linea con la strategia vaccinale del Ministero, che prevede la vaccinazione pediatrica delle categorie essenziali e dei soggetti a rischio e solo successivamente la vaccinazione della restante popolazione a partire dai più giovani".

Si direbbe che siamo arrivati a un accordo, ma a noi operatori pediatri che lavorano sul fronte restano alcuni dubbi e perplessità che, anche nell'emergenza (che è assistenziale ma soprattutto di contenimento del terrore di tanti genitori), non possono prescindere da quelle semplici regole (epidemiologiche, organizzative, di evidenze) a cui facevamo riferimento all'inizio. Le perplessità e i dubbi sono i seguenti:

a) Le categorie a rischio rappresentano il target dell'intervento vaccinale. L'impressione è che nei messaggi si sia perso di vista il vero obiettivo prioritario della vaccinazione. La disponibilità del vaccino sicuramente tardiva sta creando difficoltà organizzative con, ancora una volta, differenze tra Regioni e servizi vaccinali. Non era più efficace sensibilizzare fortemente la popolazione e i medici per creare degli iniziali registri di pazienti a rischio da vaccinare subito, con scorte di vaccino da avere il più rapidamente possibile da "destinare" a questa popolazione?

b) Ora si dice che i bambini non devono più essere vaccinati

(o meglio che dovranno essere vaccinati in seguito), dopo avere fatto un tam-tam davvero impressionante sui benefici di un intervento preventivo di massa. Rispetto a quali bisogni? Sul singolo? La comunità? Con quali evidenze di efficacia comunitaria e per chi? Si è detto gli anziani, poi le categorie a rischio (ma non sono quelle da vaccinare per prime?) e poi ora si dice per evitare la seconda (o la terza?) ondata epidemica e la presunta mutazione del virus (ma in altre nazioni che hanno già vissuto l'epidemia, sicuramente in modo più sereno, non ci risulta che sia successo). Tutto questo senza parlare dei possibili rischi e del bilancio tra i benefici e i costi². E con voci di una proposta di vaccinazione anche per i bambini che presumibilmente hanno avuto l'influenza da virus H1N1 (nel dubbio non si sa mai...).

Sembra obbligatoria la domanda finale che lo stesso Tognoni si pone, sul come è possibile che in tempi di EBM, si possa essere spettatori e vittime di una campagna così massiccia di disinformazione collettiva e globale: più ancora che nei contenuti, nei metodi. Che i toni da guerra totale usati per annunciare le pandemie degli anni recenti vogliono introdurre l'idea che, come in guerra, le regole dell'informazione possano/debbono essere sospese. Come pediatri abbiamo (avevamo?) una occasione per affermare il principio del metodo come regola. Sarà l'ennesima esperienza di cui fare tesoro?

Bibliografia

1. Tognoni G. Per una vaccinazione contro le pandemie di norme in assenza di evidenze. Informazione sui farmaci 2009 numero 4. <http://www.informazionisuifarmaci.it>.
2. Tamburlini G. Ridateci Topo Gigio: ovvero i costi della vaccinazione anti-H1N1. *Medico e Bambino* 2009;28:551.

Federico Marchetti

LASSÉ PUR CHE I CANTI E I SUBI: BUON NATALE E BUON ANNO

È da pochi anni che *Medico e Bambino* si è abituato a concludere dicembre con gli auguri. Forse è un segno di ripiegamento, forse soltanto di un sentimento di acquisita affettuosa familiarità coi lettori. Ogni età ha i suoi frutti. Lasciateci, anche quest'anno, finire in questo modo. E ringraziarvi di continuare a leggere *Medico e Bambino*. *Lassé pur che i canti e i subi*, dice una vecchia canzone triestina, e che i fazzi pur dispèti. No, nessuno ci fa dispèti, ma il mondo quest'anno è stato, ci sembra, più dispètoso, più difficile, più tragico che in altri anni; ma, questo è il senso del titolo strampalato, vogliamo continuare a tener alta la testa, anche se il mondo continua a cambiare, e se sembra che Natale non sia più Natale; e se la fine dell'anno sembra sempre voler annunciare nuovi pericoli e nuove rovine.

Ma, *lassé pur che i canti e i subi* (*subiar*, finalmente ve lo diciamo, vuol dire soffiare, fischiare, fischiettare), vogliamo dirvi che non è così come sembra: che Natale è, invece, sempre Natale, e che il continuo traballare del mondo non annuncia necessariamente catastrofi: ma piuttosto riassetamenti, movimento, dialettica, progresso.

Buon Natale, Buon Anno

Natale deve continuare a essere sempre Natale, dentro ciascuno, e dentro la famiglia di ciascuno, il Natale in cui ciascuno ringrazia Dio per essere venuto al mondo, e per esserci ancora, e ringrazia anche Lui perché, a Natale, ha deciso di scendere, a farci visita; e Natale può essere, ancora e fino a che noi lo vogliamo, il Natale in cui la famiglia si riunisce nell'amore. Lo facciamo noi il nostro Natale, e, se lo vogliamo, nessuno ce lo può togliere. E la Fine dell'anno, assieme al Principio dell'anno che la completa, può essere ancora il segno della vita che trascorre e si rinnova; e che, rinnovandosi anno per anno, ci ha portato dalla caverna al nostro appartamento accogliente e riscaldato, magari attraverso le tribolazioni che hanno fatto dell'uomo un uomo.

Le difficoltà, le incertezze, le violenze della politica, i su e giù della nostra vita, le sfide all'etica, bene, bene, bene che ci siano. *Oportet quia flagitia eveniant* (o qualcosa di simile, in un latino ecclesiastico non proprio ciceroniano): è opportuno che gli scandali avvengano. È opportuno che la nostra coscienza sia messa di continuo alla prova; che si confronti con gli avvenimenti, che si schieri, che cambi per restare fedele a se stessa. È bene, è bene che la visione della vita, della nazione, del mondo, sia diversa, e contrastante. Senza confutazione non c'è verità; senza fatica, senza sofferenza, senza confronto, non c'è progresso. Non c'è nemmeno vita.

Diamo un'occhiata all'anno passato? Diamola questa occhiata all'anno passato, attraverso i numeri di *Medico e Bambino*.

I contenuti

I contenuti della rivista, i contributi "conoscitivi", ci sembrano belli, importanti, e anche con una punta di originalità. Il tema del rapporto tra dieta e atopia, e del nonsenso delle indicazioni astensionistiche, dettate, nel recente passato da un auto-conformismo di cui è difficile capire la natura e le origini. La nuova oncologia pediatrica. Le nuove linee guida, permissive ma rigorose (un apparente ossimoro), per l'infezione urinaria. La nuova gastroenterologia, con la storia, nascita malattia e morte del reflusso gastroesofageo, la rivisitazione critica degli anti-acidi, della cura delle MICI, dell'atresia delle vie biliari (esempio, da un parte, di perniciosi ritardi diagnostici e simbolo, dall'altra, di un'assistenza dispersa, parcellizzata, non coordinata in funzione dei bisogni). La nuova neonatologia, con la sua diversa attenzione al sentire psico-fisico e ai bisogni nutrizionali del neonato pretermine. Lo spazio terapeutico e i modi d'azione delle immunoglobuline intravena. L'incredibile, doloroso, quasi incomprensibile fenomeno del Münchhausen by proxy, prodotto da una madre carnefice contro natura, e forse contro se stessa. Le novità concettuali della epigenetica, e la rivisitazione della fisiopatologia dell'obesità. Il nuovo, o quasi nuovo approccio neurobiologico ai problemi dell'adolescenza; il confronto "neurobiologico" tra maschi e femmine, la musica ascoltata col cervello. E infine, il pauroso fenomeno dell'inquinamento ambientale e del che cosa si può e si deve fare, come pediatri e come cittadini. Troppo?

La posta, le lettere

È un po' il cuore che batte della rivista e della pediatria che la legge e vi partecipa di continuo; è un po' lo specchio di quello che compare nei "contenuti" della rivista, come vengono accolti, digeriti e meno digeriti; è un po' il "brodo primordia-

le" in cui si mescolano i bisogni e le incertezze del quotidiano coi tentativi di risposta e in cui il "vecchio" e il "nuovo", il "personale" e il "privato" si incontrano col "collettivo" e col "condiviso" nella pubblica piazza.

I temi principali, che in alcuni numeri hanno acquistato piena autonomia, sono stati: quello del rapporto tra costituzione e patologia atopica da una parte e nutrizione nei primi mesi dall'altra, e quello, correlato, della genetica e della dipendenza/indipendenza della dermatite atopica dall'alimentazione; quello del "flop" della vaccinazione pneumococcica, quanto meno nei riguardi della meningite, in Italia; poi i temi etici (del testamento biologico, dei bambini non nati, della pillola del giorno dopo); e infine quello della validità, dell'efficienza e del futuro del SSN.

Gli editoriali

Gli editoriali, in parte, rispecchiano, accompagnano, e fanno risaltare i contenuti; in parte conducono la Rivista e i suoi lettori, nei sentieri delle faccende, delle difficoltà, delle criticità della nostra professione, e della vita dei bambini e delle famiglie, nel mondo. È a una analisi degli editoriali di quest'anno che conviene, ci sembra, dare uno spazio più largo. Nell'ultimo numero del 2008, sembra ieri, annunciavamo che l'Editore (Edifarm) aveva rinunciato a pubblicare la Rivista, da due anni "in rosso", in perdita non irrilevante. Che ne assumevamo noi fondatori, noi triestini del "Burlo Garofolo" (senza coinvolgere l'Istituto), la proprietà e i rischi. L'annata è passata; ci siamo ancora; pensiamo che ancora per un po' ci resteremo. Faremo di tutto, per restarci, per essere utili, e degni. Sosteneteci per favore; fateci conoscere, se vi sembra una cosa buona, a chi non ci conosce. Scriveteci.

Il primo numero di quest'anno, gennaio, comincia con due editoriali di battaglia, o di speranza, editoriali da anno nuovo. "Le sfide della pediatria italiana per il 2009" e "Un augurio di Capodanno che si chiama Obama". La sfida per la pediatria italiana è sempre la stessa, e lo sarà ancora per molto tempo, e per molti numeri di *Medico e Bambino*: rinnovarsi continuamente, nella cultura, nei compiti e forse negli organici, in un mondo che cambia, con bisogni che cambiano, con una cultura che cambia; e restare fedele a se stessa; e riorganizzarsi formalmente e amichevolmente in quella rete tra centri di riferimento, ospedale territoriale, e territorio vero e proprio, presidiato dai pediatri di famiglia; in quel buon binomio ospedale-territorio, ospedale-territorio, che a furia di essere ripetuto fa quasi cadere le braccia, ma che invece, a ben guardare, e a dispetto delle critiche, doverose, e utili, in questi anni ha continuato a camminare. Per piccoli passi. Non c'è confronto con venti anni fa, con trenta anni fa, con cinquanta anni fa. Abbiate pazienza, ragazzi.

Di questa "nuova pediatria" (e della ricerca indipendente sul campo che questa nuova, o quasi nuova pediatria fa, e non fa, e potrebbe fare; del registro e degli studi sulla ADHD, e dei bandi AIFA per finanziare la ricerca indipendente sui farmaci), si riparla nel numero di maggio. E nel penultimo numero dell'anno l'argomento è ripreso, con vigore, in un altro editoriale; e specialmente nell'intervista a Faraguna, in rappresentanza della commissione (operativa? la speranza non muore mai) della SIP. Ma questo è anche il tema portante delle stesse interviste ai candidati alla presidenza SIP (marzo

(cogliamo l'occasione per fare gli auguri più sinceri di buon lavoro al nuovo presidente, Alberto Ugazio) e alla presidenza ACP (giugno).

Quanto a Obama, basta nominarlo per vedere/sentire nella mente una bandiera che sventola: la speranza in un mondo che faccia un salto verso l'alto, verso qualcosa che è difficile da nominare senza cadere nella retorica, comprensione, solidarietà, pace, progresso vero, dei fatti e delle coscienze. E viene poi ricordato, Obama, il sogno che Obama impersona, altre due volte: una volta in *Oltre lo Specchio*, a proposito della scuola primaria; e poi ancora una volta in un editoriale, a ottobre, sull'Università. E bisognerebbe rinominarlo (e infatti lo rinomineremo), Obama, per le sue difficoltà, per gli incredibili ostacoli che vengono posti alle sue, più che moderate, proposte di riforma anti-privatistica negli Stati Uniti, un Paese così avanzato e così arretrato. Mentre noi andiamo silenziosamente, e neanche tanto, incontro a una riforma filo-privatistica, del nostro SSN (di cui si parla con una dolorosa consapevolezza sempre crescente in un editoriale di giugno e in due editoriali a ottobre).

I due editoriali di febbraio sono politici più che pediatrici (ma tutto ciò che è politico è pediatrico, e viceversa, per fare il verso al binomio del sessantotto, che contiene in sé, oggi, qualcosa di più sinistro di allora, eppur sempre vero, che "tutto ciò che è personale è politico"). I titoli, legati tra di loro dalla nebbiosa realtà della crisi finanziaria e lavorativa, sono: "l'Italia a rischio di povertà" e "Perdere l'anima". Perdere l'anima che è quello che ci sembra stia succedendo alla nostra società italiana, nel timore della povertà, sotto la spinta localistica, per non dire leghista: la spinta ai respingimenti, ai pestaggi (e peggio) dello straniero, e di quel tale che sembra solo un po' diverso, fino all'intolleranza e all'incendio del campo rom; e la crescita del naturale egoismo contro la non innaturale solidarietà e contro il forse innaturale, ma divino, amore del prossimo.

Seguendo il calendario e trascurando le digressioni, saremo arrivati solo alla fine dell'inverno; ma in realtà, inseguendo i temi, siamo già andati abbastanza oltre. L'editoriale di marzo riguarda un problema fondamentale; per l'informazione medica e non solo, quello della (impossibile, o difficile da individuare) neutralità scientifica versus la distorsione dei messaggi, sotto la spinta di interessi economici, o di pensiero, o del conformismo. Un tema infinito.

Ad aprile si parla ancora dei figli dei migranti, di questa nuova Italia che ci arriva da fuori dei confini italiani, il contrario (giusto? sbagliato? naturale?) della chiusura localistica, l'inizio di un'avventura non facile per noi, ma già in atto, da decenni, nel mondo, e che nessuno potrà fermare, solo rallentare.

Gli editoriali di maggio, già evocati, sono dedicati alla ricerca sul campo; e quelli di giugno, di settembre e di ottobre ancora al sistema sanitario alle prese con la crisi finanziaria, alla epidemiologia e al bisogno (personale, professionale) di qualità della prescrizione farmacologica (anche indipendentemente dal mero problema dei costi).

Negli ultimi numeri troviamo (oltre all'allarme sulle derive del SSN, e alle luci e ombre dell'Università e della sua riforma, e alla questione della vigilanza sull'uso e sugli effetti avversi dei farmaci) tanta influenza, influenza, influenza, influenza. Non è colpa nostra, tutto il mondo ne parla. Non è colpa nostra, e

crediamo che sia stato giusto averne parlato, e parlarne; e dare a ciascun medico strumenti di giudizio, e anche l'esortazione a una disciplina di categoria, ad ascoltare tutte le voci ma a parlare con una voce sola; trovando la costanza per resistere all'ondata di insensata follia di paura distribuita a piene mani da un ministero incompetente e dai media elettrizzati e irresponsabili, che giorno per giorno fanno l'elenco dei morti, uno o due, un giorno sì, due giorni no, uno o due su sessanta milioni di abitanti, molti molti meno dei morti per incidenti di macchina (ma le macchine continuano a sfrecciare su strade e autostrade), o dei morti sul lavoro. Una follia di paura distribuita da chi non dovrebbe, ma che mostra anche una debolezza almeno in parte inattesa dei nostri compatrioti, forse troppo abituati a dipendere, a essere difesi e protetti da qualcuno, a vivere di una paura nascosta per mancanza di vere motivazioni alla vita.

Speriamo, spero per loro, per la gente di oggi, che, vedendosi alla televisione, in questo moderno specchio del mondo, o negli ambulatori affollati, tutti quanti, ne ricavano un po' di vergogna o almeno di autoironia, che ci aiuti a migliorare.

Ma si capisce invece che non è una cosa che finirà con l'epidemia. E che non può non far paura, a noi che ne siamo strumenti (e, in ultima analisi, anche "utilizzatori finali"), questo grado di dipendenza, della gente, dalla paura della morte, e più in generale della loro (e nostra) dipendenza dalla cura, dagli effetti di un progresso meraviglioso, e tuttavia mai sentito come sufficiente, della macchina della Sanità, di cui siamo i macchinisti; ma anche dai progressi della macchina del potere; e dell'egoismo, e della povertà intellettuale e morale che la dipendenza e la paura alimentano.

E il resto

Il resto sono le rubriche, una per ciascuno dei componenti del Coordinamento Scientifico: la Gialla, le Cartoline, la Pediatria Flash, la Verde, aggancio della Rivista Cartacea alla Rivista Elettronica; le Cartoline, Digest, Domande e Risposte, ABC; la Bianca, con la collaborazione esterna di molti pediatri che ci mandano le segnalazioni, cari amici che ringraziamo; come ringraziamo, ora, tutti quelli che ci mandano i loro contributi di ricerca e di pensiero, e, assieme, i laboriosi "referee" che rileggono e giudicano e correggono tutti i lavori, e quelli che riempiono la rubrica delle lettere. Alla fine le pagine di Oltre lo Specchio, un momento di relax pensieroso, su quello che sta dietro, e dentro, nascosto, nel nostro lavoro. E con questo numero il supplemento della *Pediatria sulla "Grande Stampa"*, la *Pediatria Vera Che Cammina*.

Sì, tante cose; tanta pediatria, tanto mondo. Abbastanza per sentirci vivi, e partecipi, e in viaggio. Grazie a voi. Grazie. E, di cuore, Buon Natale, e Buon Anno da *Medico e Bambino*.

M&B

FAO E FAME

Giornata mondiale della FAO, parole, impegni non mantenuti, un festival su una sconfitta (annunciata). E i bambini che muoiono, di fame, nel mondo? Un falso problema?

No, certamente non è un falso problema. I bambini muoiono; e, invece si salvano tutti o quasi tutti, se gli si dà quella miscela di vitamine, arachidi e "dried milk" (scrivo "dried milk" perché non si confonda col latte in polvere che qui diamo ai nostri bambini, costosissimo in confronto al latte di vacca da cui nasce), quella miscela, dico, che viene chiamata RUTF, *Ready-to-Use Therapeutic Food*.

Ma non è che i cosiddetti "malnutriti" muoiano di fame perché la mamma non danno loro da mangiare. Forse, da qualche parte, per esempio nel Darfur, negli immensi campi di concentramento degli indesiderati della terra, sarà anche vero. Ma, per quello che conosco dell'Africa, di solito non è così. Semplicemente, i bambini diventano malnutriti perché la mamma non sa bene cosa e come dar loro da mangiare quando non ha più il suo latte (latte materno che sembra economico, ma per fare una caloria di latte materno occorre che, prima, la mamma mangi almeno 1,5 calorie; e per mettere proteine in quel latte materno occorre anche che prima ne mangi lei); e così finisce per dar loro un po' di polenta, ma non sa né quanta né come; e siccome quelli sono comunque un po' malnutriti, e più si ammalano e meno volentieri mangiano, così si ammalano sempre più gravemente, e via via diventano più malnutriti, fino a quando l'intestino non assorbe più, il timo non funziona più, la pelle non si tiene più insieme, e si ulcera, va in brandelli; e allora muoiono. Di infezione. Anzi, se questi sono i condannati, la quasi totalità dei bambini (angolani) è fatta da creature con malnutrizione nascosta, o poco visibile; e tuttavia muoiono perché le loro difese sono già, se non devastate (*wasted*), compromesse, indebolite. E anche a loro, prima che diventino malnutriti secondo protocollo, e che raggiungano il salvagente dei 5 anni, andrebbe dato. Dalle loro mamme.

Il problema, allora, è più complesso. Si tratta non solo di trovare i soldi per il RUTF (ma io ho visto che basta anche il *dried milk*, 2 centesimi di dollaro al giorno per bambino, 6 dollari ogni mese, quasi tutti, almeno in Angola, li trovano).

Si tratta, semmai, di arrivare a loro, ai bambini, alla maggior parte possibile delle famiglie, di parlare con le famiglie, con le madri, e anche con gli infermieri, e anche con i dottori; di dire, di spiegare, di esserci. Si tratta, semmai, di aiutare (ma può essere mai possibile?), di aiutare l'Africa, gli africani, a prendere coscienza di sé, a uscire dalla fragilità (morale, culturale, economica) che ne fa la preda e la pattumiera dell'Occidente. Il mio pensiero, che non voglio contrabbandare per verità, è che, se si sa assumere (ma stando in Africa non è impossibile) la giusta consapevolezza, il giusto grado di umiltà, la cosa che più importa è esserci, non delegare alle Agenzie, che pure hanno un loro ineliminabile ruolo. Esserci, se possibile, dopo aver capito; esserci, ed essendoci, imparare, e avendo imparato, e condiviso, aiutare a condividere, a imparare, a capire. A fare intendere a ciascuno i suoi diritti; e, assieme, le sue responsabilità personali e collettive. E a spartirle.

O forse, solo, occorre dar tempo al tempo: ma sapendo che il problema dell'Africa è un problema del Mondo; e non solo della Coscienza, dormicchiante, del Mondo, ma della vita del Mondo.

Franco Panizon