

FIGLI DI UNA SOCIETÀ MINORE

Punteggiata (ma anche confusa) da tragici quanto diversi fatti di cronaca e da tentativi di lettura univoca di questi ultimi, si arricchisce la discussione sui problemi dei ragazzi di oggi. Le parole usate sono quelle dell'emergenza:

«A me sembra che ci sia in corso un genocidio di cui pochi si stanno rendendo conto. A essere massacrati sono le intelligenze degli adolescenti, il bene più prezioso di ogni società... sto notando qualcosa di molto grave e cioè che gli adolescenti non capiscono più niente. Le qualità sentimentali sono rimaste intatte... ma le capacità logiche, mentali, paiono irrimediabilmente compromesse... milioni di giovani hanno perduto il pensiero» (Marco Lodoli).

«...nichilismo giovanile come speranza delusa circa la possibilità di reperire un senso, sovrabbondanza e opulenza come addormentatori sociali, indifferenza di fronte alla gerarchia dei valori, incomunicabilità come presa di posizione, gesti che non diventano stili di vita, azioni che si esauriscono nei gesti, progetti che si dileguano tra i sogni, passioni di un giorno cancellate da una notte, infedeltà ai modelli che si assumono per darsi un contegno, sguardo cattivo che non sa dove scatenarsi» (Umberto Galimberti).

In realtà, le informazioni che abbiamo (povere, l'Italia è singolarmente assente da molte delle survey effettuate in Europa) non indicherebbero una situazione allarmante, soprattutto se confrontata con altri Paesi europei: siamo sotto alla media per i suicidi, la criminalità minorile, le gravidanze e gli aborti nelle adolescenti. Psichiatri e psicoterapeuti indicano un aumento forte della richiesta di aiuto, ma questo non è necessariamente un segno cattivo. Siamo nella media per l'abuso di alcol, tabacco e droghe. Le aree dove andiamo male sono la scuola (alti abbandoni ed evasione scolastica) e il lavoro minorile, fenomeno in parte collegato al precedente. Ci sono poi da considerare le nostre abituali forti differenze geografiche: nelle aree dove andiamo male c'è un forte contributo del Sud, che peraltro salva le nostre statistiche su gran parte degli altri problemi.

Ma c'è ragione di pensare che questi nostri indicatori non siano sufficienti a descrivere i problemi, certamente non quelli cui si riferiscono Lodoli e Galimberti. Inoltre, molti dei guasti peggiori emergeranno nel tempo.

Se molti autorevoli osservatori, da diversi e tutti importanti punti di vista (la scuola, i servizi di neuropsichiatria), danno l'allarme, è per lo meno il caso di pensarci seriamente, al di là di casi estremi, che meritano letture contestuali e diversificate, e soprattutto evitando di generalizzare, o di sorprendersi per aspetti di "fisiopatologia intergenerazionale", che sono nuovi solo in quanto modificati dai tempi nella loro fenomenologia. Ad esempio, alle parole di Galimberti potrebbe essere facilmente obiettato: ma questa non è altro che la descrizione dei tratti dell'adolescenza, oggi resi espliciti laddove ieri restavano nascosti, o ibernati, o ancora repressi da padri padroni, regole ferree e soprattutto una tensione evidente verso un futuro che aveva dei tratti precisi, lavoro e famiglia.

Se è vero che il mondo-mercato di oggi tende a uniformizzare, è anche vero che gli adolescenti sono comunque nello stesso tempo conformi (per stare nel gruppo) e difforni (per affermare una identità) per definizione. Hanno infatti biso-

gno di entrambe le cose per crescere.

Se la prima cosa da dire è dunque nessuna generalizzazione, guardare caso per caso (anche nella stessa famiglia) utilizzando beninteso alcuni schemi interpretativi, la seconda è sentire cosa dicono i ragazzi. La grande maggioranza non dichiara alcun disagio, e respinge le diagnosi, salvo poi dimostrare repulsione per comportamenti e stili di vita dei propri coetanei, quando diversi dai propri. Che gran parte degli altri siano "scemi" o immeritevoli di attenzione è convinzione diffusa tra i ragazzi. Anche questa peraltro non sembra una caratteristica nuova, né ne sono immuni gli adulti.

Con queste cautele, il richiamo di attenzione sull'analfabetismo emotivo, o sull'analfabetismo tout court, va preso molto serio, anche se fosse fenomeno di minoranza. Il fatto è che noi, la società degli adulti, stiamo facendo di tutto affinché il paesaggio descritto da Lodoli e Galimberti sia sempre più quello reale.

Abbiamo irriso agli allarmi sulla TV, che con certezza rende i bambini più passivi (oltre che più grassi), meno creativi e, quando vi siano condizioni ambientali favorevoli, più violenti. Che cosa si è fatto? Nulla, anzi la qualità dell'offerta TV è peggiorata, e la demenza regna all'ora di cena e in prima serata.

Abbiamo trascurato la scuola, nella quale pur avevamo tradizione e qualità. E continuiamo a farlo, con sempre minor logica e maggiore arroganza. Questo è un fatto assai grave: come non capire che la scuola, dai primi anni all'università, è l'investimento primo di ogni Paese? Quanto si investe nelle strutture, quanto nel corpo insegnante? La questione centrale sembra sia diventata rendere più facile l'accesso alla scuola privata, mentre la vera questione è quella di stabilire e garantire standard di qualità per tutta la scuola.

Il livello qualitativo medio degli insegnanti, per lo meno alle superiori, pare si stia abbassando. Non solo per la competenza specifica (mai come ora capita di sentire così spesso dire dai ragazzi che i loro insegnanti sono degli incompetenti), ma anche, forse, soprattutto per l'insufficiente capacità pedagogica, la loro difficoltà a instaurare relazioni soddisfacenti. Certo gli adolescenti di oggi, senza le regole e i famosi valori di una volta, sono più difficili: più annoiati, meno disciplinati, meno interessati al (loro) futuro; ma la competenza degli insegnanti a leggere le situazioni e i ragazzi, dov'è? E il sostegno agli stessi insegnanti e ai ragazzi? (Uno psicologo in ogni scuola? Utilissimo, purché competente, formato *ad hoc*).

C'è una caduta dell'offerta educativa. Forse è una caduta relativa, poiché la richiesta e il bisogno aumentano: già, ad esempio, a partire dalla nascita, e a detta dei genitori stessi, che, smarriti, non sanno che dire (per carità, anche qui non bisogna generalizzare, ma si tratta ormai di una maggioranza, tutt'al più di una consistente minoranza). Perché poi dovremmo attenderci dei ragazzi che sappiano parlare, o comunicare, o scrivere?

Stiamo preparando per loro un mondo complessivamente peggiore di quello che i nostri padri ci hanno lasciato. E forse la prima volta che succede nella storia. E loro lo sanno. Hanno, come diceva una scritta sul muro, "nostalgia del futuro", che noi gli stiamo consumando, oggi. Scrive ancora Galimberti: «Forse l'Occidente non sparirà per l'inarrestabi-

lità dei processi migratori, ma per non aver dato senso e identità e quindi per aver sprecato le proprie giovani generazioni».

Che fare? Forse niente di grandioso. Forse solo un *piecemeal social engineering* (così lo chiamava Karl Popper), cioè piccole riforme sociali, all'interno però di un generale disegno di investimento nelle nuove generazioni: predisporre percorsi di supporto ai genitori già dal periodo di attesa del bambino, farli incontrare tra loro, favorire le occasioni di comunicazione; dare supporto alla scuola dell'infanzia (non vengono forse a copiare il nostro modello di scuole per l'infanzia da tutto il mondo? Perché non lo estendiamo a tutti, come si è impegnato a fare il governo inglese?); dare più risorse alla scuola, a tutti i livelli; pagare di più, molto di più, gli insegnanti, ma pretendere e valutare la loro competenza, specifica e pedagogica. Creare figure di supporto, nella scuola e fuori (psicologi di comunità, educatori). Mettere un serio limite alla violenza e alla scemenza in TV, e impegnarsi per ridurne comunque l'uso.

Servono soldi? Certo. Ma gli adulti, e soprattutto gli anziani, sapranno fare la loro parte, anzi saranno felici di contribuirvi, se qualcuno glielo chiederà seriamente, con un programma preciso.

E noi pediatri? Mi pare ovvio che possiamo fare la nostra parte su molte di queste piccole riforme, ognuno nella sua realtà, e tutti assieme per una seria azione di lobbying a favore dei bambini e dei ragazzi. Queste nostre società professionali (culturali, scientifiche e sindacali) dovrebbero unire le forze e far sentire la loro voce su questo nostro futuro che a poco a poco se ne va.

Giorgio Tamburlini

SGB NEL NEONATO. NUOVE RACCOMANDAZIONI 2002 DEL CDC (ATLANTA)

Medico e Bambino è una rivista di pediatria ambulatoriale; per questo motivo, di solito, non ospita articoli "tecnici" su problemi strettamente ospedalieri, che sono poi, quasi esclusivamente, problemi di terapia oncologica e di terapia intensiva neonatale.

La questione dell'infezione neonatale da streptococco B (SGB) potrebbe rientrare tra questi ultimi. In realtà lo SGB dà, oltre che una patologia molto precoce, anche una patologia tardiva, del secondo o terzo mese di vita, che è bene sia conosciuta da tutti i pediatri e incastonata nella sua casella nosografica. Inoltre, pur nella sua dimensione limitata (circa un caso ogni 1000 nati), costituisce una delle cause maggiori di morbidità/morbilità perinatale, e un problema generale di salute infantile, su cui si è stratificata negli ultimi dieci anni una serie di raccomandazioni continuamente modificate da parte degli organi scientifici (ACOG, AAP, CDC, SIMP), a testimonianza di quanto possa essere difficile l'elaborazione critica e la successiva prassi, e per cui si prospettano interventi di screening generalizzato. In altre parole, è un problema di interesse generale.

Il lavoro dei neonatologi di Modena, pubblicato su questo numero nella rivista (pag. 571-8), rappresenta una revisione aggiornata della questione.

L'accettazione da parte di molti punti nascita di una strategia di prevenzione nei confronti delle infezioni da SGB è rallentata dalla difficoltà di scegliere tra approcci diversi, dalle resistenze culturali di fronte alla medicalizzazione della nascita, ma specialmente dalla mancata convinzione, da parte di molti, sull'opportunità di un programma di prevenzione ancora imperfetto, non universalmente condiviso, nei riguardi di un'evenienza rara; e questo malgrado le evidenze di utilità dei protocolli avviati (Brozanski BS et al. *Estet Gynecol* 2000;95:496-501).

Questa è, va detto, una questione di carattere universale: i numeri di morbidità/mortalità sono ormai sempre dei numeri piccoli, e i programmi per ridurli sono ampi, coinvolgenti e consumano risorse (basti pensare allo screening per malattie metaboliche o alle campagne di prevenzione della SIDS).

Nell'agosto del 2002 è uscita finalmente la revisione da parte del *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) di Atlanta (www.cdc.gov/mmwr; CDC. *MMWR* 2002;51), dalla quale si possono trarre delle basi solide per razionalizzare e possibilmente uniformare i programmi di prevenzione. Da questa revisione e dalla letteratura sull'argomento possiamo dedurre:

1. La superiorità dell'approccio basato sullo screening universale in gravidanza. Lo screening universale sulle gravide (coltura vagino-rettale), a 35-37 settimane, è, in base agli studi scientifici attualmente disponibili, una raccomandazione di categoria All, quindi forte e di qualità considerevole: con questo approccio si ottiene infatti una riduzione di più del 50% della infezione da SGB rispetto all'approccio basato sulla identificazione dei fattori di rischio (Schrag SJ et al. *N Engl J Med* 2002;347:233-9);
2. La necessità di ottimizzare, secondo regole date, le procedure di raccolta e di semina dei campioni microbiologici;
3. L'indicazione della terapia antibiotica per: positività per SGB alle colture vaginali, rettali o urinarie; storia di infezione neonatale da SGB in parti precedenti; gravide in cui lo stato di colonizzazione per SGB sia ignoto, ma con presenza di fattori di rischio (prematùrità, febbre, rottura prima del travaglio);
4. La convenienza di sostituire alla penicillina, considerato l'antibiotico di prima scelta ma responsabile di un numero di complicanze anafilattiche, altri antibiotici come la cefazolina;
5. La rinuncia al trattamento antibiotico nei casi di taglio cesareo, per il basso (anche se non nullo) rischio di una infezione transamniotica;
6. In caso di parto pretermine, in cui l'effettuazione dello screening microbiologico non sia stato possibile, la stretta limitazione dell'indicazione alla terapia antibiotica con amoxicillina + acido clavulanico ai casi in cui il rischio sia altamente rilevante (Kenyan SL, et al. *Lancet* 2001;357:979-88);
7. Il trattamento con una dose di penicillina dei neonati quando l'intervallo tra la terapia antibiotica alla madre colonizzata e il parto sia stata inferiore alle 4 ore (Siegel JD, Cushion NB. *Obstet Gynecol* 1996;87:692-8; Stoll B, et al. *N Engl J Med* 2002;347:204-7; Wendel GD, et al. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:618-26).

La soluzione definitiva del problema potrebbe essere data

dalla vaccinazione di tutte le gravide con il polisaccaride capsulare dello SGB, che si è dimostrato ben tollerato e immunogeno su adulte sane, non gravide; fino a quel momento dovremo seguire la strategia suggerita dal CDC, ricorrendo eventualmente ad adattamenti locali e sorvegliando l'epidemiologia delle resistenze antibiotiche dei germi isolati, dei possibili aumenti compensatori delle infezioni da germi non SGB (Stoll B, et al. *N Eng J Med* 2002;347:204-7), della incidenza di NEC nei neonati trattati.

Riccardo Davanzo

UO di Neonatologia e TIN, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

IL PROGETTO UPPA

Questo numero di novembre di *Medico e Bambino* esce accompagnato dal numero 6 di *UPPA-Un Pediatra per Amico*. UPPA è la rivista per le famiglie, nata dalla pediatria di famiglia, su una base economica fragilissima e tuttora assolutamente critica, ma anche sul grande impegno personale del gruppo di redazione, sull'insostituibile coinvolgimento di moltissimi tra i pediatri e i lettori di *Medico e Bambino*, con l'appoggio formalizzato dell'ACP e con quello, ancora non formalizzato, della FIMP.

UPPA compie un anno; in un anno il numero degli abbonati è salito da zero a 4000 (gli ultimi 500 abbonamenti nelle ultime settimane); inoltre una Regione, il Piemonte, lo ha adottato, e abbona alla rivista tutti i suoi nuovi nati. Buon compleanno, UPPA!

Il progetto su cui è nata e su cui vive la rivista è forse ingenuo e forse velleitario, ma nello stesso tempo anche naturale, dettato da un sentito bisogno di comunicazione, non sostanzialmente diverso da quello su cui è nato *Medico e Bambino*, la sua rivista-cugina più vecchia.

Questo progetto può riassumersi nel tentativo di creare un linguaggio comune tra i pediatri e le famiglie degli assistiti, un linguaggio scientifico per un colloquio tra pari, un linguaggio piano, come quello che usa il pediatra nel suo studio, un linguaggio che aiuta a distinguere le lucciole dalle lanterne, i fantasmi dai fattori di rischio, il suono del piffero di Hamelin dalle regole della medicina basata sulle prove evidenti. Per un colloquio che riguardi i bisogni e le regole del buon allevamento del bambino, che rinforzi l'autostima dei genitori e il rapporto costruttivo tra le diverse agenzie di educazione e di cura, famiglia, medicina, scuola, e via dicendo, che già ora collaborano alla costruzione della rivista.

Per tutto questo i 4000 abbonamenti sono ancora pochi, anzi pochissimi, se i nuovi nati sono 500.000 all'anno, e se le famiglie con bambini sono 10 milioni. Per tutto questo, e per molto altro, UPPA ha ancora e sempre avrà un bisogno vitale di tutti i pediatri, avrà bisogno di essere considerata da loro come loro proprietà e strumento di espressione.

Nessuno è in possesso di verità assolute, e nessuno ha diritto di plagiare nessuno; siamo tutti consapevoli del fatto che le verità che possediamo sono necessariamente delle verità provvisorie, che hanno obbligatoriamente il conforto della coerenza scientifica e dei risultati rilevati sul campo, ma che sono anche suscettibili di correzione nel tempo, con il cambiare delle situazioni e col crescere delle conoscenze. Sono dunque verità che hanno bisogno di confrontarsi con altre verità, con le verità del sapere popolare, per alcuni versi non meno forte del sapere medico, e anche col comune sentire, con il differente modo di ciascuno di vedere la realtà, e anche con le differenti fonti di informazione.

Per questo, la rivista si è imposta un assoluto rispetto nei riguardi delle differenze di giudizio di ciascuno (ma anche questa, in fondo, è una scelta naturale per il pediatra), riconoscendo la parzialità del proprio ruolo, senza per questo rinunciare a giocare la parte di chi possiede abbastanza sapere da dovere/potere far da mediatore e da guida autorevole tra la famiglia e i principi della salute e della malattia. Nello stesso tempo è consapevole che l'autorevolezza mediatica va guadagnata ogni giorno, e che dipende in primo luogo dall'umiltà con la quale si è disposti a svolgere questo compito.

Con ciò UPPA sa, da una parte, di doversi guadagnare la fiducia dei genitori e dall'altra di dover conservare la fiducia dei pediatri. Anzi, vorrebbe che, nella sua voce, tutti i pediatri potessero riconoscersi; vorrebbe essere il tramite di un dialogo collettivo, se così si può dire, essere un spazio comune, una specie di piazza, in cui tanti pediatri si incontrassero con tante famiglie, chiacchierassero con loro e le famiglie chiacchierassero coi loro pediatri. Vorrebbe dunque che non solo le famiglie ma anche i pediatri la conoscessero e possibilmente la leggessero (questo è il significato dell'uscita congiunta delle due riviste, che di quando in quando si ripeterà), e che le inviassero i loro contributi originali, i loro pensieri, le loro critiche, come fanno da oltre vent'anni per *Medico e Bambino*. Che è ancora una volta lieta di essere vicina a UPPA, in occasione di questo suo primo compleanno, e anche di parlare un po' a suo nome.

Franco Panizon

Associazione Culturale Pediatri

TABIANO XII CURARE PREVENIRE PREVEDERE II

21-22 Febbraio 2003 - Grande Albergo Astro

CURARE: acne, varicocele, scabbia, pectus excavatum, spasmi affettivi, disturbo depressivo, Perthes

PREVENIRE: piede piatto, obesità, dolore, condotta antisociale, OSAS, atopia

PREVEDERE: denatalità e demorbilità, demotivazione, femminilizzazione, spesa

Iscrizioni e informazioni: tel. 0524 565523 Fax 0524 565497