

PAOLO DURAND

Ogni tanto succede che tra gli editoriali di *Medico e Bambino* spunti un necrologio: è successo per il numero di maggio; succede, per un colpo del destino, anche per il numero di giugno. Ma la parola necrologio non va bene: non parliamo di morti, nemmeno di morti illustri, ma di compagni e amici che si perdono per strada. Lo facciamo per tenerezza, e forse potrebbe apparire familismo, o per dovere, e questo potrebbe sembrare un atto di conformismo, ma in realtà lo facciamo perché fa parte del nostro lavoro il far sì che cresca e si mantenga una memoria storica, e che persone così fuori dalla norma eppure così naturali, e così naturalmente fertili di sapere e di azione, siano ricordati da chi resta, anche da chi non li ha conosciuti. Paolo Durand è morto attraversando la strada, sulle righe bianche, nel suo paese di Celle Ligure, per andare al suo mare. Ottantuno anni ben vissuti, fino alla fine, alla sua fine casuale in pieno sole.

È morto ed è vissuto in maniera solare, curando, scoprendo, indagando, pubblicando, facendo allievi, guidando grandi Istituti, Paolo Durand, l'ultimo del grande terzetto di pediatri del Gaslini: Tolentino, l'infettivologo; Gennaro Sansone, il genetista-ematologo; e adesso Paolo Durand, il genetista-delle-malattie-metaboliche. Tutti e tre hanno sviluppato l'edificio del loro sapere nell'Ospedale, partendo dalla cura del malato. Hanno prodotto una scienza con la "S" maiuscola, una Scienza da esportazione, quella che non finisce la sua vita nelle paginette delle riviste ma che contribuisce, radiosamente, a cambiare il mondo, e che è fatta per tornare, più ricca e con nuovi poteri, a chinarsi di nuovo sul letto del malato da cui è partita. Il loro sapere è nato nell'Ospedale e anche nella reciproca fratellanza, in una stagione indimenticabile, la guerra e il dopoguerra, il Grande Balzo; tutti e tre questi nostri amici sono stati all'avanguardia della pediatria italiana, e tutti e tre hanno fatto della pediatria-Cenerentola una delle branche trainanti della medicina. Due di loro, Sansone e Durand, sono stati anche nel seme del nocciolo del piccolo gruppo dei fondatori della rivista *Prospettive in Pediatria*, che a sua volta è stato il seme d'origine dell'ACP, allora come oggi "partito di battaglia e di governo", e poi di *Medico e Bambino*. In verità l'ACP è stata al governo della Società Italiana di Pediatria per una breve e indimenticabile stagione, tutti fratelli, e pieni di speranza, come era accaduto all'Italia del dopoguerra, e come era accaduto al terzetto del Gaslini. Ci hanno poi mandati via in fretta; e, pur con molti contrasti, l'ACP ha scelto di stare lontano dal governo, senza fare opposizione, ma svolgendo un ruolo complementare, alternativo, costruttivo, e perfino collaborativo.

In questo cammino, la figura pacifica, e sorridente di Paolo, la sua solidità scientifica e la sua solidità esistenziale, che aveva resistito alle dure prove della sua vita, è stata sempre un punto di sostegno e di riferimento. Una luce tranquilla. Ciao, Paolo

M&B

CRONACHE ITALIANE

La tragica futilità delle cronache italiane si deduce anche dalla lettura della "Pagina Bianca Blob". Ma ci sono fenomeni di maggiore rilevanza epidemiologica, e altrettanto banalmente

tragici, che, solo perché riguardano la medicina, mi permetterà di sottolineare, da medico a medici.

Lo sciopero dei ricchi e la complicità dei dottori. Siamo, mentre scrivo, solo al principio di giugno; Berlusconi ha appena un momento fa raccomandato di scioperare di meno, ed ecco che scioperano le hostess dell'Alitalia, infliggendo sì dure perdite all'azienda, ma scaricando anche un disagio insopportabile sulla gente che viaggia in aereo. Lo sciopero è un diritto dei lavoratori, amen. Ma questo non è neanche sciopero: è "darsi malati": lo sciopero di chi non ha il coraggio di fare sciopero e di chi non vuole perdere uno, due, tre giorni di stipendio. È la seconda volta che si verifica (l'altra volta erano i piloti) e tutte e due le volte, i medici, tutti i medici curanti, hanno firmato un certificato di malattia per gli scioperanti. Ministro!? Presidente dell'Ordine!? Il bene del malato prima di tutto? Ma se non è malato?

Il referendum sull'elettrosmog. Il Popolo Italiano è chiamato a pronunciarsi sul 57° (se non sbaglio) quesito referendario: quello sul diritto o non diritto dei proprietari di terreni a farli attraversare da elettrodotti, anche se considerati dallo Stato di generale utilità. Si tratta, come si comprende, non di una questione sollevata per difendere i proprietari terrieri, ma per difendere tutta la popolazione da un pericolo. Solo che quel pericolo, quello dell'elettrosmog, non è stato mai dimostrato. Non credo, si vedrà, che si possa raggiungere il quorum. Ma la questione è un'altra: è possibile che persone, che presumo in buona fede, si mettano ad agitare stracci rossi davanti al toro, che siamo poi noi, il Popolo Italiano, già così confusi per la paura di fantasmi (la SARS, i danni da vaccino, le biotecnologie) da non riuscire a vedere i veri pericoli, cominciando, se volete, dall'imbecillimento collettivo e dalla deriva climatica e finendo con l'intasamento delle autostrade, sempre inutilmente e sempre insufficientemente allungate e allargate. E queste persone, se sono proprio in buona fede, perché non vanno a documentarsi, magari su Internet?

I morti del 2 giugno. Settantotto morti sulle strade per il ritorno dalla vacanza del ponte. Settantotto morti veri, ai quali l'Italia non sembra voler rinunciare. Due aspetti che potrebbero inquietare. Il primo è questo bisogno di scappare dalla città di domenica, per andare in altre città, oppure fuori dalla città. La scelta di vita che l'uomo ha fatto, di inurbarsi, sembra all'uomo insopportabile: e insopportabile gli sembra la normale quotidianità. Cos'è questa inquietudine che ci spinge in massa a fuggire le città diventate deserte per la nostra fuga, per raggiungere spiagge che con il nostro arrivo diventano città?

Il secondo aspetto, non dico sorprendente ma apparentemente irragionevole, è questa mancanza di paura verso le due uniche cause di morte eliminabile che abbiano qualche concretezza: la morte per inquinamento ambientale da traffico (alcune centinaia di migliaia per anno, solo nella piccola Svizzera) e la morte da incidente, non ricordo quante centinaia all'anno, nella grande Italia. Un numero che il decreto sulle luci accese anche di giorno non sembra aver ridotto, così come non lo ha, naturalmente, ridotto l'innalzamento dei limiti di velocità. Ma non c'è mai caso che un Ministro valuti a posteriori gli effetti di una sua decisione? o che qualcuno lo faccia per lui? Invece, c'è paura delle cose che non ci sono. Stracci rossi.

Franco Panizon

**IL NUOVO SCHEMA
DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**

Il Consiglio dei Ministri ha varato il 18 aprile lo "schema" di Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Le modificazioni legislative intervenute nel 2001 (modifica del titolo V, cap. II della Costituzione) e l'approvazione da parte del Governo del Disegno di Legge sulla devoluzione (che porterà nel prossimo futuro a un'ulteriore modifica dell'art. 117 della Costituzione), nonché l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 con i conseguenti nuovi poteri attribuiti alle Regioni, fanno sì che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 si trasformi «da atto programmatico per le Regioni in Progetto di Salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo» (traduzione: da atto programmatico cui le Regioni sono tenute a ispirarsi, sia pure nell'ambito di un'ampia autonomia, a una serie di suggerimenti per le Regioni anche in vista delle future negoziazioni in sede di conferenza Stato-Regioni).

Di fronte a questa "leggerezza", forse insostenibile, dello "schema di piano", si potrebbe anche rinunciare a ogni discussione, e rivolgere la nostra attenzione ai piani regionali, o aziendali, o distrettuali, certamente dotati di maggior peso politico-programmatico. Se questa è cosa opportuna, un commento nel merito, se non altro per rispetto allo sforzo che gli estensori del piano hanno comunque fatto, può essere comunque di qualche utilità.

Nella prima parte del documento si ribadiscono alcuni principi quali il diritto alla salute e l'equità all'interno del sistema, principi che «spetta allo stato garantire (...) attraverso lo strumento dei Livelli Essenziali di Assistenza, concordati fra Stato e Regioni (...) e attraverso un'efficace prevenzione sanitaria e diffusione della cultura della promozione della salute (...)». Si riconosce che «troppo spesso accade che, a parità di gravità e urgenza, l'assistenza erogata sia diversificata a seconda del territorio, delle circostanze, delle carenze strutturali e organizzative e di altri fattori», ma non vi è accenno di analisi sulle cause (non difficili a individuarsi: persistenti usi privati del servizio pubblico, assenza di programmazione, assenza di strumenti a garanzia di qualità ecc.), e quindi si propongono rimedi più declamatori che reali. Alla leggerezza politico-istituzionale si aggiunge qui una certa impalpabilità culturale, sottolineata poi da un linguaggio che in alcuni casi appare approssimativo (ad esempio a un certo punto si fa riferimento ai "consultori adolescenziali").

Dove il documento si qualifica, anche rispetto al passato, è per l'enfasi data alla prevenzione. Il documento propone un dettaglio fin eccessivo - più appropriato a un libro bianco che a un documento di indirizzo programmatico - nel definire i rischi ambientali, e quelli legati a stili di vita nocivi per la salute (alimentazione, fumo ecc.).

Peccato che, proprio mentre in tutto il mondo si cerca di quantificare il contributo relativo dei diversi fattori di rischio per poi identificare le priorità di intervento sulla base dei benefici attesi (WHO, World Health Report 2002), non esista uno sforzo in questa direzione: possibile che i rischi siano tutti sullo stesso piano, dall'elettrosmog all'inquinamento dell'aria, quando sappiamo che la magnitudine degli effetti è molto diversa? Il Ministero dovrebbe disporre degli strumenti tecnici per dare questa utile informazione alle regioni, o per lo meno una traccia per come procedere in questa direzione.

E, ancora, peccato che i fondi a sostegno della ricerca in questi settori siano molto limitati, così come quelli destinati ai servizi e alle professionalità deputate alla prevenzione. Quindi l'impressione che si ricava da questa ampia disamina dei problemi è di una serie di allarmi e problemi lanciati in aria come aquiloni, per chi può e vuole vederli.

Infine, peccato che sia stata sostanzialmente ignorata la notevole mole di ricerche che hanno puntato l'attenzione della comunità scientifica sul peso delle prime epoche della vita nel determinare esiti di salute in età adulta (dal cardiovascolare alle allergie, dalla salute mentale all'osteoporosi, dalle malattie autoimmuni ai tumori). Con la conseguenza che la necessità, e le strategie, per intervenire precocemente, siano trascurate. Si menzionano invece i ragazzi di 14-15 anni come oggetto privilegiato di promozione della salute: ma qualcuno degli estensori del piano ha mai provato a lavorare con i ragazzi di questa età? Non sarà il caso di pensare a una prevenzione vera che inizi dai primi anni di vita-concepimento piuttosto che a tentativi tardivi, destinati a essere inefficaci, di recuperare stili di vita sani?

C'è poi nello schema di piano una parte, breve, dedicata alla salute dell'infanzia e dell'adolescenza. Ci ha fatto certo molto piacere riconoscere molti degli elementi di analisi sostenuti nel recente passato in più sedi (vedi il rapporto OMS sulla Salute in Italia, o il rapporto CSB sulla salute del bambino), così come vedere indicati come priorità i contenuti sperimentati con successo in alcune regioni e descritti anche su queste pagine (progetto "Sei più uno" per gli interventi efficaci dal concepimento al primo anno di vita). E ci pare anche appropriato il riferimento al Progetto Obiettivo Materno-Infantile, inserito nel precedente piano, come riferimento programmatico rimasto ancora in gran parte inattuato.

Anche in questo caso però all'indicazione condivisibile di temi e priorità (per esempio la disparità nelle cure perinatali tra Sud e Nord, o l'ospedalizzazione pediatrica eccessiva, «il doppio che in Spagna e Regno Unito») non segue una indicazione di strumenti e politiche conseguenti. Alcune domande potrebbero, ad esempio, venir poste: che fine ha fatto l'idea di una Scuola Nazionale di Salute Pubblica, che ponga rimedio al perdurante ritardo culturale in questo ambito? E che fine ha fatto l'idea di un'agenzia di indirizzo e controllo della qualità, che pur era stata messa in piedi dal precedente esecutivo? Se non si vuole un'altra istituzione, allora si individuino, sulla base di un piano complessivo, i compiti di ricerca di base, quelli di ricerca sanitaria, quelli di controllo e quelli di formazione dell'ISS, e più in generale del sistema degli Istituti pubblici di ricerca. Il Paese ha disperato bisogno di istituzioni e strumenti pubblici, nazionali, autorevoli, proprio nel momento in cui "devolve" alla periferia: pena un'Italia ancora più divisa, quasi medioevale nelle sue particolarità e disparità, preda degli interessi particolari.

In questo quadro, anche un documento "leggero" - come, stante la *devolution*, un piano nazionale non può non essere - se fosse autorevole e completo, potrebbe in effetti essere strumento di reale indirizzo per le regioni. Ci vorrebbe, però, più serietà nell'analisi, più selettività e precisione negli obiettivi, maggior attenzione agli strumenti necessari per raggiungere gli obiettivi enunciati.

Giorgio Tamburlini