

IL PEDIATRA NELLA COMUNITÀ

L'ACP ha tenuto, alla fine di ottobre, il suo diciassettesimo Congresso Nazionale (detto sedicesimo bis, per timore della jella), col titolo "Il Pediatra nella Comunità". Credo che questo Congresso meriti una menzione particolare, per molti motivi. È stato segnato, mi sembra, da quattro momenti, molto legati tra di loro, che costituiscono una trama quasi unitaria: la testimonianza di padre Alex; la testimonianza sulla pediatria di comunità; la tavola rotonda sul mercato equivoco tra industria e informazione; e infine l'affare delle vaccinazioni (vedi Nota). Non è che le cose dette non si sapessero: ma ce le siamo trovate messe nel piatto, con forza. Padre Alex Zanotelli, credo che tutti lo conoscano. Ha trascorso, mi pare, 12 anni nella più fetida baraccopoli di Città del Capo, dividendo l'aria e lo spazio coi più poveri del mondo più povero. Le "parole rubate" ("i numeri di padre Alex") su M&B di gennaio erano sue. L'intervento di padre Alex ha segnato di sé tutto il Congresso.

Il mondo è tagliato in due dal solco tra ricchi e poveri. Si ha un bel dire che più i ricchi diventano ricchi, più si arricchiscono anche i poveri: non è così. Il cacciatore della savana o il contadino che viveva del suo riso sulle terrazze dell'isola di Bali aveva forse qualche centesimo in meno rispetto all'africano che lava la macchina del bianco o del balinese che gli vende batik, ma era infinitamente più libero e meglio nutrito.

Noi non possiamo nascondere a noi stessi di far parte del piccolo mondo dei ricchi; e sappiamo, senza dircelo, di esserne sia responsabili che soddisfatti; sappiamo che il resto del mondo è riserva di forza lavoro a prezzo stracciato; mercato per i telefonini, le armi e le mine antiuomo che noi produciamo; pattumiera dei nostri rifiuti. E sappiamo anche che i suoi abitanti sono i principali proprietari di quella natura che noi depreendiamo e dissipiamo.

Sappiamo che questa è una ingiustizia non a lungo sostenibile, che qualcosa è destinato a crollare. Oltre che saperlo, il pediatra di buona volontà potrebbe farci qualcosa? Poco, ma non niente. Anche senza predicare, col suo stesso modo di essere medico, attento, giusto, saggio, onesto e un poco anche guida della famiglia, potrà trasmettere l'idea che il bambino che ha in cura è troppo ben nutrito, troppo mal educato e troppo prepotente, che questo fa male a lui e al resto del mondo, che il mondo non è solo nostro, e che quello stesso bambino ha e avrà, per se stesso, domani, bisogno di dare e ricevere giustizia, e che a questo bisogna prepararlo. La testimonianza di padre Alex ha gettato la sua ombra sulla tavola rotonda: industria del farmaco e informazione medica. Il rapporto tra le due componenti è notoriamente e visibilmente e da sempre inquinato, ma forse anche soffermarsi troppo su questo aspetto, in fondo marginale (i piccoli traffici dei piccoli uomini del mercatino ai margini del grande mercato, qualche barattolo di latte in più o in meno, qualche pillola di farmaci "equivalenti" in più o in meno), aiuta a non vedere che c'è molta più oscurità e molto più potere a monte di questa piccola verità.

Questa consapevolezza non assolve nessuno dalle quotidiane violazioni al codice personale, ma non assolve neppure chi si assolve da sé. Richiede semmai un più alto livello di comprensione dei fenomeni. Il mondo corre, anzi vola, anzi

precipita. Il progresso - scientifico, medico, farmacologico - è spinto dalla COMPETITIVITÀ. Nessuno pensa che il "progresso", le conquiste dell'uomo, le conquiste fatte col sangue (degli altri) e il cervello (di pochi) e il sudore (di molti) non siano conquiste preziose. Nemmeno si può pensare che questa competitività (che comporta la ricerca assoluta di un ritorno economico, non sempre pulito, a volte molto sporco) sia cancellabile: è certo una delle spinte primordiali dell'uomo, ma non ne rappresenta, come ci vogliono far credere, il VALORE. E comunque non è un valore esclusivo del mondo che oggi è ricco. La Cina, appena uscita dalla miseria, diventa il gigante col quale COMPETERE. Con atti di guerra economica, con le dogane, con le cordate, oggi; ma se si permettesse di competere troppo, magari, domani, con qualche atto più duro? O no? E l'India, e l'America Centrale, e il Brasile, e l'Africa? Come sarà, se emergeranno, quando emergeranno? Chi venderà, chi comprerà, chi dormirà nella pattumiera? Quanto grande sarà la pattumiera? Far parte di un mondo più grande. Bello. Possibile. Ma è possibile solo se si accetta di sfruttarlo meno, di sporcarlo meno e di non rubarsi il pane. Di competere meno, contribuendo tutti. Una morale comunista? Non so, non credo, forse anche sì: ma allo stato attuale delle conoscenze, sembra l'unica morale "compatibile".

C'entra con noi? Sì, se comprendiamo (anche solo per restare alla stretta questione dei farmaci) che lo spettro della malattia è (sono ancora parole di Alex Zanotelli) "il sudario che viene agitato dal potere davanti al popolo per tenerlo nella paura" (di tutto, anche di vivere); e che siamo noi medici, stando anche a monte delle Case dei Farmaci, ad agitare quel sudario, nell'interesse di altri poteri che nemmeno conosciamo.

Certo non basta parlare. Questo è il terzo passaggio, e il centro del Congresso: il pediatra come parte della Comunità, i magri poveri di tutto il mondo, ma anche i grassi poveri del mondo ricco sono riserva di manovalanza, non solo di lavoro a basso prezzo, ma anche di lavoro malavitoso. Nessuno si propone di assolvere, con questo, il camorrista di Scampia; ma ciascuno sa che per un ragazzo che ha evaso la scuola è più facile trovare lavoro nella camorra che nella società civile. Può non essere un problema per i pediatri? Quasi impossibile. Anche solo nel fare il loro stretto mestiere, se con la salute distribuiscono almeno un poco di giustizia diventano automaticamente dei distributori di destini; e nel loro "come fare" essi stessi possono entrare nel destino, si fa per dire, di un ex prematuro iperattivo o di un evasore scolastico, che magari nasce in una famiglia "a rischio sociale" (vedi anche i "Casi indimenticabili" di questo numero). Vi entrerà ancora di più se si occupa, per scelta, della Comunità. Operare nella Comunità può dare frutti invisibili. Forse l'impegno del dottor Cirillo nella Pediatria di Comunità di Napoli non modificherà il destino dei figli di tutte le famiglie a rischio sociale: e forse solo il destino di due o tre o quattro di loro. O di cinque. Granelli. Ma siamo piccoli uomini di questa Terra: e solo granellini, possiamo raccogliere. Il punto non è nemmeno quello, quali e quanti granelli. Conservare nella lucerna l'olio della pietà, come le vergini sagge; l'olio della pietà che rende umana e sopportabile la corsa al progresso.

Perché il mondo non cada, occorre, dice una antica leggen-

Editoriali

da giudea, che stiano in vita almeno sette giusti. Sette non basta più, perché la popolazione del mondo è troppo cresciuta, da allora; e non bastano neanche settanta volte sette. Occorre che l'olio della carità stia in molte lucerne e che il pensiero di giustizia alberghi in molte persone.

Ma anche esser giusti è complicato, è difficile. Perché l'albero del peccato originale si è fatto ormai troppo frondoso, le foglie del bene e del male si mescolano troppo strettamente nella sua chioma, e rendono quasi impossibile vedere la verità (se non c'è abbastanza olio della carità nelle lucerne). E i pensieri e le lingue si confondono. Anche nel Congresso c'è stata, forse, un po' di confusione delle lingue. Normale.

Il quarto atto, almeno, si conclude in chiarezza, con una semplice dichiarazione di buon senso. Il popolo dei pediatri, sapendo che i vaccini sono un'arma potente, intelligente, pulita, ma ricordando e constatando (nei fatti, nelle ambigue dichiarazioni ministeriali, nelle campagne di stampa) che lo spettro della malattia è appunto un sudario agitato per distribuire paura, dichiara con sollievo che è ora che ci diano un momento di respiro, per favore, con i vaccini.

Grazie, grazie, grazie alla scienza che ce li fabbrica, i vaccini. Ma per favore, un poco di pace. Cerchiamo di capire se ci sono altre priorità. Che nessuno comunque ci dica, fino a contraria prova scientifica, che è bene fare la vaccinazione per l'influenza ai bambini sani, per proteggerli, chissà mai, dall'avaria.

Così tutto si lega, e la lucerna del buon senso fa un po' di luce sotto le fronde dell'albero del bene e del male.

NB. Alla fine del Congresso il dottor Lucio Piermarini lo ha riassunto come se fosse la trama di un romanzo. In questa mia ricostruzione, certamente, si potrà sentire un'eco di plagio. Gliene do atto e lo ringrazio.

Franco Panizon

SOSTEGNO SOCIALE AI GENITORI DOPO LA NASCITA DI UN BAMBINO

L'arrivo di un bambino rappresenta una gioia, ma anche un'esperienza impegnativa che in determinate circostanze sociali può rivelarsi difficile. Le madri esprimono spesso sentimenti di fatica e di frustrazione per le trasformazioni della loro vita e paura di non essere all'altezza del compito. I bisogni che manifestano vanno nel senso di un maggior sostegno al ruolo genitoriale: partecipazione dei partner alla vita familiare, flessibilità del mondo del lavoro, migliori e più numerosi servizi per l'infanzia e, soprattutto nei primi mesi dopo il parto, possibilità di incontri con altri genitori ed eventualmente con un esperto.

Come si può rispondere concretamente a questi bisogni e quali sono le potenzialità e i limiti di queste risposte?

Il sostegno alle madri

Consideriamo, ad esempio, la depressione dopo il parto. Gli interventi di sostegno alle madri per prevenire la depressione condividono molti elementi dei programmi di sostegno alla genitorialità e implicano in parte le stesse questioni.

Sappiamo inoltre che la depressione della madre può trascinare con sé difficoltà nello sviluppo del bambino a medio-lungo termine; anche la depressione del padre ha questi effetti¹. È probabilmente la preoccupazione per lo sviluppo dei bambini, così come la frequenza della depressione materna, stimata tra il 5% e il 15% dei casi, che ha motivato negli ultimi anni un fiorire di programmi, che consistono nell'offrire "sostegno sociale e informativo" in gravidanza o nel dopo-parto: visite domiciliari da parte di personale sanitario, gruppi di sostegno con un'esperta o di auto-aiuto, materiale informativo e così via. Molti di questi programmi sono strutturati come RCT, esperimenti controllati randomizzati. I risultati sono interessanti e in parte sorprendenti: se alcuni dei programmi ottengono risultati positivi (minor frequenza della depressione materna nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo), altri non trovano invece nessun effetto dell'intervento^{2,3}.

La necessità di valutare gli interventi

Non sappiamo con precisione quali elementi del "sostegno sociale" risultino utili. Questi risultati contraddittori indicano tuttavia la necessità di valutare gli interventi psico-sociali prima di implementarli su vasta scala. Gli esseri umani in interazione tra loro nel loro ambiente sociale creano situazioni delicate e complesse, e a volte interventi motivati dalle migliori intenzioni e basati sul buon senso possono avere conseguenze opposte, come è già avvenuto per farmaci che, non testati adeguatamente, si sono rivelati rovinosi.

Nei Paesi anglosassoni la pratica della valutazione è molto comune, e si basa su una tradizione di approccio empirico alla conoscenza della realtà che risale ai primi anni del 1900. In Italia, la necessità di valutare gli interventi psico-sociali è più recente ed è stata stimolata anche dai programmi finanziati dal Fondo Sociale Europeo, che richiede spesso una valutazione finale. Riconoscere la necessità della valutazione non significa sentirsi paralizzati nel proporre degli interventi che, in base alle conoscenze disponibili, sembrano utili. Significa, tuttavia, che quando si passa da un'esperienza locale e "artigianale" a un programma su una scala più ampia, bisogna prevedere una valutazione. Nell'aver proposto e applicato un disegno di valutazione sta il pregio maggiore del lavoro di Apollonio e collaboratori pubblicato in questo numero.

Il "peso" dei fattori sociali

L'altra questione riguarda il ruolo dei fattori sociali, centrali nella depressione post-partum. I fattori di rischio principali sono i problemi economici, le difficoltà nella relazione di coppia - e ancor più i maltrattamenti dal partner - l'insoddisfazione della madre riguardo alla sua situazione lavorativa, oltre che l'isolamento sociale e la mancanza di sostegno^{4,5}. In parte si tratta degli stessi fattori che possono compromettere lo sviluppo del bambino, indipendentemente dalla depressione materna. Come e quanto dei programmi che intervengono soprattutto sugli aspetti psicologici e relazionali possono agire su problemi come la perdita del lavoro, la povertà, la violenza? È importante ricordare che queste condizioni influenzano non solo le condizioni materiali di vita delle persone ma anche il sentimento del loro valore, indispensabile ad affrontare con fiducia il ruolo di genitori.

È probabile che i programmi di sostegno alla genitorialità o di prevenzione della depressione post-partum, quando ottengono dei risultati positivi, li ottengano anche perché contribuiscono ad aumentare sia le competenze sia l'autostima e il senso di auto-efficacia dei genitori.

Sottovalutare il ruolo dei fattori sociali sarebbe tuttavia pericoloso. Certo, non è l'operatore sanitario, o la mamma più esperta, che può risolvere i problemi legati al lavoro, all'immigrazione, alla violenza domestica. Dovrebbe però essere consapevole della loro esistenza e del ruolo che giocano nel benessere degli adulti e dei bambini nonché delle risorse disponibili, come sindacati, associazioni di immigrati e centri anti-violenza. Queste conoscenze dovrebbero fare parte della formazione degli operatori, soprattutto nel contesto attuale, in cui stato sociale e diritti di lavoratrici e lavoratori vengono rimessi in discussione e si ripropone un modello di famiglia e di coppia tradizionale e tendenzialmente autoritario. Con queste doppie precauzioni, di natura scientifico-metodologica da una parte ed etico-politica dall'altra, i programmi di sostegno alle madri e ai genitori - giustamente auspicati dal lavoro di Apollonio e collaboratori - possono e devono assumere un ruolo centrale di salute pubblica nella promozione del benessere dei bambini e delle loro famiglie.

Patrizia Romito

Bibliografia

1. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor J, and the ALSPAC study team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 2005;365:2201-5.
2. MacArthur C, Winter H, Bick D, Knowles H, Lilford R, Henderson, C, Lancashire R, Braunholz D, Gee H. Effects of redesigned community postnatal care on women health 4 months after birth. *Lancet* 2002;359:378-85.
3. Reid, M, Glazener C, Murray G, Taylor G. A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support. *BJOG* 2002;109:1164-70.
4. Romito P, Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine* 1999;49:1651-61.
5. Butterworth P. Lone mothers' experience of physical and sexual violence: association with psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:21-7.

LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE E IL BUON SENSO

L'avvento dell'influenza aviaria ha creato, come era successo per la SARS (ma anche per la mucca pazza), un panico mediatico di cui abbiamo difficoltà a comprendere il significato scientifico del problema, rispetto a un furore informativo che oscilla di giorno in giorno tra il serio dovere di sapere e l'imbarazzante confusione di quello che ci viene proposto sulla stampa divulgativa, ma anche sulle riviste scientifiche. Ci sarà la pandemia? E se sì, cosa c'entra la vaccinazione per il comune virus influenzale di quest'anno? L'articolo di Luisella Grandori, a nome del Gruppo delle Vaccinazioni dell'Associazione Culturale Pediatri pubblicato a pag. 601, riporta un po' di doverosa chiarezza e di senso pratico delle cose. Le riflessioni di questi giorni sul problema dell'influenza aviaria e di quella umana hanno portato le società

scientifiche pediatriche italiane a una presa di posizione quanto mai ragionevole e di buon senso "scientifico" sulla vaccinazione antinfluenzale per i bambini, rispetto (ricordate) ai furori vaccinali di un anno fa, ma anche di questi giorni da parte di alcuni *opinion leaders*. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un rilevante obiettivo di salute pubblica per alcune fasce di popolazione a rischio: sono gli anziani e i malati cronici. Le valutazioni epidemiologiche e gli studi clinici condotti in questi anni ci dicono che vaccinare in modo indiscriminato i bambini sani (ma anche quelli con asma) serve a poco (Di Mario S, et al. *Medico e Bambino* 2004;23(1):38-46; Cates CJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2:CD000364).

La dichiarazione della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica, condivisa dalla Società Italiana di Pediatria (disponibile full-text sulle pagine elettroniche: www.medicoebambino.com), "raccomanda con forza la vaccinazione contro l'influenza in tutti i bambini con le patologie croniche gravi identificate nel Decreto Ministeriale del 5 agosto 2005. I centri e i pediatri che hanno in cura bambini con patologia cronica grave devono poter contattare questi bambini nel periodo della vaccinazione antinfluenzale e devono offrire la vaccinazione a questi pazienti fornendo adeguata informazione ai genitori. Nell'ambito delle disponibilità di dosi di vaccino, e dopo aver comunque dato la priorità ai bambini con patologia cronica grave, la Società Italiana di Infettivologia Pediatrica non scoraggia la vaccinazione in tutti gli altri bambini, particolarmente in quelli di età sotto i due anni e in quelli che frequentano comunità infantili, purché questo sforzo organizzativo ed economico non vada a scapito delle altre vaccinazioni prioritarie".

Un appunto a questo documento deve essere proprio fatto sul ruolo della vaccinazione antinfluenzale nel bambino sano (come già detto), ma anche sul possibile utilizzo del vaccino nei bambini al di sotto dei 2 anni, a fronte di un recente lavoro di revisione degli RCT che ne mette in discussione l'efficacia in questa fascia di età (*Lancet* 2005;365(9461):773-80). Pur con questa nota di riflessione, il senso della dichiarazione non si modifica: vanno vaccinati i malati con gravi patologie croniche. Il documento conclude riportando che "non esiste evidenza scientifica che la vaccinazione contro l'influenza H1N1 e H3N2 suggerita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il 2005-2006 possa conferire vantaggi nel caso di una eventuale pandemia da ceppo H5N1 dell'influenza aviaria. Non esiste, infatti, alcuna cross-reattività negli anticorpi neutralizzanti fra i ceppi H1 e H3 e i ceppi H5. Solo in via teorica potrebbe essere ipotizzato che una ridotta circolazione dei ceppi H1N1 e H3N2 dovuta alla vaccinazione possa ridurre il rischio di incrocio con il ceppo H5N1 dell'influenza aviaria".

Bene, siamo contenti. *Medico e Bambino* si è fatto promotore di un percorso rivolto alla chiarezza e alle priorità in tema di vaccinazioni (*Medico e Bambino* 2005;6:371-5). Ci si ritrova, in modo abbastanza uniforme, su un obiettivo informativo chiaro e condivisibile. A favore dei pazienti e della comunità e non di interessi privati. Ma di tutto questo molti genitori sono già informati in proprio.

Federico Marchetti