

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Vaccinazione anti-varicella

Gentile dottor Marchetti, questa mia lettera riguarda l'articolo "I nuovi vaccini: pro e contro oggi", pubblicato sul n. 1 di *Medico e Bambino* 2006 che, facendo riferimento alla vaccinazione anti-varicella, pone l'accento, nei "contro" per questo tipo di vaccinazione, alla mancanza di studi farmacoeconomici applicati allo scenario italiano. Più precisamente, a pag. 27, viene riportato (testuale): "In Italia valutazioni di costi-benefici di un'estesa campagna vaccinale non sono state ancora realizzate"; e ancora: "Gli studi a disposizione sul vantaggio economico di una vaccinazione di massa per la varicella sono realizzati in sistemi sanitari e sociali completamente diversi dal nostro".

Pur avendo una forte stima per il lavoro scientifico e divulgativo della sua rivista, Le devo segnalare l'assoluta inesattezza delle due affermazioni sopra scritte.

Un recente articolo dal titolo "Varicella vaccination in Italy. An economic evaluation of different scenarios" (Coudeville L, et al. *Pharmacoeconomics* 2004;22(13); 839-55), tramite un modello applicato esclusivamente allo scenario italiano, simula a differenti tassi di copertura (45%, 70%, 90%) il risparmio derivante dalle diverse strategie vaccinali.

I risultati sono a dir poco eclatanti, se si considera che con un tasso di copertura del 90%, vaccinando esclusivamente i nuovi nati, il "sistema Italia" risparmierebbe circa 50 milioni di euro all'anno. Ed è proprio su questa base che diverse Regioni italiane hanno deciso di avviare programmi di vaccinazione universale (oltre che, ovviamente, sulla base degli evidenti benefici clinici ed epidemiologici della vaccinazione).

Credo, quindi, supportato dalla letteratura scientifica, che l'articolo pubblicato sulla rivista *Medico e Bambino* debba essere rivisitato alla luce di questa fonte letteraria, magari con un redazionale o con un articolo dedicato.

Certo di un suo gradito riscontro la saluto cordialmente.

Luigi R. Biasio
Direttore medico, Sanofi Pasteur MSD

Ringraziamo il dott. Biasio, direttore medico della Sanofi-Pasteur, per i suoi apprezzamenti. Il fatto che egli, lettore competente e attento, abbia da porre un unico appunto all'intero articolo è motivo di soddisfazione per gli Autori.

*L'articolo citato non è stato preso in considerazione, in quanto si tratta di un'estrapolazione adattata alla realtà italiana a partire da dati epidemiologici e costi sanitari, ottenuti in altri contesti europei, e non di uno studio eseguito "sul campo" in Italia. Inoltre, è stato elaborato con il supporto finanziario dell'azienda farmaceutica produttrice del vaccino. Non avevamo dichiarato esplicitamente questo criterio di analisi della letteratura, peraltro abituale nelle revisioni sistematiche "indipendenti", e l'osservazione del dott. Biasio ci dà l'opportunità di precisarlo. Tuttavia, stimolati dal dott. Biasio, abbiamo rivalutato la letteratura sugli aspetti economici della vaccinazione e segnaliamo una revisione di Thiry (Economic evaluations of varicella vaccination programmes. *Pharmacoeconomics* 2003; 21:13-38), in cui 16 studi su 17 dimostrano che la vaccinazione non produce alcun vantaggio economico sui costi sanitari della varicella. L'unico studio che conclude per un beneficio della vaccinazione di massa è dello stesso Autore di quello citato dal dott. Biasio, è stato portato a termine sempre con il supporto finanziario della allora Pasteur Merieux e ne riproduce lo schema (Coudeville et al. The value of varicella vaccination in healthy children: cost-benefit analysis of the situation in France. *Vaccine* 1999;17:142-51).*

I. Berti, T. Guerrero, D. Faraguna

Abbiamo pensato, per una risposta più puntuale e più tecnica alla sua gentile lettera, di chiederla agli Autori dell'articolo, Berti, Guerrero, Faraguna. Per parte nostra siamo solo convinti di una cosa: che la politica vaccinale, ancora una volta, non dovrebbe in nessun caso, e tanto meno per una malattia ad altissima contagiosità come la varicella, essere affidata all'arbitrio delle Regioni. C'è sicuramente la possibilità di riferire a un livello più alto, più competente e più responsabile (il solito Istituto Superiore di Sanità), il calcolo dei costi e dei benefici e l'indirizzo da seguire (vaccinazione ai soli soggetti a rischio; oppure vaccinazione ai soli soggetti non immuni all'esordio dell'adolescenza; o a tutta la popolazione pediatrica con l'obiettivo di una copertura uguale o superiore all'80%).

Abbiamo poca speranza che questo avvenga, ma siamo convinti che questo dovrebbe avvenire.

Federico Marchetti

Asma, steroidi inalatori e guaribilità

Mi scuso del ritardo con cui scrivo, ma solo recentemente ho letto il lavoro di Travan, Berti e Longo "Quando iniziare e quando sospendere i farmaci antiasmatici" (*Medico e Bambino* 2005;24:157-63) e la successiva puntualizzazione del prof. Ventura sulla Pagina gialla "Trattamento dell'asma..." (*Medico e Bambino* 4/2005, pag. 216).

Travan e collaboratori, dopo un'attenta e completa analisi della letteratura, giustamente criticano le linee guida internazionali, sottolineando come non vi sia nessun accordo sulla definizione di asma persistente lieve, e quindi neanche su quando iniziare una terapia a lungo termine o continuativa. Di fronte a questa situazione così confusa, che va giustamente affrontata, gli Autori sembrano invece rinunciarvi, in particolare quando il dott. Longo afferma: "Il trattamento di base con steroidi inalatori va fatto se (e fintantoché) chi lo fa se ne accorge (ed è d'accordo)". A parte la difficoltà del paziente adulto, e quindi a maggior ragione per un bambino o per i suoi genitori, di accorgersi quando un farmaco fa bene, non capisco perché il pediatra invece di buttare la spugna non cerchi invece, proprio grazie alle sue conoscenze specifiche dell'asma del bambino, una soluzione più razionale e mirata. L'errore di fondo di tutte le linee guida è, infatti, quello di applicare direttamente al bambino la classificazione dell'asma dell'adulto: secondo questa, un paziente deve arrivare a respirare male 2 volte alla settimana (o addirittura più di una volta al giorno, secondo le linee guida inglesi) per essere classificato come affetto da asma persistente lieve e per avere quindi diritto a una terapia continuativa con steroidi per via inalatoria. Ma, a parte questa assurdità, l'asma del bambino non è come quella dell'adulto caratterizzata da momentanee e frequenti dispnee, bensì da episodi broncostruttivi nella maggior parte dei casi scatenati da infezioni virali, e quindi della durata di 1-3 settimane. Una più appropriata suddivisione, finalmente riconosciuta nella sua sostanza anche dall'Aggiornamento 2005 delle Linee Guida GINA italiane (www.ginasma.it), è quella in episodica infrequente e frequente, a seconda che gli episodi broncostruttivi siano meno o più di uno ogni 5-6 mesi. In quest'ultima forma, e cioè in chi presenta circa un episodio al mese come in chi pre-

Lettere

senta tosse persistente o tosse da sforzo, è giustificato iniziare una terapia di base continuativa, per poi sospenderla quando si è risolta la situazione di partenza che l'ha determinata (frequenti episodi broncostruttivi) e comunque non prima di 2-3 mesi. Il Centro di Parma segue da più di 15 anni questo approccio, associando da subito agli steroidi anche i β -2, e poi inserendo in caso di risposta insufficiente (asma persistente moderato-grave) anche la teofillina ritardo. Che questa strategia permetta un buon controllo dell'asma è confermato dai risultati ottenuti in 103 bambini seguiti a partire dal 1990 in media per 6 anni e 7 mesi (Battistini A, et al. *Pneumologia Pediatrica* 2004;16.42-55). Non solo è favorevole il confronto con la letteratura, ma sono soddisfacenti anche i risultati in assoluto: ad esempio ai 14,9 episodi acuti/anno per paziente degli Stati Uniti si contrappongono i 2,9 episodi acuti della nostra casistica. Lo stesso vale per altri nostri parametri: dal basso numero di episodi acuti trattati con steroidi per os (0,5 per anno, quindi uno ogni due anni) alla bassa percentuale di pazienti che durante tutto il periodo di osservazione hanno avuto un FEV1 inferiore alla norma (6%).

Tornando alla tesi di Longo, anche il recentissimo lavoro citato da Ventura (Boushey, et al. *N Engl J Med* 2005;352:1519-28) sembra sufficiente a sostenerla. A parte gli errori nella metodologia e nella scelta della casistica (vedi anche editoriale di Fabbri, *N Engl J Med* 2005;352:1589-91), i risultati, ottenuti lasciando al paziente la decisione di usare o meno lo steroide inalatorio, non sono poi così brillanti: il paziente migliora, è vero, rispetto al periodo precedente, ma continua ad avere sintomi un giorno su tre, e cioè più di due volte alla settimana, andamento che non mi sembra sarebbe il massimo per un bambino affetto da asma.

Un'altra affermazione dei colleghi di Trieste, che può quantomeno essere fuorviante, è "evitare di dare false illusioni... l'asma può essere curato ma non guarito". A mio parere sarebbe indispensabile specificare: l'asma guarisce però nella maggior parte dei casi spontaneamente, e lo fa tanto prima quanto più si riescono a migliorare ambiente e abitudini di vita del bambino.

Ci sono però anche aspetti molto importanti su cui Parma e Trieste concordano: 1) il modo di condurre la terapia a lungo termine nel limite del possibile a cicli brevi (nella nostra casistica i giorni di terapia con steroidi inalatori + β -2/anno per paziente sono stati 195 con DS 104); 2) l'associare da subito allo steroide inalatorio anche il β -2 stimolante; 3) la contrarietà nei confronti di una profilassi dell'a-

sma dell'adulto grazie a una terapia farmacologica nel bambino apparentemente predisposto.

Non mi illudo certo di aver chiarito completamente il mio punto di vista su una problematica così complessa e intricata come la terapia continuativa dell'asma persistente, ma mi accontenterei di aver proposto alcune idee su cui riflettere, e quantomeno di non aver creato ulteriore confusione.

Augusta Battistini
Clinica Pediatrica, Università di Parma

Mi fa piacere che la prof. Augusta Battistini, persona di grande esperienza e riconosciuta autorità in questo campo, si ritrovi d'accordo su molte delle cose da noi scritte sul trattamento di fondo dell'asma bronchiale infantile.

Non posso invece condividere l'ostinatezza di ricercare la classificazione migliore dell'asma, il voler ingabbiare l'asma, con la sua molteplicità e variabilità di forme cliniche, in stereotipate definizioni.

A metterla così, non si finirebbe più di discutere. Sarebbe come discutere sul sesso degli angeli.

L'asma è legato, come da definizione ufficiale, a un'infiammazione cronica delle vie bronchiali. Un'infiammazione che precede l'esordio della sintomatologia si attenua con il trattamento steroideo inalatorio, ma non recede mai completamente e riprende inesorabilmente la sua strada dopo la sospensione della cura. Ogni artificioso sforzo di dividere l'asma in classi di gravità non avrebbe pertanto nessun senso se l'obiettivo del trattamento fosse l'infiammazione bronchiale per se stessa: tutti, bambini o adulti, dal primo giorno della diagnosi, e per sempre, dovrebbero essere trattati. Ma non è così, perché il trattamento, per quanto iniziato precocemente (oggi sappiamo che nemmeno se iniziato nei primissimi anni di vita) e per quanto mantenuto a lungo negli anni, non riesce a modificare stabilmente la storia naturale dell'asma. Da qui le indicazioni delle linee guida che opportunamente orientano il trattamento non sull'infiammazione, ma sul controllo dell'accessualità e con schemi terapeutici misurati in base all'entità e frequenza della stessa.

Il problema è che l'accessualità, nella sua ricaduta sulla qualità di vita di ogni singolo paziente, non può essere facilmente ingabbiata in rigidi schematismi, entro quegli "step" che le linee guida (e la Battistini) vorrebbero rigidamente applicati. E da qui le diversità di opinioni, i mille schemi terapeutici adottati, tutti apparentemente uguali, tutti certamente efficaci, ma anche tutti diversi nel quando cominciare e nel quando cessare, ma anche nelle dosi,

nelle formulazioni consigliate, nelle associazioni di farmaci utilizzate. Ne è un esempio la stessa Battistini che non riesce a dimenticare la vecchia teofillina o noi che nel nostro Pronto Soccorso non ci arrischiamo a buttare il vecchio nebulizzatore per il più sbrigativo ed egualmente efficace spray con distanziatore.

Ma quello che caratterizza profondamente il nostro attuale pensiero, e che ha indotto la Battistini a esprimere il suo disaccordo, è l'aver capito che per l'asmatico la qualità della vita non è, o non deve essere obbligatoriamente, sinonimo di assenza di accessualità. Che è poi lo stesso concetto così ben esplicitato anche dalle linee guida britanniche in premessa al capitolo sul trattamento farmacologico dell'asma: "Non è corretto definire in modo rigido gli obiettivi del trattamento, né per quanto riguarda la funzionalità polmonare, né per quanto riguarda il controllo dei sintomi, in quanto ogni paziente può avere esigenze diverse, oltre al diritto di poter soppesare il beneficio auspicato con il costo dei potenziali effetti negativi e l'impegno di dover assumere i farmaci per i tempi necessari a ottenere il 'perfetto' controllo dell'asma".

La mia frase ha lo stesso significato e nello stesso tempo sta anche a sottolineare che è proprio sbagliato farsi guidare da qualunque altra cosa che non sia la clinica dell'asma e la sua ricaduta sulla qualità di vita del singolo paziente. "Il trattamento di base con steroidi inalatori va fatto se (e fintantoché) chi lo fa se ne accorge (ed è d'accordo)": cosa c'è di più semplice che comportarsi di conseguenza? Chi mai nell'attività ambulatoriale di ogni giorno incasella il paziente in uno degli "steps" delle linee guida per decidere poi se e come trattarlo? La nostra non è una "rinuncia" a cercare una più corretta classificazione dell'asma; è, al contrario, un invito preciso a non farlo. La mia frase, se correttamente interpretata, permette infatti a tutti i pediatri di decidere il trattamento più idoneo, caso per caso, con la propria testa e non con quella delle linee guida GINA. Fa capire che non si può sbagliare, o meglio che nessun trattamento è giusto o sbagliato in assoluto: la soluzione più corretta, "razionale e mirata" (come auspica la Battistini), deve scaturire non soltanto dalla conoscenza delle linee guida, ma anche e forse principalmente dalla sensibilità del pediatra come medico di famiglia. Soltanto così risulterà la scelta giusta, rispettosa e attenta alle esigenze di ogni singolo bambino o adolescente (che non è la stessa cosa) e alle attese e i timori dei genitori (che non sono tutti eguali). Ma lo stesso bambino che la Battistini riporta nella sua lettera come esempio di caso da trattare conferma chiaramente le mie ragioni: perché quel bambino che lamenta tosse persistente o tosse da sforzo con crisi

asmatiche mensili, al di là di qualsiasi sterile disquisizione sulla classificazione di quell'asma, non potrà che giovare, e quindi ben "accorgersi" (!), dell'efficacia/utilità del trattamento di base con steroidi inalatori? Che differenza fa averlo prima etichettato come "episodico frequente", "episodico infrequente", oppure "lieve" o "moderato persistente"?

E saremmo anche d'accordo con "Parma" sul fatto che la terapia andrà sospesa dopo i 2-3 mesi minimi necessari per ristabilire un buon controllo dell'asma (pur con tutte le variabili individuali e stagionali che non è qui il caso di ricordare).

L'errore sarebbe, al contrario, quello di voler trattare il bambino che non lamenta alcun disturbo, ma al quale siamo noi a trovare "che non sta bene", che ha una "flogosi eccessiva", con l'espettorato indotto o con l'NO espirato, oppure anche con l'esecuzione di un test da sforzo estremo. Questo bambino del beneficio di essere trattato non potrà "accorgersi"; e questo bambino non è poi diverso da quello che, dopo aver raggiunto il controllo dell'asma, le linee guida vorrebbero continuasse il trattamento per almeno un anno. Questi sono i soggetti che portano le statistiche a dimostrare che appena il 20% dei pazienti con asma persistente fa il trattamento di fondo con steroidi inalatori; per quella che viene etichettata come cattiva "compliance" e che noi riteniamo invece essere, il più delle volte, una "non compliance intelligente".

Infine l'articolo di Boushey recensito da Ventura (Pagina gialla) è importante per noi pediatri, come riprende anche L. Fabbrì nel suo editoriale di accompagnamento, perché nel bambino l'asma è nella stragrande maggioranza dei casi un asma "intermittente" o "lieve persistente", e pertanto nel bambino, diversamente che nell'adulto,

possono essere il più delle volte adottati quegli schemi di trattamento con brevi periodi di steroidi inalatori, che la stessa Battistini approva e che hanno permesso di ottenere in Friuli Venezia Giulia un eguale controllo dell'asma con appena il 30% delle confezioni di steroidi inalatori per bambino asmatico/anno rispetto alle altre regioni italiane confrontate con il progetto ARNO (Berti I, Longo G, Visintin S. Treatment of mild asthma. *N Engl J Med* 2005;353 (4):424-7).

Giorgio Longo

Emergency

Sono arrivato in Sudan 7 mesi fa e da allora ho iniziato a conoscere la realtà di questo sterminato territorio (2.500.000 m²), ricco di contraddizioni e di popoli che in qualche modo stanno cercando il proprio equilibrio. Pochi ricchi detengono il potere, ma questa non è una grossa novità e questi pochi sono in maggioranza arabi. Gli altri, i veri neri, soffrono la situazione ma trovano comunque il modo di sopravvivere e di sorridere. Colori si mischiano nei mercati con sapori di cibi e spezie a me sconosciute e danno a questo mondo magia e calore. Lo stipendio medio è di 110 euro al mese, le famiglie numerose e le spese sanitarie sono a pagamento anche in ospedale. In questo contesto si colloca la Clinica Pediatrica di Emergency che è nata nel campo profughi di Mayo, uno dei più grandi del Sudan. Qui le condizioni di vita sono al limite della sopravvivenza. Il campo di Mayo, e più precisamente la "frazione" di Angola, si trova a 20 minuti di macchina dal centro di Khartoum, ma qui non esistono fognature o rete idrica ed elettrica; il trasporto è assicurato

da carretti trainati da muli e le case sono di fango. La popolazione che vive all'interno del campo è per la maggior parte composta da gente del Sud che è fuggita alla guerra 20 anni fa. Si stima che all'interno del campo vivano 300.000 persone e in Angola, dove sorge la Clinica, 100 mila, di cui il 50% ha meno di 14 anni. I lavori per la costruzione della Clinica hanno avuto inizio a settembre e posso dire di aver visto e contribuito attivamente alla crescita della struttura prefabbricata dove ora sto lavorando. Nel periodo della costruzione della Clinica ho anche intrapreso relazioni con il sistema sanitario, ho scritto protocolli e selezionato personale sanitario e non. L'emozione all'apertura dei 200 m² della Clinica è stata grande, e questa gioia va aumentando di giorno in giorno. Dal 30 novembre 2005 a ora abbiamo visitato 3000 bambini, tanta fatica ma che gioia. Gioia che condivido e vedo sul volto dello staff nazionale che lavora con me e delle persone che vengono a farsi curare. La gioia degli abitanti di Angola è data dal fatto che dopo tanti anni c'è qualcuno che pensa a loro senza chiedere nulla in cambio.

Come è la mia giornata tipo?

Sveglia alle 7, colazione e solita lotta per arrivare al campo; il traffico soprattutto all'entrata del campo e presso alcuni incroci è talmente caotico che la tangenziale di Milano all'ora di punta fa ridere. All'arrivo in Clinica ci sono 50 bambini con relative mamme o papà che aspettano di essere visitati. Dopo il triage nella waiting area, si inizia. I miei collaboratori sono 1 infermiera internazionale, 2 infermieri che vivono a Mayo e provengono dal Sud, 1 farmacista anche lui del Sud, 1 medico arabo del Nord e 1 laboratorista di Khartoum. Grazie al loro aiuto ogni giorno visitiamo e controlliamo 60 bambini. Le patologie più frequenti



EMERGENCY è un'associazione umanitaria senza scopo di lucro, nata in Italia nel 1994, con l'obiettivo di fornire assistenza medico-chirurgica alle vittime civili dei conflitti.

Attività specifiche sono:

- intervenire in zone di guerra con iniziative umanitarie a favore delle vittime, in particolare civili, dei conflitti armati, dei feriti e di tutti coloro che soffrono altre conseguenze sociali dei conflitti o della povertà, quali fame, malnutrizione, malattie, assenza di cure mediche e di istruzione;
- portare soccorso alle vittime di calamità naturali
- promuovere una cultura di pace e solidarietà nonché l'affermazione dei diritti umani

Per i nostri progetti in Afghanistan, Sudan e Sierra Leone **ricerchiamo pediatri** in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Pediatria
- rilevante esperienza clinica in un reparto specializzato
- preferibile esperienza in malattie infettive e tropicali e in medicina di base pediatrica
- disponibilità minima di permanenza all'estero di 3 mesi
- buona conoscenza della lingua inglese

Gli interessati possono trovare maggiori dettagli sulla posizione offerta sul sito www.emergency.it, nella sezione "lavora con noi".

Per **candidarsi** occorre inviare una e-mail a: curriculum@emergency.it, allegando un dettagliato curriculum vitae, oppure utilizzare l'*application form* sul sito. L'iter selettivo prevede: valutazione del curriculum vitae e di un questionario specifico; colloquio finale di selezione presso la sede di Milano con prove di inglese (orale e scritto).

Lettere

sono legate alla scarsità di igiene e cibo, diarree, malnutrizioni, polmoniti, dermatiti, tubercolosi e malaria. Il clima all'interno della Clinica è sereno, il lavoro non manca e molto spesso non è possibile fermarsi per pranzo. I genitori? Anche qui i momenti di tensione non mancano, ma alla fine capiscono che stiamo facendo del nostro meglio e spesso tornano solo per ringraziare. Alle 16 si chiude, un ciao, un saluto e via in ufficio-casa dove mi aspetta un po' di sano lavoro di ufficio, qualche telefonata e la cena, tutto condito da chiacchiere con gli altri componenti dello staff internazionale.

Mentre vi scrivo, stiamo inoltre progettando di implementare la continuità assistenziale non solo dalla Clinica verso gli ospedali di riferimento, ma anche dal campo verso la Clinica.

Questa che vi ho descritto è la realtà che vivo, in continua evoluzione; solo una certezza al momento: quello che stiamo facendo è qualcosa di buono.

Luca Ecclesio, Cantù (CO)

Caro dott. Ecclesio,

pubblichiamo volentieri accanto alla tua lettera la presentazione delle attività di Emergency, organizzazione che si è distinta in particolar modo per le attività in favore delle vittime di guerra, e di sensibilizzazione sugli effetti devastanti della guerra. L'esperienza che descrivi rappresenta un esempio di quanto in tante parti del mondo organizzazioni come Emergency stanno cercando di fare. Il problema, tuttavia, non è solo fare, ma fare raccogliendo dei risultati per coloro che pretendiamo di aiutare, e risultati che siano sostenibili e sostenuti nel tempo.

La discussione su come ottenere questo evidentemente trascende la buona volontà dei singoli, così come naturalmente la bontà, spesso se non sempre autoreferenziale, delle organizzazioni di volontariato. Richiede esperienza, buona conoscenza della letteratura in merito, e soprattutto disponibilità al confronto e alla valutazione, anche da parte di esterni. Per essere estremamente sintetico, potrei dire che l'ABC della cooperazione in salute include tre principi irrinunciabili: a) aiutare i locali ad affrontare i problemi prioritari, cioè quelli che causano il maggiore carico di malattia; b) aiutare i locali a rafforzare il loro sistema sanitario, con strutture, capacità, organizzazione; c) coordinarsi il più possibile con tutte le altre organizzazioni presenti sul territorio, per evitare competizioni, sprechi, confusione e per fare il miglior uso delle competenze di ognuno. Ora lascio a te una valutazione di quello che stai facendo con tanto entusiasmo, in una ottica più di medio termine. Quanto scrivi, soprattutto dove sottolinei che ora vi state adoperando per assicurare la continuità tra le cure a livello di comunità,

quelle di livello ambulatoriale, di piccolo ospedale e infine di livello terziario, mi pare vada nella direzione giusta.

Ma vorrei cogliere questa occasione per qualche commento sull'ultima iniziativa di Emergency, quella di costruire in Sudan un ospedale di cardiocirurgia per un bacino di utenza che comprende più Paesi. Tale iniziativa infatti suscita, in me e in molti di coloro che si sono occupati di cooperazione, molte perplessità.

È vero che in Paesi come Sudan, Etio-

pia, Uganda, la stragrande maggioranza della popolazione non ha accesso alla cardiocirurgia, così come ad altre cure "terziarie" (trapianti, neurochirurgia, chirurgia toracica, oncologia, dialisi). Ma è altrettanto vero che la stragrande maggioranza delle morti e delle malattie, soprattutto tra le donne e i bambini, sono associate alla gravidanza e al parto o dovute a malattie facilmente prevenibili e/o curabili come diarrea, malnutrizione, AIDS, polmonite, malaria, tubercolosi. Inoltre, i sistemi sanitari africani,



Finalità



- ▶ **Continuare** i progetti di aiuto iniziati dalla drssa. Maria Bonino
- ▶ **Individuare** nuovi bisogni per aiutare bambini africani ed in particolar modo i malnutriti
- ▶ **Ideare** progetti di sostegno allo studio
- ▶ **Realizzare** progetti di sostegno alle famiglie per migliorarne le condizioni di vita
- ▶ **Sostenere** Borse di Studio inerenti condizioni patologiche di particolare interesse in Africa
- ▶ **Incrementare** la sensibilizzazione alle problematiche mediche africane
- ▶ **Battersi** per l'istituzione nel nostro paese di protocolli di intervento a favore di Italiani che, all'estero per motivi umanitari, necessitano di cure particolari o eventualmente di un immediato rientro in patria

INVITO A SOTTOSCRIVERE IL 5 PER 1000 A FAVORE DELLA FONDAZIONE C.F. 90052080026

www.fondazionemariabonino.it



La Fondazione è presente nell'elenco delle associazioni ONLUS cui è possibile destinare il 5 per mille dell'IRPEF; per effettuare questa scelta è sufficiente apporre la propria firma e indicare il codice fiscale della Fondazione (C.F. 90052080026) in calce ai mod. CUD, 730 o UNICO, nello spazio riservato alla scelta del 5 per mille, all'interno del primo riquadro.
Per il versamento di contributi alla Fondazione, detraibili in sede di annuale dichiarazione fiscale, utilizzare le coordinate bancarie del conto corrente intestato alla Fondazione Maria Bonino ONLUS: Abi 06090, CAB 22311, N° conto 160500, CIN T

e di questi Paesi in particolare, sono molto deboli, a volte totalmente dissestati e mancano dell'essenziale. Infine, più i Paesi sono deboli, meno riescono ad assicurare coordinamento tra i "donatori" e a trarre beneficio dal loro operato.

Per questi motivi (che come vedi riprendono il mio a, b, c) si raccomandano investimenti nelle cure primarie e negli ospedali generali di primo livello. Inoltre, si raccomanda che progetti specifici siano inseriti in un piano strategico nazionale di media e lunga durata, che include anche i donatori. Non si tratta infatti solo di destinare le poche risorse agli interventi che possono salvare più vite umane, ma anche di evitare che nuove iniziative molto specifiche possano provocare distorsioni ulteriori in sistemi molto deboli, attraverso, per esempio, un "drenaggio" di figure essenziali quali gli infermieri dalle unità periferiche a ospedali terziari, o, peggio, verso nuove iniziative.

Mi pare che l'iniziativa del centro regionale di cardiocirurgia contraddica tutti i principi di buona pratica che ho sintetizzato. L'ospedale, con le sue decine di specialisti e molti, molti più infermieri e tecnici ecc., curerà tanti malati, opererà casi difficili che altrove non avrebbero trovato assistenza, probabilmente salverà la vita (nel breve periodo) a molte persone. Ma coloro che, in quell'area vasta come l'Europa e più, non hanno accesso alle più semplici cure primarie, continueranno a morire precocemente per parto, malnutrizione, malaria, polmonite, diarrea o AIDS. E sono molti, molti di più. Inoltre si rischia di far danno drenando preziose risorse umane da altri e più essenziali servizi.

So che Gino Strada vuole con questa iniziativa affermare il principio che tutti hanno diritto alle cure più complesse. Giusto, ma non si può, per affermare un principio, contraddirne altri ancora più importanti e conculcare diritti (od omettere di operare per salvaguardarli) ancora più basilari.

Su questo sarebbe giusto confrontarsi, restare aperti alla discussione, anche perché è attraverso questo che si cresce. Contiamo che questo avvenga anche per Emergency.

Giorgio Tamburlini

ERRATA CORRIGE

Medico e Bambino n. 3/2006

Nell'articolo "Motivazioni di interesse per la fitoterapia", comparso nel numero di marzo, il box dei messaggi chiave predisposto dalla redazione contiene una imprecisione terminologica: le fitomedicine o fitoterapici vengono definiti "fitofarmaci". Con questo termine in realtà si indicano i prodotti destinati alla cura delle piante e delle coltivazioni in genere.

P