

Sedili vuoti a Copanello

Sono appena tornato da Copanello. Con molto rammarico, devo subito confessare. Era un anno particolare, e lo era a maggior ragione per chi, come me, ha considerato da sempre Copanello non solo un incontro di formazione, ma anche (soprattutto) di "costruzione". Era un anno particolare perché era il (XXI) e qualcosa doveva pur significare. Il rammarico non deriva certamente dalla qualità degli interventi proposti, anzi; ritengo che sia stato in assoluto uno dei più stimolanti, di altissimo livello, nonostante i molti "pediatri non famosi (...saranno)"; un esempio su tutti (senza volere far torto a nessun altro) la relazione della Moschetti (pediatra di base): è riuscita a passare dal piede piatto all'Io senza suscitare alcuno sgomento in un uditorio assolutamente "preso" da una esposizione assolutamente magistrale.

Non rammarico, dunque, per questo. Il rammarico deriva dai sedili vuoti che (per la prima volta) hanno caratterizzato Copanello; e la gran parte di questi "vuoti" era rappresentata da uno zoccolo duro che, ero certo (e, credo, non solo io!), non sarebbe mancato proprio quest'anno! Mai visti così pochi pediatri della Sicilia..., che pure hanno avuto parte rilevante in questi decenni nella storia di Copanello; nessun (o quasi) primario ospedaliero calabrese... Strano... Perché? Forse una serie di coincidenze contemporanee? Strano...

Ma non c'era un motivo per continuare a fare Copanello a ... Copanello? Io (e non solo io) lo avvertivo. Segno di un malessere? Quale? Perché non parlarne in questa tribuna?

Sergio Conti Nibali
Pediatra di base, Messina

È una domanda curiosa, a cui viene difficile rispondere da questa Rivista; saremmo contenti se altri (i non venuti) rispondessero, su queste pagine, alle domande di Conti Nibali.

In realtà ci sono delle risposte semplici.

Se a Copanello ci sono state meno persone può esser dipeso:

a) da una ridotta attrazione del programma dell'incontro;

b) da una maggiore difficoltà a venire a Copanello (leggi: minore facilità a ottenere una sponsorizzazione).

Entrambe le ipotesi possono esser vere, ed entrambe avrebbero almeno una causa comune, facilmente individuabile, a cui non è estraneo lo stesso gruppo ACP: l'inflazione congressuale, e più in generale l'inflazione dell'informazione. Ci sono pochi dubbi sul fatto che Copanello sia stata, storicamente, la prima, e per molto tempo unica, risposta ai bisogni di sapere dei Pediatri di base dei

territori del Sud (e non solo del Sud), e che Medico e Bambino sia stata la prima rivista di Pediatria ambulatoriale. Allora non c'era la sponsorizzazione, e Medico e Bambino era una rivista gratuita.

Sono passati vent'anni; il numero degli incontri si è forse centuplicato, il numero delle proposte editoriali si è quasi decuplicato. Si è aperto un "mercato": per quanto grande possa essere la fetta di mercato che può rimanere alle due iniziative originarie, è inevitabile che essa abbia subito o subisca o possa subire delle restrizioni, che sono legate alla capacità di attrazione (che comprende anche la voglia generale di partecipazione e di ascolto dei pediatri, e anche il tempo materiale a loro disposizione) e alla capacità di spesa (che comprende anche la capacità contributiva delle Case, che sono poi le Case dei latti; poiché, fuori di ipocrisia, senza questa contribuzione l'afflusso dei pediatri sarebbe sicuramente, sempre per ragionevoli considerazioni economiche, molto più esile di quello che comunque è).

Nella domanda di Conti Nibali mi sembra però di sentir ventilata una (quasi) inespressa ipotesi: che questo fenomeno abbia un senso "speciale", che riguardi, specificamente, Copanello (o le iniziative correlate con la ACP). Beh, è possibile. Anche questo va letto in almeno due modi: 1) che il linguaggio di Copanello (il nostro linguaggio) sia meno gradito di un tempo, forse per l'usura del tempo, forse perché contro corrente, o forse invece per una sua forma di conformismo (ci sono già state, su queste pagine, lettere di "insolferenza ideologica"); 2) che le "borse" delle Case preferiscano aprire i loro cordoni per iniziative diverse dalle "nostre". Se così fosse, questo farebbe parte di una politica assolutamente legittima, e che nemmeno mi sorprenderebbe.

F.P.

Medicus medicorum

Due numeri fa, nella rubrica "Oltre lo Specchio", abbiamo pubblicato una recensione, non favorevolissima, di un libro sulla medicina, specialmente sulla medicina istituzionale (ospedaliera-universitaria) italiana: *Camici e Pigiami*. Un libro di travolgente successo, che aveva avuto quattro ristampe in un mese, quando ne abbiamo pubblicato la recensione, poi sette ristampe in due mesi. Il libro è scritto da un autore che si firma *Medicus Medicorum*. Ora l'autore è uscito dall'anonimato: è risultato essere un pediatra, che si chiama Paolo Cornaglia Ferraris, ed è risultato anche aver subito un processo per calunnia da parte dell'Ordine dei Medici. Io, che ho scritto la recensione, non ho cambiato sostanzialmente il parere, un parere "misto"

su quel libro. Mi sento però in dovere di aggiungere qualche parola.

La prima è che, tutto sommato, mi fa piacere che il libro sia stato scritto da un pediatra. Con tutte le riserve che ho già espresso, si tratta di un libro sostanzialmente generoso, che contiene una sofferenza nei riguardi del malcostume (che c'è, e che nel nostro mestiere "non dovrebbe esserci", ma che esiste dello stesso segno se forse con diverse caratteristiche - non è una scusante - anche in altri Paesi) contro il quale, io credo, la categoria dei Pediatri ha, mediamente, una sensibilità maggiore rispetto ad altre categorie mediche. C'è inoltre un'apertura di credito alla sanità solidale, contenuta nei propositi del Piano Sanitario Nazionale (leggi Rosy Bindi) che sicuramente è invece avversata dal cuore oscuro di altra parte della medicina italiana.

La seconda riguarda la posizione assunta dall'Ordine dei Medici di Genova, che da quanto leggo su *L'Espresso* del 6 maggio «lo ha convocato sottoponendolo a un interrogatorio-processo di due ore, riservandosi di decidere quale sarà la punizione». Afferma Cornaglia Ferraris nell'intervista rilasciata al giornale: «Che esista un degrado culturale e morale nella nostra professione, e che l'Ordine dei Medici non vi si opponga, è vero e lo dichiaro. Ma è un sentimento diffuso che l'ipergarantismo applicato dagli Ordini dei Medici suoni sempre più spesso come impunità». Sento doveroso testimoniare, su questa stessa Rivista su cui ho ritenuto di dover sottolineare i miei "distinguo", la mia personale condivisione di questo assunto. Sono infinitamente più vecchio del dottor Cornaglia, e posso garantirgli che, rispetto alla medicina degli anni Cinquanta, non c'è nessun "degrado" inteso in senso dinamico: non siamo affatto peggio. Ma condivido con lui la convinzione che non siamo, comunque, neanche sufficientemente meglio. Non stiamo tanto bene, sul piano morale e culturale, quanto si DEVE richiedere a un medico (alla medicina), quanto la gente (giustamente) si aspetta da noi. E condivido con lui l'opinione che gli Ordini, pur essendosi scelti (che non è poco) come Presidente della Federazione una persona che, per quanto lo conosco, sembra assolutamente stimabile e di assoluta levatura culturale e morale, nel loro corpo reale, cioè nelle singole sedi, difendano l'indifendibile, e non promuovano abbastanza tutto ciò che c'è di buono (e ce n'è).

Il "far quadrato" degli Ordini in difesa della categoria, posizione in qualche misura inevitabile, finisce per costituire un impedimento al proporsi come guida morale degli iscritti. Ma le elezioni dei Consigli dell'Ordine ripropongono sempre le stesse persone, meglio, lo stesso modello biologico

co di persone; e con questi lo stesso tipo di ideali: conservazione, difesa della categoria, conformismo retrò, *primum non nocere* eccetera eccetera. Il processo a Cornaglia - che, stia tranquillo, lo assolverà con un' ammonizione, per la solita buona ragione, che «can no magna de can» (e che anche lui, dunque è un "can") - ricorda ai vecchissimi come me il processo a un altro nobile (e forse anche lui smodato) non conformista: l'amato, l'amatissimo Maccacaro, bandiera della nostra gioventù.

Franco Panizon, Trieste

L'odiato Pdf?

Ormai è chiaro: la rottura tra ospedale e territorio nell'area pediatrica è netta e insanabile! Basta leggere tra le righe dell'Audit sulle broncopolmoniti, pubblicato sul numero 4/99 di *Medico e Bambino* per capire che quell'articolo è stato concepito per quel fine e per screditare la figura del Pdf. Lo studio presenta delle pecche metodologiche, i dati sono associati in modo incongruo, ma quello che più colpisce e offende sono le affermazioni/conclusioni offensive, gratuite, irresponsabili e non giustificabili sulla scorta degli stessi dati riportati.

La prima considerazione da fare è che con quasi certezza quelle 1212 BPM sono solo la punta dell'iceberg di questa patologia e, se per pura ipotesi le BPM dell'anno considerato fossero 2424, vorrebbe dire che ben la metà non sono afferite in Ospedale, e quindi saranno state curate a domicilio (da chi?). Si dice che di questi 1212 ricoveri il 33,5% è avvenuto su indicazione del Pdf, mentre il restante 66,5% è sfuggito al suo controllo: ma siete sicuri che fossero tutti in carico all'odiato Pdf? Va ricordato che il Pdf ha in carico assistiti fino ai 14 anni, e che l'età esclusiva è fino ai 6 anni, per cui si pone una domanda: quel 66,5% di bambini erano proprio tutti assistiti o, se preferite, mutuati del Pdf? Il Pdf lavora dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e dalle 8 alle 10 dei giorni prefestivi, per cui pongo un'altra domanda: a che ora e in che giorno sono avvenuti quei 66,5% di ricoveri? Forse i colleghi Boschi, Marchetti, Mercuri e La Gamba dovrebbero seguire un corso di statistica e rifare i conti!

Non sono poi accettabili affermazioni quali: «... così come per altre patologie, il Pdf riveste un ruolo marginale nella decisione per l'ospedalizzazione» (sulla scorta di quali dati?). È poi inammissibile che si parli di indici di fuga dal Pdf (terminologia adottata dai Direttori Generali per indicare i ricoveri avvenuti in ASL diverse da quelle di residenza), e che le percentuali (vedi la "gestione prima del ricovero") ten-

gano conto di volta in volta di casi seguiti o meno dal Pdf: ad esempio quei 245 casi pari al 21% con sintomi presenti da più di 7 giorni, tali da giustificare il giudizio autonomo del ricovero da parte della famiglia, sono il 21% di 1212 e non di 1212 (casi totali) - 287 (casi ricoverati dal Pdf). Questi sono errori inaccettabili, vergognosi e grossolani, e forse il lavoro avrebbe richiesto una più attenta e solerte lettura da parte del Comitato di Redazione della rivista per far apportare da parte degli scriventi le giuste correzioni. Correzioni che sono anche a posteriori indispensabili, come le dovute scuse ai lettori (che non sono fessi) e al tanto odiato, vituperato, deriso e invidiato Pdf.

Antonino Baio

Pediatra di famiglia, Dolo (VE)

La lettera del dottor Baio entra in un contenzioso che non ci compete e che non è inerente ai metodi e risultati dello studio pubblicato su queste pagine per i seguenti motivi:

□ *non rientrava tra gli obiettivi dello studio stimare il tasso di ricoveri per le patologie oggetto di sorveglianza (quanti bambini con broncopolmonite vengono ricoverati); in ogni caso il denominatore a cui fare riferimento non è il numero dei ricoveri per le quattro patologie oggetto di sorveglianza (2141 casi), ma semmai il numero totale di casi (pari a 26.080 bambini) che sono stati ricoverati durante i 3 mesi di sorveglianza, e a cui fanno riferimento 87/104 divisioni. Pur trattandosi di un denominatore "sporco" (sia perché non fa riferimento a tutte le divisioni partecipanti allo studio, sia perché comprende anche i ricoveri in regime di Day Hospital), se ne ricava che i bambini ospedalizzati per broncopolmonite rappresentano sul totale dei ricoveri una percentuale molto contenuta (le cose qui dette sono riportate anche nella sezione dell'articolo relativa all'inquadramento generale);*

□ *se i tassi di ospedalizzazione sono bassi, questo è indubbiamente merito del Pdf. Ciononostante i risultati dello studio evidenziano che esistono i margini per ridurre ulteriormente la frazione dei bambini che viene ricoverata (in particolare per i casi con broncopolmonite). È ormai un dato incontestabile che in Italia, sul totale dei ricoveri, solo 1/3 sono decisi dal Pdf (la invitiamo a leggere l'articolo di Vincenzo Calia, un Pdf, pubblicato su *Medico e Bambino* 4, 35-41, 1998). E questo, se lo lasci dire da chi ha svolto il lavoro di Pdf, non per colpa di chi lavora sul territorio. Una delle possibili strategie (su cui la Commissione Ospedaliera dell'ACP sta già lavorando) è quella di dare "continuità alle cure" (come più volte affermato negli articoli relativi al-*

le quattro patologie dello studio pubblicato e nel commento finale del professor Biasini). Se si vogliono ottenere risultati tangibili, è indubbio che sarà necessario impegnarsi tutti (Pdf e ospedalieri), innanzitutto con metodo e impegno, producendo dati (il lavoro del Gruppo di Studio della Pediatria Ospedaliera ACP ne è un esempio), senza più illudersi che le strategie corporative (di parrocchia) o le solenni dichiarazioni di intenti (mai rese trasferibili nella pratica) possano servire a qualcosa.

Due ultime note in riferimento ai dati da Lei contestati:

□ *ci sembra marginale sottolineare a "chi" appartengono questi bambini. Come riportato nella sezione "Caratteristiche generali della popolazione" (e nella Figura 1), 8/10 bambini hanno un'età al disotto dei 5 anni;*
□ *il vero tasso di fuga su cui dobbiamo riflettere riguarda la percentuale dei bambini trattati a domicilio e che poi si rivolgono alla struttura ospedaliera. Questa riflessione (guardando i dati, senza essere grossi conoscitori della statistica) ci fa essere più clinici, pensando magari di darci come obiettivi: a) l'informazione della famiglia su tempi e modalità di cura della broncopolmonite;*

b) le strategie terapeutiche "migliori", che indubbiamente non siamo ancora in grado di seguire, sia in ospedale che sul territorio.

Sarà possibile, adottando strategie più "condivise e scientifiche" e meno polemiche? Un obiettivo per il 2000?

Federico Marchetti, Nicola D'Andrea
a nome del Gruppo di Studio
della Pediatria Ospedaliera ACP

*Sono vecchio, ma non finisco mai di sorprendermi. Il dottor Baio non è nuovo a un tipo di lettura, diciamo, impetuosa, degli articoli di *Medico e Bambino*, e a un tipo di scrittura, diciamo, impietosa, e (posso osare?) forse un po' prevenuta nei riguardi della Direzione-Redazione. Gli posso assicurare che non c'era nessuna intenzione meno che buona né in chi ha fatto la ricerca (104 ospedali) né in chi l'ha pubblicata; e a sua consolazione, se è consolabile, gli dirò che alcuni pediatri ospedalieri hanno letto, invece, la ricerca come l'espressione di un disegno anti-ospedaliero.*

*Qui, a Lei e a tutti i lettori di *Medico e Bambino*, chiedo di non leggere i nostri lavori "tra le righe", ma come sempre si dovrebbe, di leggere proprio le righe, con le parole, i pensieri, i punti e le virgole, i numeri. L'affermazione che il Pdf ha un ruolo marginale nella decisione di ricoverare deriva dai fatti (è "responsabile" del ricovero una volta su tre); e questo può esser letto sia nel senso che se stesse a lui ricovererebbe meno (e quindi che l'ospedale, come è certo, ricovera troppo) sia nel senso che i*

genitori, spesso, per infiniti motivi (anche, forse, a volte, per l'eccessiva condiscendenza dell'Ospedale) "saltano" il passaggio per il Pdf. Fenomeno che è, né più né meno, in termini tecnici, un "indice di fuga". Tutto questo non è nuovo; è stato lamentato tante volte proprio dai Pdf (ma anche dall'Ospedale, per opposte ragioni; e, sia nei Pdf sia nell'Ospedale - parlo in generale - queste re-creminazioni contengono una punta di ipocrisia). Tutto questo ricompare (come poteva non ricomparire?) in questo spaccato della Pediatria Italiana.

Può darsi che vada tutto bene: contento il Paziente, contento l'Ospedale, contento il Pdf: è certo che questo tipo di equilibrio si è stabilito negli anni, e non solo in Italia, con diversità molto sensibili da sede a sede, ma alla fine con una certa omogeneità statistica che compare nelle letture "collettive" come in questa. Va corretto? Va razionalizzato? Va migliorato? Dipende da quali sono le spinte prevalenti nel "mercato".

Medico e Bambino pensa sempre in termini "professionali"; pensa che l'orgoglio professionale, l'orgoglio di far bene (che rappresenta certamente un movente forte nel dottor Baio e, con l'orgoglio, anche il bisogno che il proprio buon lavoro sia riconosciuto), potrebbe portare a un superamento (non facile) delle separatezze. Capisce che questo sarebbe un salto culturale e anche morale (le due cose sono la stessa cosa). Non sa se può crederci; ma pensa che a qualche cosa si debba pur credere. Immagina, con speranza sempre più debole, che le diverse "parti" si possano riunire in una (il Dipartimento).

Ma se questo non succede, capisce che succede perché nessuno lo vuole. E se nessuno lo vuole, è giusto (o no?) che non succeda.

F.P.

Promozione dell'allattamento al seno

Vorrei, attraverso la vostra rivista, rispondere alla lettera del dottor Frigerio in relazione al Programma della Regione Piemonte sulla promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.

Mi sento particolarmente coinvolta e chiamata in causa, in quanto, essendo un'animatrice di formazione per i pediatri di base, ho preparato con alcune colleghe il corso di aggiornamento sull'allattamento al seno per i Pdf, che è stato presentato in quasi tutte le ASL della Regione Piemonte. Inoltre, avendo partecipato al programma dell'OMS per i formatori, sto collaborando all'effettuazione dei corsi per il personale ospedaliero in una ASL della Provincia di Torino.

Mi permetto di dissentire dalle opinioni del dottor Frigerio almeno su alcuni punti.

Innanzitutto il modello che viene offerto (attenzione, non imposto!) alle donne italiane non mi sembra possa definirsi "marocchino"; semmai è il modello più naturale e rispondente ai bisogni della coppia mamma-bambino, sia dal punto di vista alimentare sia dal punto di vista relazionale (un seno è sicuramente più caldo e accogliente di un biberon), e migliaia di anni di evoluzione dovrebbero averlo dimostrato, mentre per nessuno di questi aspetti si può ipotizzare una superiorità dell'allattamento artificiale.

Che gli ultimi cinquanta anni abbiano modificato abitudini e convinzioni sull'allattamento favorendo la diffusione di un tipo di alimentazione, quella artificiale, più "comoda" e funzionale per la donna moderna che lavora, non mi sembra che sia un fatto da accettare passivamente: è ampiamente dimostrata la superiorità dell'allattamento al seno sia dal punto di vista nutrizionale sia dal punto di vista immunologico nella prevenzione di malattie in età infantile ma anche dell'adulto (e gli studi su questi aspetti non sono certo terminati).

Quindi ritengo sia un nostro dovere, in qualità di operatori della salute, fornire un'informazione corretta e completa sui vantaggi dell'allattamento al seno rispetto all'allattamento artificiale, nonché un sostegno alla mamma che allatta (e vada al di là di poche e incomplete informazioni).

I corsi di formazione per operatori ospedalieri sono partiti presso quasi tutte le ASL della Regione Piemonte, e sono seguiti ovunque con entusiasmo. È auspicabile che le mamme possano essere sostenute e aiutate ovunque, meglio di adesso, con informazioni precise e corrette, ma soprattutto omogenee (cosa improbabile peraltro nel Presidio Ospedaliero in cui lavora il dottor Frigerio, l'unico che non ha aderito al programma di formazione).

Infine, io credo che il compito di ogni pediatra sia quello di mettere tutte le mamme che lo desiderano nella situazione migliore per allattare, senza ostacolare, come spesso succede, quella che è fisiologia, e non cercare di forzare anche una sola donna ad allattare (cosa peraltro non poi così facile, visto che l'allattamento al seno non è un farmaco da somministrare a tutti i costi).

Siamo poi tutti d'accordo che una buona relazione mamma-bambino sia al di sopra di tutto, anche dell'allattamento al seno!

Ringraziando anticipatamente per lo spazio che spero vogliate concedermi, sottolineo che questa lettera non vuole continuare una polemica sterile e inutile,

ma essere l'occasione per appianare divergenze e liberarci dalle accuse ingiuste e a volte troppo comode di "integralismo".

Maria Cristina Bessè, Torino
Segretaria dell'Associazione Piemontese
per la Formazione Permanente dei Pdf

La lettera, in verità, "vuole" continuare la polemica (che da quanto veniamo a sapere circa il Presidio Ospedaliero dove lavora il dottor Frigerio, si mantiene anche nei fatti, e questo va registrato, mi sembra, come un fallimento obiettivo, anche se parziale). Purtroppo non porta elementi "di superamento". È ovvio che ci sono due atteggiamenti diversi: quello, diciamo radicale, del gruppo dei pediatri che aderisce allo spirito del Corso; e quello, diciamo conservatore, del dottor Frigerio che, pur concordando sulle finalità e le linee-guida del progetto (vedi la sua lettera nel numero 2/1999 di Medico e Bambino), ritrova nei fatti una svolta culturale troppo rapida, un eccessivo e un po' sbrigativo decisionismo, e/o una insufficiente comprensione / attenzione / adattabilità al modello culturale corrente (che noi stessi, sul versante medico, abbiamo contribuito a rendere "artificiale" e che, dal versante esistenziale è, modernamente, "edonistico") e una insufficiente capacità / disponibilità a sostenere le puerpere in difficoltà.

Nella mia lettera di risposta al dottor Frigerio tendevo a dargli più torto che ragione (rifacendomi al principio che, per ogni singola madre, la scelta di allattare al poppatoio o al seno è evidentemente una, e non può non essere pronta e radicale, sì/no).

Questa volta, da buon Bastian contrario, tendo a dare più torto che ragione alla dottoressa Bessè. Il problema, infatti, non è (mai) solamente ideologico e "giusto-o-ingiusto" (sulla parte ideologica le do ragione). Ma è anche un problema concreto di realizzazione pratica. Il significato del "Corso" sta proprio lì: nell'imparare a fare. Le critiche del dottor Frigerio riguardano il "come", non il "cosa". Credo sia giusto (e conveniente) ascoltare sempre il dissenso, e badare sempre al "come".

Detto questo, aggiungo (ideologicamente, ma anche concretamente) che l'impegno di tanti pediatri nei riguardi dell'allattamento al seno costituisce un fatto culturale importante; proprio perché tende, e in parte riesce, a cambiare la cultura. Un po' (e in piccolo) come è accaduto negli anni Sessanta-Settanta per l'assistenza psichiatrica, il cui modello è profondamente cambiato, in positivo, ma non senza prezzo di sofferenze personali, di conflitti non sempre necessari, e di disfunzioni anche colpevoli.

F.P.