

QUADERNI COMPIE DIECI ANNI

A cura del Comitato Editoriale

Abstract *This journal, for paediatricians and for all who are concerned with mother and child's health, is ten years old. The journal's editorial staff has re-examined the different sections regarding health, psychology, culture and sociology. The ability of the journal, in the past ten years, to adhere to child and mother's health problems in Italy has been examined, analysing also the answers given to these problems by society and government agencies.*

Editorial Board. Quaderni ACP is ten years old
Quaderni acp 2003; vol. X n° 4; 6-17

SOMMARIO

Dieci anni dopo	Franco Dessì, Paolo Siani
La ricerca nelle cure primarie: un bisogno ancora inevaso	Maurizio Bonati
Salute pubblica: i bambini tra famiglia e società	Paolo Siani, Giuseppe Cirillo
Organizzazione sanitaria per l'infanzia: dieci anni perduti?	Giancarlo Biasini
"Ausili" ad essere buoni pediatri	Antonella Brunelli
Allattare i bambini: una scelta editoriale	Sergio Conti Nibali
Non solo stetoscopio, ma libri, film, TV	Italo Spada, Maria Francesca Siracusano, Nicola D'Andrea
"Un po' per gioco": ridendo castigo mores	Lucio Piermarini
Uno sguardo al passato e uno all'avvenire	Giancarlo Biasini

Riaprire gli archivi della memoria costa sempre una certa fatica; poche ore riassumono 10 anni di vita. Dalle pagine dei fascicoli aperti, alcune invecchiate e ingiallite, alcune stropicciate e consumate, altre intonse e mai lette, escono frasi, appunti, figure che catturano e resettano l'orologio del tempo, distraggono dall'impegno primitivo che induce a rivisitare numeri vecchi di rivista. Ma gli archivi della memoria hanno un fascino così irresistibile proprio perché permettono di rivedere com'era allora, qual era la strada progettata, ora che la strada già percorsa è nota.

Dieci anni dopo

Quaderni acp (Quacp) compie 10 anni. È nata infatti a luglio 1994 dall'unione di due pubblicazioni: il *Bollettino dell'ACP*, un vero e proprio bollettino di notizie interne dell'Associazione, e *Ausili didattici*, un giornale molto modesto nella veste tipografica, dedicato interamente alla didattica. Nasceva così, un po' per gioco, un po' per scommessa, un'avventura con poche chance di sopravvivenza che invece in questi anni (e chi di noi l'avrebbe immaginato?) ha avuto consensi e ha cambiato la vita di coloro che l'hanno costruita, nell'attività lavorativa, nel tempo libero, ma anche nella formazione intellettuale.

Nel frattempo è cresciuta anche l'ACP, culturalmente (quanto ha contato Quacp?) e anche nel numero dei soci e nelle profonde diversità; così come è cresciuta in questi dieci anni anche la pediatria italiana (quanto ha contato l'ACP?). A noi pare che

Quacp abbia mostrato da subito una tendenza all'innovazione e alla "diversità". La prima diversità è stata tecnologica: è stata la prima rivista (e ancora l'unica in Italia) ad avere una redazione che lavora attraverso un collegamento telematico intranet, che, con l'aiuto di programmi specifici, consente un confronto continuo di idee e di opinioni che va ben al di là di un semplice scambio di posta elettronica.

È stata una vera novità nel campo dell'editoria, perché persone che vivono a centinaia di chilometri di distanza hanno la possibilità di interagire quotidianamente; questo ha favorito la partecipazione e la condivisione, riducendo al massimo il numero di riunioni, che comportano un costo notevole di risorse umane ed economiche. È stata questa per noi, che nascevamo con risorse economiche davvero "improvvisate" e con l'impossibilità ad

speciale

accedere a un comitato editoriale “locale”, una scelta obbligata che si è rivelata poi rivoluzionaria. Una delle conseguenze di questa scelta è stata la pubblicazione on line (www.quader-niacp.it) dell'intera rivista, prima di tante altre riviste ben più importanti della nostra.

La seconda diversità è stata nella composizione del comitato editoriale, dove erano e sono presenti pediatri di base e ospedalieri senza primari, senza giornalisti professionisti né “professori”, se escludiamo la supervisione di Giancarlo Biasini che per Quacp non è mai stato un “professore”, ma un “esprit libre” con grandi capacità di stimolo e di raccordo.

La terza diversità è stato il rapporto con la pubblicità di cui, pur fra molte critiche, andiamo fieri. Quacp accetta solo pubblicità che non vengano meno alle regole presenti nel codice di autoregolamentazione dell'ACP stessa; la redazione svolge un controllo delle inserzioni pubblicitarie, non accettando quelle che, pur se economicamente vantaggiose, presentano caratteristiche che possono interferire con il dovere di indipendenza che ci siamo imposti nei confronti dei nostri lettori. Questo fatto, ma soprattutto l'immagine rigorosa che il giornale si è conquistata, ci ha reso certamente più liberi ma anche più poveri. Nell'ultima assemblea il Presidente ha chiesto e ottenuto dai soci ACP un ulteriore piccolo sacrificio perché la voce dell'ACP continui a mantenersi libera. Andremo avanti così finché i soci riterranno giusta questa strada di libertà (termine davvero abusato e spesso offeso, ce ne rendiamo conto) che notoriamente non ha prezzo e che abbiamo sempre scelto, costruendo il giornale. Quacp è una delle poche riviste scientifiche strutturata in rubriche fisse, è questa la quarta novità, rubriche che trattano di salute pubblica e di casi clinici, di ricerca nelle cure primarie e di organizzazione sanitaria, di aggiornamento avanzato, di informazioni per genitori e pazienti, di saper fare e di counselling, con due rubriche, di libri e film, che rappresentano una novità per una rivista come la nostra e con un'altra novità per una rivista medica italiana: uno sguardo attento sul panorama sanitario internazionale in particolare sui popoli e le popolazioni con scarse risorse. Esperienze di cooperazione, analisi di sistemi sanitari, commenti a eventi internazionali di viaggiatori curiosi che hanno raccontato di itinerari inusuali. È stato affidato, prevalentemente, alla cronaca il compito di comunicare, informare, stimolare la riflessione sulle condizioni dell'infanzia nel mondo aprendo formalmente una “finestra” (“Osservatorio internazionale”) con il numero 4 del 1996. Viaggi della visione reale (vedere, conoscere, comprendere e trasferire) che costituiscono l'impronta comune di tutte le rubriche di *Quaderni*. Un viaggio che ha condotto il lettore da contesti bellici (Bosnia, Palestina) ai conflitti sociali (Colombia, Sud Africa, Brasile), passando per le organizzazioni dei servizi sanitari (USA, Francia, Russia, Gran Bretagna) e i programmi per l'infanzia delle pachidermiche Agenzie (Unicef), attraversando la globalizzazione dell'impero dell'informazione scientifica, (i casi di *JAMA* e *NEJM*), del commercio (GATS e WTO). Denunce di disegualianza, iniquità e diritti negati, in particolare per i bambini, ma con la spe-

ranza che un mondo migliore è possibile. Una fiducia manifestata nel 2002 con la decisione di sostenere il progetto “Mare di Aral”: un'iniziativa che è auspicabile sia replicata anche in altri contesti e mantenuta nel tempo; una delle tante ragioni che fanno di *Quaderni* un'impresa (purtroppo, ma per fortuna) ancora unica.

A casa nostra abbiamo tentato di essere di sostegno al pediatra; ognuno di noi ha cercato di fare la sua parte in base alle sue competenze, frugando fra i bisogni inevasi, cercando di dare un contributo alla soluzione di problemi pratici, con uno sguardo alle novità tecniche e a quelle organizzative che la pediatria internazionale faceva intravedere all'orizzonte; abbiamo dato per primi voce e corpo alla pediatria di comunità, alle problematiche delle famiglie a rischio psico-sociale.

Probabilmente il passo più importante, però, è stato fatto nel campo della formazione, dove Quacp ha saputo cogliere al volo e prima di altri le novità che il mondo scientifico proponeva. Grazie all'inventiva, a una solida base culturale e alla grande capacità tecnica del gruppo ACP di Palermo, abbiamo potuto esplorare strade nuove a volte impervie, ma che ci hanno portato verso luoghi davvero speciali, a molti sconosciuti. È stato sperimentato un nuovo modo di aggiornarsi, non più affidandosi passivamente all'esperto, bensì confidando sulla capacità di saper porre interrogativi alla letteratura, imparando anche a dare giudizi sull'attendibilità dei dati. Sono partiti così gli scenari clinici, tra molte difficoltà, specie all'inizio, quando non furono da tutti compresi nella loro grande spinta innovativa, ma che rappresentano una risorsa per il lavoro del pediatra (e non solo) che davanti a un problema clinico può trovare, da solo, risposte attendibili. Dieci anni. Molti ci hanno accompagnato in questi dieci anni, innamorati dell'idea. E come succede con tutti gli amori, hanno condiviso con noi tante gioie ma anche tante delusioni, soddisfazioni e difficoltà; certamente hanno condiviso un metodo di lavoro nuovo.

Speriamo di aver fatto una rivista utile per il pediatra italiano. Certamente lo è stata per noi che l'abbiamo pensata e realizzata, molto spesso divertendoci, e altrettanto spesso disperandoci, magari per la difficoltà di dover rispettare i tempi di chiusura di un numero, e per la difficoltà di rispettare quel difficile equilibrio rappresentato dal dover conciliare questo impegno, a volte davvero gravoso, con il tempo da dedicare all'attività lavorativa e al dovere degli affetti.

Certamente avremmo potuto fare di più, avremmo potuto coinvolgere di più i gruppi ACP, avremmo dovuto ricercare più spesso la voce dei nostri lettori. Anche per questo sono stati realizzati questo numero “speciale”, il questionario di gradimento della rivista e un incontro tra la redazione e i soci al prossimo congresso di Varese. La nostra “mission” è far sentire Quacp il giornale di tutti i soci e, per quanto possibile, costruirlo insieme. Arrivederci, se vorrete, tra dieci anni.

Franco Dessì, Paolo Siani
Per corrispondenza: fdessi@tin.it

La ricerca nelle cure primarie: un bisogno ancora inevaso

“... quello della ricerca segna la seconda fase della vita dell'ACP: dalla richiesta d'aggiornamento culturale alla volontà di diventare produttori di cultura” (GC Biasini, *Quaderni acp* 1994;1:3-6).

Un critico editoriale di *Lancet* del 22 marzo u.s. sottolineava l'improduttivo pietismo e l'eccessiva teorizzazione dei contributi di due conferenze, una americana l'altra canadese, sul tema di grande interesse “The future of primary-care research” (*Lancet* 2003;361,977 editorial).

http://www.globalfamilydoctor.com/publications/news/april_2003/
Non si può infatti, secondo *Lancet*, continuare ad addurre deboli giustificazioni alla propria scarsa incisività e produttività di ricerca, quali: l'essere incompresi e osteggiati dall'accademia, esclusi dall'assegnazione dei fondi per la ricerca, il trovare maggiori difficoltà a pubblicare su riviste scientifiche, il lavorare in un settore più complesso di altri e non adeguatamente organizzato, il non percepire adeguati incentivi (anche economici) ecc. Non è, inoltre, sufficiente rivendicare come prioritaria ed esclusiva per la *primary-care* la ricerca qualitativa rispetto a quella quantitativa quando i risultati, per quantità e qualità, rimangono modesti. Temi attuali e ricorrenti nella *primary-care* del Nord del mondo e che trovano particolare eco e attenzione su alcune riviste (Fleming DM, *Scand J Prim Health Care* 2002; 20:6-13; Stevenson K, et al. *Health Serv J* 2003;113:26-8).

Per quanto concerne la realtà italiana il livello di discussione, forse non altrettanto quello di riflessione, è basso e la produzione di ricerca nelle cure primarie rimane scarsa, quasi esclusivamente osservazionale, con un tasso di coinvolgimento di medici e pazienti inferiore a quello, per esempio, del Nord Europa. Un indicatore della situazione è il numero e la qualità delle “ricerche sul campo” pubblicate dalle riviste italiane orientate alle cure primarie e la perenne “fame redazionale” di questi contributi.

Situazione che il Decreto Legge del 10 maggio 2001 (“sperimentazione clinica controllata in medicina generale e in pediatria di libera scelta”), le linee guida esplicative e, ancor prima, le iniziative di formazione metodologica non sono riusciti a incentivare (Tognoni G, et al. *La ricerca in medicina generale*. UTET, 2000).

(www.sanita.regione.lombardia.it/script/download.asp)

A conclusione della prima fase della durata di due anni, i risultati sono infatti deludenti se si considera che al Ministero della Salute sono giunte solo due richieste di sperimentazione in MG e gli studi non sono stati ancora attivati.

La procedura è forse troppo complicata e necessita di un'organizzazione “aziendale” ancora lontana dall'attuale standard. Certo è che il “fare ricerca” necessita della consapevolezza (e riconoscimento) che questa sia parte essenziale di un percorso assistenziale volto a garantire la qualità delle cure in termini di efficacia, appropriatezza, economicità e partecipazione: elementi essenziali di un sistema di sanità pubblica che ha nelle cure primarie, volte alla prevenzione oltre che alla cura, il suo centro. Così, mentre in Italia la contemporanea attenzione, disponibilità, promozione, “scelta per la ricerca” (educazione continua

alla ricerca, ECR?) rimangono ancora esclusive di poche realtà territoriali, editoriali e istituzionali, i temi di confronto per la ricerca nella *primary-care* internazionale sembrano addirittura competere con quelli della ricerca ospedaliera e specialistica avanzata (Foy R, et al. *Fam Prac* 2003;20:83-92; Bateman H, *Fam Prac* 2002;19:691-7).

Ma perché c'è (o dovrebbe esserci) bisogno di effettuare ricerche nelle cure primarie? Perché solo in un contesto di valutazione (ed educazione/formazione) continua è possibile garantire e sviluppare una pratica basata sulle evidenze.

Perché la pratica delle cure primarie è multidisciplinare (complessa) e necessita della cooperazione/partecipazione di servizi e competenze integrate. Perché solo nella valutazione e contestualizzazione del singolo paziente/assistito come parte di una popolazione le risposte possono essere “scientifiche” e generalizzabili. Forse, più semplicemente, perché la medicina delle cure primarie opera in un contesto esclusivo: la comunità.

Un contesto differente a seconda delle realtà considerate e il cui insieme di singoli e nuclei che la compongono (le famiglie) sono cambiati notevolmente negli ultimi anni (*Lancet* 2003;361:1, editorial).

Quindi, forse, c'è bisogno anche di ricerca per ridefinire quei compiti e bisogni assistenziali di una “medicina di famiglia”. Termine desueto, ma che rimanda alla necessità di progettare e validare nuovi modelli assistenziali e di alleanza che rispondano, in modo equo ed efficace, ai bisogni primari di salute: del singolo e della comunità/popolazione a cui appartiene.

Se tutto ciò è pertinente all'insieme della *primary-care*, particolare rilevanza acquista, in tale contesto, il prendersi cura del bambino e della sua famiglia e la necessità di fare ricerca “con” i bambini (*BMJ* 2001;322:1377-8, editorials). Così, ai perché già elencati se ne possono aggiungere altri specifici per le cure della popolazione pediatrica: perché le conoscenze acquisite per le cure degli adulti non sempre sono appropriate per i bambini; perché l'attenzione formale (esplicitata con gli RCT) è ancora scarsa e le decisioni cliniche sono spesso *unevidence*; perché ...; perché, troppo spesso, interventi volti alla “protezione della mamma e del bambino” hanno accentuato, invece di ridurre, le disuguaglianze sociali, anche negli accessi alle cure.

Problematiche che hanno rappresentato temi e scelte formali di aggiornamento, riflessione e ricerca dell'ACP (Toffol, *Quaderni acp* 2002;4:10-4). Temi di una ricerca costituita da una pletera di studi osservazionali, troppo spesso solo locali, limitati nel tempo, nelle dimensioni e nella potenzialità di generalizzare i risultati, il cui *out-come*, comunque, non è mai stato valutato in modo formale.

È il caso, ad esempio, dell'OMA cui a quindici anni di particolari attenzioni non ha fatto riscontro (risultato di esito) una ricerca sperimentale (di intervento) multicentrica, nazionale (inter-

nazionale?) ecc.; sebbene l'ultima iniziativa ACP rappresenti un punto di ulteriore crescita metodologico-conoscitiva (Ronfani L, et al. *Medico e Bambino* 2002;21: 170). Analoghe considerazioni possono esser fatte per l'allattamento al seno, se si considera che lo studio nazionale "atteso" è quello condotto, sinora, in un unico ambulatorio di pediatria di base (Conti Nibali S, *Quaderni acp* 2002;3:10-2). Dispersione di risorse e interessi per mancanza di strategie, "forze" e continuità? Forse, anche.

Ci sono però nella storia del "ricercare" dell'ACP "sfide" che rimangono anche oggi esclusive, e non solo a livello nazionale. Sfide che si è osato lanciare, ma che non sono state protratte nel tempo (che rimangono nella memoria anche della stessa Associazione), per esempio: le infezioni respiratorie ricorrenti (Gruppo Collaborativo SIRR, *Medico e Bambino* 1988;10:13-29); il wheezing (Agostini M, et al. *Medico e Bambino* 1992;2:16-23); la patologia cronica (Marchetti F, et al. *Quaderni acp* 1996;3:8-13). Sfide di un tempo, ma rimaste tali (bisogni ancora inevasi) e che andrebbero rilanciate.

La via dei diritti all'equità è quella che, sebbene ardua, ha caratterizzato il fare, anche ricerca, dell'ACP (ne sono testimonianza il recente convegno di Napoli sul bambino a rischio sociale, il rapporto del CSB, lo studio in corso sull'appropriatezza e la qualità dei ricoveri ospedalieri).

Forse non in modo adeguato ai compiti preposti, alle velleità dei propositi o alla necessità dei bisogni.

Certo è che quanto fatto è, a tutt'oggi, esclusivo e molti ne hanno beneficiato (anche se le prove di efficacia a questo proposito si fanno attendere).

La seconda fase dell'ACP è iniziata da tempo, ma in sordina; necessita forse di essere rianimata, affinché non sia compromessa la qualità della fase successiva ... o, e questo sarebbe più grave, venissero ritardate/ignorate le risposte ai numerosi bisogni di cura ancora inevasi (tra questi anche quello di fare ricerca nella pratica).

Maurizio Bonati

Per corrispondenza: mother_child@marionegri.it

"Salute pubblica": bambini tra famiglia e società

Il numero uno di Quacp si apriva con un editoriale di Salvo Fedele, che definiva la rivista come "un racconto" ("di un racconto non c'è mai bisogno, ma è sempre bello leggere racconti") e in realtà in questi dieci anni le pagine della rivista hanno raccontato la storia della pediatria, la nostra storia. La rubrica "Salute pubblica" è probabilmente quella che più di altre ha raccontato in questi ultimi dieci anni le trasformazioni profonde a cui abbiamo assistito, alcune delle quali anche noi dell'ACP abbiamo contribuito a realizzare. La rubrica ha rappresentato una novità per una rivista di pediatria, perché ha trattato argomenti inusuali per chi fa il pediatra clinico e forse proprio per questo, rileggendo i dieci anni attraverso le pagine di "Salute pubblica", si ha la sensazione precisa di come il nostro mestiere sia cambiato, di come sia cambiata l'attenzione dei pediatri verso i problemi complessivi della vita dei bambini e delle loro famiglie. Per la prima volta, in una rivista pediatrica italiana, si parlava di "bambini con bisogni speciali", si portava all'attenzione dei medici che il disagio sociale influenzava fortemente lo stato di salute della popolazione e dei bambini in particolare, si iniziava a prospettare la necessità di interventi integrati di natura socio-sanitaria, di programmi di intervento specifici per queste famiglie. Donatella Natoli, nel lontano 1994, aveva iniziato a parlare di "servizi territoriali di base organizzati sulle conoscenze dei bisogni, di servizi socio-sanitari che dovrebbero avere un ruolo importante nella trasformazione della società nel suo cammino verso la consapevolezza dei diritti, la valorizzazione dei più deboli". Poi c'è stato (1995) il I convegno sul bambino a rischio sociale, la prima chiara presa di posizione ufficiale sui bambini multiproblematici e sull'importanza di prendere in carico queste famiglie per "curare" meglio chi è ammalato soprattutto di povertà. Altra tappa importante, raccontata nella rubrica, la legge 285 del 1997, che assegnava fondi per la realizzazione di pro-

getti a favore dell'infanzia, e infatti sono iniziati a comparire sulle pagine di Quacp i primi programmi di intervento, le prime timide sperimentazioni e poi i risultati.

Molte cose sono state fatte in dieci anni, molte ancora ne restano da fare e, guardando indietro negli anni, si ha la percezione di un cambiamento che è stato, per certi versi, radicale, ma che ancora non è terminato. La storia dell'attuale rubrica "Salute pubblica", in realtà, si intreccia con quella dell'ACP e di numerose persone che hanno condiviso in questi anni una visione complessa della salute del bambino. In tutti gli articoli si coglie la non riduttività nella identificazione delle cause, la consapevolezza che i determinanti della salute sono molti e che interagiscono in un miscuglio di relazioni sempre diverse. Certo non è storia che comincia con Quacp: tutta la storia dell'ACP e delle riviste che sono e sono state ad essa legate è intrisa della stessa visione complessa e non riduttiva della salute dei bambini: *Cre-scita, Prospettive in Pediatria, Medico e Bambino*.

Ma non bisogna nemmeno pensare che il tutto si riduca ad aver allargato il campo dalla clinica allo psicologico-relazionale: è stato ben di più.

Inizialmente "Salute pubblica" non era una rubrica. Nel numero due (settembre '94) erano pubblicate le ricerche presentate al congresso ACP di Firenze: l'adolescente, l'uso dei servizi da parte dei bambini e delle famiglie a rischio sociale, i ricoveri ricorrenti. Visioni parcellari, dunque, ma c'era anche "Palermo: una capitale, una città, una periferia", che forse rappresenta una delle analisi più alte e complesse della salute dei bambini in un contesto ambientale difficile. Successivamente negli altri numeri, senza avere dignità di rubrica, appare sia in copertina che in vari articoli l'attenzione crescente ai bambini a rischio sociale, ai loro bisogni, al disagio sociale, alla medicalizzazione del disagio.

Il “sentirsi meno sola” di una nostra amica in quel di Secondigliano (Na) ricorda la concretezza dei problemi sociali delle famiglie e gli effetti sulla salute. La relazione del presidente all’VIII congresso sancisce un passaggio, un’apertura al sociale della rivista ma anche di tutta l’ACP, che non è solo multidisciplinarietà ma una rivoluzione del modo di guardare alla salute del bambino.

Il contesto ambientale, familiare, politico, diventa la dimensione entro cui i pediatri devono sapersi muovere, capire, toccarne i confini e le potenzialità.

Nel 1996 nasce la rubrica del “Bambino con bisogni speciali” e nella stessa scelta del titolo sta una tappa del percorso culturale di Quacp: non parti uguali tra diseguali, ma attenzione specifica a chi sta peggio e quindi la ricerca di evidenze italiane e internazionali che diano forza ed evidenza scientifica alla scelta di occuparsi di chi è out. Si allarga il campo di intervento a tutta la gamma di determinanti sociali della salute del bambino: la scuola, le abitudini di vita, l’ambiente fisico, la politica del governo, i diritti. Cominciano ad avere visibilità alcune politiche governative: la “riforma dei servizi sociali”, la “riforma sanitaria ter” con rinnovate integrazioni tra sociale e sanitario che l’intervallo aziendalistico ed efficientistico aveva annebbiato.

Le persone attente e pronte a recepire le nuove opportunità si pongono il problema di come concretizzare nel versante operativo le direttrici legislative; riacquista forza l’esigenza della rete, dell’integrazione dei servizi, dell’integrazione organizzativa e professionale.

Viene pubblicato il contributo dell’ACP al “Piano di Azione per l’Infanzia e l’Adolescenza” del ministro Turco, che rappresenta l’impegno più diretto e organico e più efficace dell’Associazione nella politica di indirizzo del governo italiano nel campo della salute dei bambini e delle famiglie.

Rimane l’esigenza nella rubrica “Bambino con bisogni speciali” di conferme ed evidenze scientifiche sulla necessità di affrontare, per i bambini a rischio sociale, i determinanti sociali e ambientali al fine del benessere e della salute. Questa esigenza continua a mantenersi negli anni successivi, approdando nel 1999 alla consapevolezza del “Capitale Sociale della Comunità” come dimensione essenziale nel determinismo della salute dei bambini e delle loro famiglie. Nasce il CSB e continua a racco-

gliere prove che è importante occuparsi di tutti i determinanti della salute, delle disuguaglianze, della povertà, dell’ambiente, delle città, della scuola.

Nella rubrica compaiono esempi di come il sostegno alle famiglie povere sia da tempo concretizzato in misure specifiche e politiche generali negli Stati Uniti e nei Paesi europei.

Nel 2000 la rubrica esprime modalità possibili di intervento ed esempi concreti di applicazione di modelli innovativi e riferimenti non solo ai fattori di rischio ma anche a quelli protettivi. La scuola, le visite domiciliari, il leggere ad alta voce, sono tutti esempi di fattori protettivi che vengono proposti e con questo passaggio la rubrica cambia nome e assume quello attuale di “Salute pubblica”. Il primo titolo è sulla globalizzazione, cominciando a far intravedere tutte le contraddizioni tra lo sviluppo locale tanto ambito e ricercato e la dittatura dell’economia e dei suoi processi anche sulla salute dei bambini e delle sue famiglie. Questa altalena tra comunità, sviluppo locale, fattori protettivi, fattori di rischio, pervade lo spirito e il senso di questa rubrica fino ad oggi, nella ricerca di una sintesi possibile.

Questa breve storia della rubrica non può chiudersi senza prospettive. Quali secondo noi? Coniugare lo sviluppo locale e della comunità, il capitale sociale, con i forti determinanti economici della salute, la globalizzazione delle economie e dei diritti, resta un arduo compito.

Nel suo piccolo questa rubrica deve poter contribuire a:

- mantenere l’attenzione ai determinanti socio-economici della salute;
- proporre modelli efficaci di intervento che siano integrati, complessi, con prove di efficacia;
- mantenere viva la scelta a non medicalizzare il disagio sociale e contribuire a dare giuste risposte ai bisogni reali;
- realizzare a livello organizzativo-gestionale e professionale l’integrazione socio-sanitaria anche nell’ambito materno-infantile così come già in parte realizzato in altri ambiti (salute mentale e farmacodipendenze), senza dare per scontato che i Consulenti sono e siano stati per definizione socio-sanitari.

Paolo Siani, Giuseppe Cirillo

Per corrispondenza: paolo.siani@fastwebnet.it

Organizzazione sanitaria per l’infanzia: dieci anni perduti?

La discussione sui temi dell’organizzazione sanitaria è una parte consistente dei contenuti di Quacp. Parte proprio con il numero 1 del 1995 e con un articolo sul distretto. Si trattava (si tratta?) di una entità organizzativa poco discussa nella stampa medica e non medica. Siamo nella fase di attuazione del famoso Decreto Legislativo 502/92. La nota prende atto che è finita l’idea seppilliana del distretto, che stava nella legge 833 del 1979, come area sanitaria elementare e che era stata presentata, con grande chiarezza (e utopia), in una presentazione di Seppilli, moderata da Pasquale Alcaro, alle giornate pediatriche perugine di inizio anni Novanta.

Spenta la fase utopica, si era passati dal distretto-area al distretto-volume con popolazione superiore ad almeno 40.000 abitanti e poi, ora, fino a dimensioni metropolitane. Dell’utopia seppilliana rimane, in quel 1995, la possibilità che possa esistere una programmazione di distretto che discenda da una valutazione dei bisogni della popolazione; si pensa ancora, e la nota è uno specchio dei tempi, che possa esistere una trattativa sulla soddisfazione di bisogni fra direttore del distretto e sindaci (non si usa ancora quell’orribile termine di “committenza”), che la valutazione dei bisogni possa farsi sulle “carte” che sono nei cassetti dei distretti e che basterebbe tirare fuori per fare una valutazio-

ne abbastanza corretta dei bisogni. Una fiducia eccessiva nei primi anni di attività della 833? Una illuministica fiducia che governare è conoscere i bisogni? C'è, in quell'articolo di 8 anni fa, ancora il sogno della programmazione sanitaria che nasce dal basso. Che si spegnerà definitivamente quando il direttore generale assumerà tutto il suo potere e alle conferenze sanitarie territoriali rimarrà il potere dello spolverino. Definitivamente? Eppure oggi, dopo molti anni, si torna a discutere se dare maggiore potere alle conferenze territoriali.

Il numero successivo (marzo 1995) discute un altro problema del tempo: le tariffe. Introduce il discorso sui DRGs. Compare l'atteggiamento di moderata e speranzosa fiducia che Quacp ha avuto su questo sistema di tariffazione al suo esordio, molto diverso da quello di *Medico e Bambino* che parlerà l'anno successivo sulle tariffe del diavolo. Certo ci sono dei dubbi sull'applicabilità in Italia dei DRGs, vista la differenza di sistemi assistenziali in USA e in Italia, espressi anche nel numero successivo, soprattutto inerenti alla concezione del mercato in sanità, del quale i DRGs sono un evidente strumento; lo scetticismo involge anche i primi passi del modello lombardo e che si richiama all'aziendalizzazione intesa come strumento di introduzione della concezione nel mercato in sanità. Moltissimi i dubbi sull'applicabilità dei DRGs ai ricoveri pediatrici, ma sostanzialmente disponibili a valutare il tentativo di razionalizzazione delle tariffe che i DRGs comportavano; questa era la posizione anche dell'ACP che organizzò corsi di formazione e convegni di riflessione per medici-manager proprio in quegli anni centrati anche sui DRGs.

Un altro tema "mercantile" caro alla discussione nella rivista nella metà degli anni Novanta riguarda le norme ISO da usare come certificazione di qualità, trasportate brutalmente dalla valutazione industriale a quella dei servizi e accolte, anche da qualche ingenuo pediatra, come un modo per distinguere il buono dal cattivo pediatra. Sono assoluti i dubbi sull'applicabilità delle norme, così come erano concepite al momento della

loro invasione del mercato; vi è una preferenza per il modello americano di verificatori appartenenti al mondo sanitario con indicatori tipici del mondo sanitario. I fatti, e la correzione operata dagli *ISOisti* con l'elaborazione delle norme ISO Vision, che concedono spazio (insufficiente) al modello professionale, dimostreranno che gran parte di quelle osservazioni erano pertinenti.

Hanno attraversato tutti questi 10 anni di Quacp un "grande argomento e un sogno deluso": il DMI; con elaborazioni continue e coerenti e con la preparazione di un documento da parte dell'ACP (presidenza Tamburlini), trasfuso in gran parte nel primo documento ministeriale sul Dipartimento. Si vive fra momenti di entusiasmo e di delusione.

I governi di centro-sinistra danno, in sanità, all'ACP molte delusioni: il ministro Bindi palesemente non crede nel Dipartimento Materno-Infantile (che dispiace ai generalisti e agli psichiatri e riscuote molte dubbiosità nella FIMP) e fa di tutto e di più per affossarlo; ritarda l'emanazione del Progetto Obiettivo e, quando lo rilascia, ci troviamo di fronte a un documento "molle" che opera una frattura fra pediatria e neuropsichiatria infantile, sostanzialmente attribuita alla psichiatria degli adulti. Per questa delusione centrale tenace è l'inseguimento delle leggi regionali: del dicembre 1997 è la notizia che la regione Piemonte ha istituito il Dipartimento su scala regionale, come la Basilicata e l'Umbria che lo applica in gran parte della regione; se ne danno le indicazioni legislative. Di fronte a tale mancanza di entusiasmo ministeriale le regioni si comportano di conseguenza, aggiungendo alla mancanza di entusiasmo la sciattezza organizzativa.

Il consuntivo sull'attività di governo è schietto e duro sul numero di dicembre 2001. Un bilancio definitivo sugli ultimi anni di governo era già stato fatto, del resto, nell'aprile del 2001. I pediatri contano poco, ma quel che conta è che contano poco i bambini.

Giancarlo Biasini

Per corrispondenza: gcbia@tin.it

"Ausili" ad essere buoni pediatri

"Ausili Didattici", nella storia di Quacp, funge da avanguardia. Nel gennaio 1993 infatti esce il n° 1 dell'anno 1° di un fascicolo dal nome *Ausili Didattici* per il pediatra ambulatoriale.

Sotto il titolo, due colonne di presentazione di questo "progetto sperimentale voluto dal consiglio direttivo dell'ACP" che racchiude il senso su cui si svilupperà negli anni successivi il progetto editoriale della sezione di *Quaderni acp* che manterrà il nome di "Ausili Didattici": strumenti di formazione che escono dalla sola carta, utilizzando le immagini video delle lezioni o delle riunioni per piccoli gruppi che, per ricchezza di contenuti e di partecipazione attiva dei presenti, risultano didatticamente utili; le stesse riunioni vengono trascritte sul bollettino nella rubrica "La riunione del mese" secondo un modello di apprendimento guidato (domande guida) che aiuti a mettere a fuoco l'argomento.

La seconda rubrica fissa di "Ausili" viene individuata nel "Saper fare" per "supplire alle carenze assistenziali delle strutture di supporto nei confronti del bambino non ospedalizzato". Il saper fare era il tentativo più specifico di occuparsi dello svolgimento pratico della professione. Come diagnosticare lo strabismo, come progettare lo screening dell'ambliopia, come interpretare la Mantoux, i primi argomenti affrontati. Poi, con l'avvio dei bilanci di salute compensati dall'ASL, cominciano gli schemi guida per saper fare il bilancio di salute.

La terza rubrica fissa è rappresentata dalla lettura critica della letteratura "sul modello del gruppo di ricerca e pratica in pediatria di base", con la rubrica "Archivio bibliografico", che si propone di lanciare spunti di discussione che i singoli o i gruppi potranno arricchire e sviluppare, con l'ambizioso obiettivo di "fornire uno stimolo utile per la produzione di ricerca, fin dalla

individuazione degli standard assistenziali, e di un ripensamento organizzativo della pediatria ambulatoriale”.

Dopo un anno di vita comincia poi il “*Leggere e fare*” strutturato, che si richiama, dice l’editoriale che lo presenta, “ad articoli scritti da un pratico per persone pratiche”.

La rivista, contemporaneamente al *Pediatric Infectious Disease Journal*, è fra le prime a sottolineare l’importanza degli abstract strutturati per abituare il lettore a identificare in ciò che legge il percorso, il filo, della ricerca. Nel 1998 negli abstract strutturati si cominceranno a introdurre, per i medici pratici, elementi di valutazione come l’*Intention To Treat*, il *Number Needed To Treat* (NTT) e il *Number Needed To Harm* (NNH) fino a che, tre anni fa, compaiono gli abstract strutturati che associano costantemente al commento critico le valutazioni desunte dalla pratica della EBM: sempre l’*Intention To Treat*, l’*NTT*, l’*NNH*, la qualità delle prove e così via. Fino agli scenari clinici che sono storia del 2002, che hanno rappresentato la continuazione del percorso tradizionale di interesse della rivista e che saranno da diffondere in modo che i lettori diventino collaboratori attivi. Infine la raccolta di materiale per l’educazione sanitaria “*Informazioni per genitori e pazienti*”: il “cosa dire”. Viene in quell’occasione esplicitata la prematurità nei confronti del “come dire”, il counselling medico, che solo pochi anni dopo diventerà familiare, fino al tentativo della *Narrative & Evidence Based Medicine* che dovrebbe essere tema per l’anno 2004. Successivamente, con la rubrica “*Ricerca in progress*”, vengono raccolti dati sulla specifica realtà italiana, sulle differenze osservate all’interno del territorio nazionale sui miglioramenti da sviluppare; per usare le parole di Giancarlo Biasini “*apprendere facendo ricerca: la terza fase della vita ACP. Dopo la 1° fase (ormai finita) dell’aggiornamento passivo e la seconda dell’aggiornamento attivo*”.

L’ipotesi di lavoro è quella per cui l’adesione a standard di qualità consente di ridurre i costi ottimizzando le cure.

Si progetta dunque una ricerca per testare delle ipotesi attraverso alcune malattie per le quali esistono già conoscenze sufficienti per poter definire un gold standard: accesso d’asma, OMAR, BPN, CF, IVU. Confrontando poi la pratica corrente (la cui definizione rappresenta quindi il primo obiettivo da rag-

giungere) al gold standard, si dovrebbe riuscire a valutare il rapporto qualità delle cure/costi e a produrre linee guida di comportamento per una corretta pratica corrente.

L’analisi dei dati della ricerca e la presentazione della versione definitiva degli standard saranno pubblicate dopo un paio di anni con lo slogan “fare meglio con meno”, che sintetizza efficacemente l’intento ACP. Questo punto rappresenta la prima criticità del progetto culturale non solo di *Ausili Didattici* o di *Quaderni acp*, ma probabilmente di tutta la ACP: forse la prima fase non è mai finita, stando ai programmi dei nostri principali congressi sempre di tipo frontale; la seconda è efficace solo in alcune -poche- realtà giunte all’utilizzo della EBM; la terza rappresenta ancora un terreno da esplorare e verificare, non ancora chiara ai più nelle metodologie e nelle strategie, che solo alcuni pionieri sembrano utilizzare.

Certamente molte pratiche sono migliorate, ma l’impressione è quella di eventi separati, un po’ randagi, che non appartengono a un progetto comune realizzato.

L’assistenza integrata al malato cronico (diabete, fibrosi cistica, malattie oncologiche) con l’istituzione della rete assistenziale, la pubblicazione di linee guida, percentili, guide anticipatorie su malattie frequenti e non (Down, Marfan, acondroplasia), articoli e indirizzi utili per malattie rare, approfondiscono sempre più un aspetto assistenziale sul quale tutto il mondo pediatrico è chiamato a impegnarsi, e non a titolo individuale: il bambino con malattia cronica necessita di una rete che lo sostenga. E si sostenga: le risposte dei medici spesso non corrispondono alle richieste dei pazienti, come si evince dalla rubrica “*Medico e paziente*” (2002) che racconta il vissuto della malattia da parte del paziente, col commento di un medico.

Attenzione al paziente, quindi, con una evoluzione nei suoi confronti analoga a quella che funge da confine fra il passaggio dalla *Evidence Based Medicine* alla *Narrative Evidence Medicine*: il racconto, il rapporto, la capacità di ascoltare e di rispondere alle domande della persona, completano la capacità di cercare risposte – anche cliniche – appropriate a un problema che può non essere solo clinico.

Antonella Brunelli

Per corrispondenza: craugb@tin.it

Allattare i bambini: una scelta editoriale

Chiunque si occupi di cure materno-infantili ha avuto modo di apprendere che l’allattamento al seno è prioritario per la salute della coppia madre-bambino. Molto spesso questa è rimasta un’affermazione di principio. Spesso ha portato il pediatra a non avere alcun ruolo attivo nella promozione dell’allattamento al seno; addirittura ad assumere un ruolo passivo nei confronti di chi promuove l’allattamento artificiale; il che vuol dire assumere un adattamento rispetto alla logica del mercato.

Assumere un ruolo attivo nella promozione dell’allattamento al seno è, dunque, una scelta; e si può tradurre in una serie di azioni che vanno dalla (auto)formazione per acquisire le competenze necessarie per aiutare le mamme che possono presentare diffi-

coltà, all’assumere comportamenti che non ostacolano l’allattamento al seno, fino ad opporsi a procedure che favoriscano l’allattamento artificiale. E se formazione e sostegno vengono ancora percepiti come normali competenze da acquisire, la posizione di censore rispetto agli innumerevoli tentativi di porre il bastone tra le ruote dell’allattamento al seno viene visto, da più parti, come un eccesso, un atteggiamento più politico che da operatore sanitario. La difficoltà di prendere coscienza che promuovere deve voler dire anche sorvegliare la “concorrenza sleale” la si percepisce molto spesso quando la salute si contrappone al profitto: basta pensare al continuo conflitto tra le campagne pubblicitarie delle ditte che producono sigarette e la lotta al fumo; che peraltro ha

molta maggiore adesione pubblica di quanto non abbia il conflitto fra produttori di latte artificiale e sostenitori dell'allattamento materno.

La promozione dell'allattamento al seno (da intendere, dunque, in senso compiuto, cioè "...fino a opporsi a procedure che favoriscano l'allattamento artificiale") può anche essere una scelta editoriale. Diverso, anche in questo caso, è l'approccio delle riviste che scelgono di "adattarsi" alle esigenze (cosiddette) di aggiornamento in tema di alimentazione infantile, da quelle che offrono spunti e sollecitazioni come mezzo di sostegno prioritario all'alimentazione naturale. Questi dieci anni di Quacp si sono caratterizzati anche per questa scelta. Gli articoli di ricerca originali (prodotti sia nell'ambito ACP che al di fuori), i commenti alla letteratura specifica in *Leggere e fare*, gli approfondimenti in *Aggiornamento avanzato*, l'aiuto pratico alle madri in *Informazioni per genitori e pazienti*, sono da considerare, di fatto, stimoli pressoché continui alla crescita del bagaglio culturale a sostegno dei pediatri e delle famiglie che vogliono dare priorità all'allattamento al seno. Ma si è giudicato che queste scelte, da sole, non bastano per un vero impegno.

Con altri "pezzi" Quacp ha caratterizzato la promozione dell'allattamento al seno in senso compiuto. I *no comment* dedicati a incredibili "misfatti" nell'ambito sanitario, le lettere di genitori vittime di veri e propri espropri, il resoconto del confronto con Nestlé (Assemblea al Congresso ACP di Vicenza), l'appello della Coalizione Italiana per il Monitoraggio del Codice contro la sponsorizzazione Nestlé del Giubileo, il memorandum del Movimento Allattamento Materno Italiano (MAMI) al governo

italiano per le politiche di promozione dell'allattamento al seno e per l'adeguamento della Legge Italiana per la pubblicità dei sostituti del latte materno al Codice Internazionale; tutto questo ha rappresentato una scelta: dar voce a chi denuncia tutti quei "trucchi" che tendono a favorire la promozione dell'allattamento artificiale. Ma non basta.

Il numero 3 del 1996 presenta una pubblicità di una ditta di latte artificiale, che viola, nelle immagini e nel testo, le regole del Codice Internazionale. Si decide, quindi, di non accettare più qualsiasi altra pubblicità sul latte artificiale.

La scelta è stata chiara e anche questa controcorrente. La raccolta della pubblicità degli alimenti per l'infanzia avrebbe permesso introiti ai quali si è deciso di rinunciare; l'accettazione avrebbe semplificato gli attuali problemi di gestione di cui si è scritto negli ultimi tempi; avrebbe reso la vita più semplice. Come più semplici, del resto, sono la vita e il lavoro di quel pediatra che di fronte all'alimentazione del neonato di turno assume un atteggiamento passivo.

Accettare questo tipo di pubblicità avrebbe significato, alla fine, anche contribuire a quel meccanismo di lievitazione dei prezzi (unici in Europa!), le cui conseguenze ricadono sull'acquirente finale (le famiglie). E ci dispiace constatare che tale decisione sia ancora unica nel panorama dell'editoria pediatrica di larga diffusione.

Anche un Comitato Editoriale deve scegliere se adagiarsi o star diritto. E deve scegliere tra salute o profitto.

Sergio Conti Nibali

Per corrispondenza: serconti@glauco.it

Non solo stetoscopio, ma libri, film, TV

"Fondare biblioteche è come costruire ancora granai pubblici, ammassare riserve contro un inverno dello spirito che da molti indizi, mio malgrado, vedo venire".

Marguerite Yourcenar, *Memorie di Adriano*

Può una rivista scritta da pediatri per i pediatri proporre recensioni di film e di libri? La risposta è chiaramente sì, se si ricorre solo all'artificio di pensare che si parla di film, i cui protagonisti sono i bambini e il loro mondo, e che hanno come personaggi principali bambini/attori. E anche per i libri la risposta può essere, ancora, sì. Infatti, se scorriamo i titoli e gli autori proposti, scopriamo tante segnalazioni di libri scritti sull'infanzia vista da sociologi o psicologi o artisti o poeti, e narrativa con protagonisti bambini.

Nella realtà dei fatti il discorso è un po' più complesso come lo è, forse, l'anima di questa rivista, ed è un gioco e un progetto. Certo, come ogni rivista medica ha il compito di promuovere la lettura della letteratura scientifica, e questo è stato fatto in maniera sempre più critica.

Poi è stata aggiunta una rubrica che raccontava perché a qualcuno di noi fosse piaciuto un libro: e così si sono messi insieme circa 189 libri: un bel granaio. Si è continuato con i film, dando la titolarità della rubrica a un esperto che decodificasse per noi un messaggio non così immediato come la lettura. Una giova-

nissima collaboratrice ha dato voce a una rubrica sulla TV per ragazzi; poi ci è stata rapita da una Università straniera e ora, cieca sulla TV italiana, collabora con noi nel settore dei libri per ragazzi. Più recentemente abbiamo dato voce a "Nati per Leggere" e a tutte le sue iniziative locali, e da ultimo abbiamo consegnato ai pediatri un catalogo di letture consigliate per i bambini, le recensioni di un paio di libri per loro e inventato, da un'analogia iniziativa per gli adulti, il Giragiralibro. Il progetto Nati per Leggere dimostra che i libri e la lettura costituiscono per un bambino "capitale sociale". Ma lo è anche per gli adulti, e per i pediatri. Non sappiamo se queste rubriche di libri siano lette, se faccia piacere ritrovarle ogni volta; piace pensare di sì perché "la letteratura, come tutta l'arte, è la confessione che la vita non basta" (*Fernando Pessoa OP; X, 60*).

E per quello che riguarda più specificamente i film? Su questo lasciamo la parola al nostro esperto Italo Spada, un collaboratore che si è preziosamente inserito nella redazione con grande entusiasmo, di cui mai lo ringrazieremo abbastanza. Ci dice dunque Italo Spada che "riguardo alla rubrica che recensisce i

film per quanti sforzi faccia, non riesco a immaginare la reazione dei lettori di *Quacp* quando, all'interno di un *bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici*, si sono ritrovati una rubrica dedicata al cinema.

Immagino che in mezzo ai lettori ci sia qualcuno che abbia voglia di chiedermi - come ha già fatto qualche amico quando ha saputo che i miei articoli sarebbero stati pubblicati in una rivista diretta a pediatri - : "ma che c'entra il cinema con la pediatria?". Approfitto del decennale della rivista per dare agli uni e agli altri un'unica risposta: "Il cinema, in generale, poco; il cinema che si occupa di ragazzi, molto". Certo, all'interno di una rivista diretta a un ben definito gruppo di professionisti, lo spazio dedicato ad argomenti che esulano dal tema specialistico è - deve essere - marginale. È giusto, infatti, che siano sviscerati temi più direttamente collegati alla linea redazionale. Nel nostro caso, tuttavia, è facilmente intuibile come realtà e finzione, esperienza diretta e caso immaginato, abbiano un terreno comune: l'interesse verso i bambini. I film che di volta in volta propongo ai lettori hanno come protagonisti diretti o indiretti i ragazzi. E questo mi fa sentire collaboratore meno estraneo, una sorta di "pediatra in senso largo". La trattazione di una storia filmica va, infatti, intesa come ausilio didattico, come pretesto per parlare di fatti che potrebbero accadere, di casi possibili. Il cinema precorre la storia, ma ancora più spesso attinge dalla realtà e, in tal senso, la definizione di Solmi - *Cinema, specchio del tempo* - deve necessariamente trovarci d'accordo. È vero che certi specchi, talvolta, deformano le immagini, ma quasi sempre ci servono per riflettere il nostro volto e "per farci riflettere".

Lo confesso: spesso ho avuto qualche perplessità nel proporre all'attenzione dei lettori film di non facile lettura (come *Ricomincia da oggi* di Bertrand Tavernier e *Viaggio a Kandahar* di Mohsen Makhmalbaf), ignorati dal grosso pubblico (come *Il cerchio* dell'iraniano Jafar Panahi e *Swing* di Tony Gatlif), lontani dalla nostra cultura (come il cinese *Non uno di meno* di Zang Yimou e il giapponese *L'estate di Kikujiro* di Takeshi Kitano), o addirittura mai arrivati sui nostri schermi (come *Uttara* dell'indiano Buddhadeb Dasgupta e *Il figlio di due madri* di Raul Ruiz); ma nella scelta mi sono fatto guidare soprattutto dall'interesse che essi avrebbero potuto suscitare in chi si occupa per professione del mondo infantile.

Le storie proposte vanno al di là del semplice racconto, perché fanno emergere quel mondo infantile che gli adulti spesso sottovalutano. Nei cartoni animati come nelle fiabe più o meno moderne (*ET* e *Artificial Intelligence* di Steven Spielberg, *Harry*

Potter di Chris Columbus e *Il favoloso mondo di Amélie* di Jean-Pierre Jeunet), nelle storie di ieri (*Concorrenza sleale* di Ettore Scola, *Liam* di Stephen Frears) come in quelle di oggi (*I cento passi* di Marco Tullio Giordana), negli affetti (*Il più bel giorno della mia vita* di Cristina Comencini, *Luce dei miei occhi* di Giuseppe Piccioni e *Prima la musica poi le parole* di Fulvio Wetzl) come nelle malattie (*Respiro* di Emanuele Crialese), nella gioia (*Billy Elliot* di Stephen Daldry) come nel dolore (*La stanza del figlio* di Nanni Moretti), c'è molto da apprendere dai ragazzi. E l'apprendimento passa attraverso mille canali, compreso quello della visione di un film. Non è certamente per caso, infatti, che quando ci capita di discutere un film con amici si passa inevitabilmente dalla storia vista sullo schermo a considerazioni di ordine più generale. Ed è proprio perché sono cosciente del fatto che ogni spettatore ha una sua personale visione e, di conseguenza, un suo personale giudizio critico, che l'analisi filmica che propongo non è mai solo tecnica, ma anche contenutistica.

Credo poco alla figura del "tuttologo" e sono dell'idea - per dirla con Socrate - che il ciabattino non debba "andare oltre le scarpe", avventurandosi in discussioni filosofiche.

C'è un'ultima domanda alla quale dovrei rispondere e riguarda l'evoluzione della rubrica lungo gli anni. Ieri come oggi, quando vedo un film che reputo interessante perché aggiunge una pagina che permette di capire meglio il mondo dei bambini, scrivo il pezzo e lo affido alla riflessione dei lettori. Sotto l'aspetto formale, perciò, nulla sembra essere cambiato. Ma so che non è così, perché all'interno del personaggio-bambino si registrano continui e costanti cambiamenti. Nella società ci sono mali che esplodono senza preavviso e che sembrano originati dal periodo storico che si attraversa. Si tratta di "malattie" che vanno al passo coi tempi e che il cinema fotografa, analizza, scandaglia, denuncia. Ci risiamo: pediatria in senso largo. Potrei dire che personalmente mi ritrovo nelle stesse condizioni iniziali: vado al cinema, scelgo un film che reputo interessante come caso da sottoporre agli appartenenti all'Associazione Culturale Pediatri, scrivo un pezzo, lo invio via e-mail. Sarei tentato, perciò, di dire che non c'è stato alcun cambiamento. Ma non è così. In realtà, il cambiamento è continuo e costante, e avviene all'interno di quel gruppo di ragazzi-personaggi che cresce di film in film e, su *Quacp*, di numero in numero".

Italo Spada, Maria Francesca Siracusano, Nicola D'Andrea
Per corrispondenza: marsirac@tin.it

"Un po' per gioco": ridendo castigo mores

L'idea della rubrica "Un po' per gioco" è nata per caso, oltre che, naturalmente, per gioco. Al Congresso Nazionale ACP di Tabiano, Salvo Fedele ed io, forse per noia, forse per affetto, cominciammo a tirar giù battute su relatori e relazioni, sul momento a uso esclusivamente interno. Evidentemente ci divertimmo così tanto che di quel congresso Salvo non riuscì ad evi-

tare di scrivere poi un resoconto scanzonato. Altri tempi! La cosa non dispiacque e così, sfondata la siepe dall'ariete, mi dedicai a pescare qua e là quel che poteva esserci di più clamorosamente contrastante con quelli che si potevano ritenere i principi fondanti l'ACP, tentando di farne poi, per quanto è possibile, una caricatura sufficientemente oggettiva.

La benevolenza della redazione e del Direttore, e il silenzio dei lettori della rivista, mi hanno permesso di continuare fino ad oggi, non so quanto degnamente. E proprio questa ignoranza del tipo di accoglienza da parte dei lettori (a parte quei venticinque che non si negano a nessuno), quando mi è stato chiesto di pensare a qualcosa per il decennale della rivista, mi ha fatto venire in mente il dubbio che siano stati...

- *Mi scusi! Senta, mi scusi!*

- Dice a me?

- *Sì, lei, mi perdoni. L'ho sentita parlare con quel collega e mi è venuto un dubbio. La prego di non offendersi, ma lei non è quello che scrive quella roba cosiddetta "per gioco" su Quaderni acp?*

- Ma certo che sono io! Lei non sa che piacere mi fa conoscere...

- *Ah! Così è proprio lei quello che si accanisce, "un po' per gioco" osate dire, a calunniare i suoi colleghi. Ma non si vergogna? Farsi beffe di professionisti, di gente dedicata a una missione. Sissignore, una missione; c'è gente ancora che ci crede, grazie a Dio. Ah lei, immagino, sarebbe invece subito pronto a scriverci su qualcosa di ameno sulla missione del medico, vero? Lei sputerebbe sul camice! Che poi sarebbe a dire, nel piatto in cui mangia. Be' sappia che, nella sua presunzione, lei non si rende affatto conto di quanto male ci sta facendo, o almeno spero che non lo faccia di proposito.*

- Ma che dice? Guardi che non la capisco proprio. Io non faccio male a nessuno. Anzi, la mia intenzione è esattamente il contrario. Cercare di migliorarci, anche ridendoci sopra. E certo che l'ho fatto di proposito, se no che senso ha; allora avrebbe ragione lei, che farei solo male.

- *Lo fa anche di proposito? E io che le avevo dato il beneficio del dubbio; e nonostante lei mi abbia ripetutamente colpito!*

- Ma io non ce l'ho affatto con lei. Quando mai l'ho colpita? Non la conosco neanche.

- *Ma mi conoscerà! Io sono Dottore.*

- Questo lo immaginavo, ma se non mi dice come si chiama...

- *Glial'ho detto: Dottore.*

- Come Dottore? Dottore cosa?

- *Dottore e basta.*

- Dico, avrò un nome e cognome?

- *Senta, io sono Dottore; tutti mi chiamano Dottore, mi hanno sempre chiamato Dottore.*

- S'intende, i suoi pazienti, i suoi collaboratori, ma sua moglie, i suoi figli, gli amici?

- *Ma scusi, di che s'impiccia lei? E poi ho troppo da fare per occuparmi di questi particolari. I miei figli sono grandi da un pezzo, mia moglie ha da fare le sue cose e, per quanto riguarda gli amici, con tanto lavoro che ho, ormai li ho persi di vista, e comunque anche loro mi chiamavano Dottore. E quindi io sono Dottore, e tanto basta!*

- Guardi che non voglio impicciarmi di nulla. Ma, visto che mi accusa, almeno sapere chi è lei.

- *Be' sono quello che lei ha tacciato di incompetenza, superficialità, arrivismo, corruzione e così via.*

- E quando sarebbe avvenuto tutto questo?

- *Non si ricorda, o fa finta? Io invece mi ricordo benissimo. Come potrei dimenticare? Tutto quello che facevo finiva sotto il suo spi-*

rito di patate, già, e carota. Dalla medicina scolastica alla medicina sportiva, dai controlli di salute alla riduzione della fimosi. Ma chi le ha dato il diritto di scrivere tutta quella robaccia?

- Robaccia? Mi sono semplicemente limitato a descrivere la nostra realtà professionale, quella di tutti i giorni. E poi parlavo, anzi scrivevo, in generale. Non avevo mica in mente un medico, anzi, un Dottore preciso, e tanto meno lei.

- *Ma lei ha dato ad intendere che i Dottori si comportano male, e dato che io sono Dottore, lei mi ha specificamente accusato.*

- Ma che accusa! Ma no! Volevo solo proporre una rappresentazione un po' scherzosa di alcuni modelli di assistenza ormai superati, e qualche volta, ne converrà, decisamente sbagliati. Tanto per sottolineare la necessità di un cambiamento, o almeno di una correzione. Considerazioni banali, in fondo, che come al solito tutti fanno e nessuno traduce in pratica.

- *Ah sì? E secondo lei svuotare gli ospedali e mettere sul lastrico noi Dottori si può definire una semplice correzione?*

- E quando mai lo avrei detto?

- *Memoria sempre corta, eh? E tutti quei discorsi assurdi sui DRG gonfiati, sui ricoveri inutili, sullo spreco di esami, sulle terapie intensive vuote, sui nidi come lager nazisti? Ma cosa vorrebbe, che tanti stimati specialisti smettessero di lavorare solo perché i bambini non si ammalano più? E se poi per disgrazia qualcuno veramente si ammalasse, chi lo curerebbe? Se non si tenessero continuamente in esercizio su qualche neonato o bambino, rigorosamente scelto a random, ovviamente, come riuscirebbero a mantenersi in forma? Che poi, consideri, allenarsi a curare malattie gravi su bambini sani è estrema mente più difficile che farlo su quelli malati; comporta rischi anche superiori e bisogna riconoscere che ci vuole proprio un gran coraggio per farlo. E, ancora, la produttività, l'economia di mercato, l'occupazione, dove le mettiamo? Lei induce a credere che la quasi totalità di quello che facciamo noi Dottori non serve a nulla, che i bambini guariscono da soli, che i farmaci e gli esami inutili fanno male. Ma si rende conto di ciò che potrebbe causare? Proprio quello che lei, mi par di ricordare, paventava nel suo primo, diciamo così, giochino: una caccia spietata al bambino. Proprio questo succederà. I pediatri, isolati o riuniti in bande, batteranno città e campagne in cerca di prede indifese. I genitori terrorizzati si organizzeranno in ronde, armati di enciclopedie mediche, siti internet, Check up e Elisir televisivi. L'assenza totale di controllo del territorio lascerà campo libero allo sviluppo delle sette tuttopatetiche, ai pendolinisti, fantasiatri e mammaturghi, che renderanno ancora più esasperati e voraci i poveri pediatri, provocando feroci scontri all'ultimo prepuzio. Sarà la fine della Dottorità. È questo che vuole? La rovina totale? Be', non ha nulla da dire?*

- Ecco, ... io, da questo punto di vista, ... Cavolo che confusione! Ma io, scusi eh, io pensavo soprattutto ai bambini.

- *I bambini? Ma che vuole che gli succeda ai bambini? Oggi i bambini sono sani, forti, ben nutriti, vaccinati. Lo dice anche lei, che tanto crescono e guariscono praticamente da soli. Ma sempre che si mantenga l'ordine costituito, che si eviti l'anarchia. E per salvare l'ordine, bisogna rispettare la gerarchia. Non come fa lei, che se la prende continuamente con chi coman-*

da, con chi ha tutta la responsabilità di come vanno le cose, con i Professori, con i Primari. Il Primario servo dei politici, carrierista, mostro, ignorante, sponsorizzato da lattini e pappine, pannolini e antibiotici; non vuole aggiungere altro?

- Io credo che lei non abbia capito bene. Non ce l'ho mica con tutti. Ci sono le persone per bene e quelle disoneste, come in tutte le professioni. Io me la prendo solo con quelli che si comportano male, che non seguono i criteri più moderni della medicina.

- Basata sull'evidenza immagino? Qui la volevo. Ne avete sempre la bocca piena. Ma cosa pensa di farne della sua EBM in una corsia stracolma di mocciosi catarrosi e madri petulanti che vogliono una guarigione in ventiquattr'ore? E nello squallore di una terapia intensiva neonatale vuota per eccesso di Salute Pubblica? E di fronte a un Direttore Generale che pretende di far bella figura sui giornali o sulle televisioni locali un giorno sì e l'altro anche, e non dà una lira per acquistare strumenti sofisticati da mettere in bella mostra? Nulla, non ci fa assolutamente

te nulla. Bisogna ricorrere alla fantasia, all'intraprendenza. Per reggere al mercato, spirito di impresa ci vuole, e mantenere alto il proprio prestigio di Dottore. Nel supremo interesse della medicina la invito a smettere di screditarmi, anche se, tutto sommato, visto il numero dei lettori del suo giornale... Be', spero proprio di non avere più bisogno di parlarle in futuro. Addio.

- Ehi! Non può andarsene così! Ma tu guarda chi dovevo incontrare! Tutto avrei pensato meno che... D'altra parte, dopo dieci anni, chi di spada ferisce..., qualcosa ci si deve pure aspettare. Mi scusi signore. È lei che...

- Un momento, un momento. Prima mi scusi lei. Non mi prenda per pazzo, ma anche lei per caso... si chiama Dottore?

- Certo che no! Ci mancherebbe altro!

- Ah bene. Allora mi dica pure.

- Mi consenta. Io mi chiamo Professore.

Lucio Piermarini

Per corrispondenza: pierlucio@libero.it

Uno sguardo al passato e uno all'avvenire

Da qualche tempo sono di moda le postfazioni. Non ho voluto chiamare così queste poche righe per pudore, ma il senso è quello. Bisogna trarre delle conclusioni dal ricordo che alcuni amici del Comitato Editoriale hanno fatto su questo numero, ricordando sia le loro emozioni che le caratteristiche del loro "prodotto"? Forse sì. Sono passati in 10 anni, 3 presidenti, 4 legislature; alcune decine di acipini sono passati nei consigli direttivi. L'ACP raramente ha dato a noi del Comitato Editoriale (forse dovremmo chiamarci più semplicemente redazione) delle indicazioni sulle linee di indirizzo della rivista; questo è bene perché ci ha lasciato autonomia; è meno bene perché ci è mancato un rapporto con l'Associazione da cui siamo nati; anche se va detto che, come molte delle cose che nascono volontariamente, questa rivista è nata sostanzialmente dalla accettazione centrale di un impulso periferico che ha cambiato radicalmente - come hanno scritto F. Dessì e P. Siani - il vecchio *Bollettino* stampato artigianalmente su iniziativa della Presidenza di Franco Panizon.

Potrebbe anche essere accaduto che questo atto di nascita di Quacp non sia stato sufficientemente meditato. Quacp è, sostanzialmente, il solo servizio che l'ACP fornisce ai soci. Basta? È poco? O serve poco? Va meditato per il futuro, sulla base delle risorse dell'Associazione, se altri servizi gratuiti o semigratuiti, aggiuntivi o sostitutivi, meritino di essere forniti ai soci: in tema di formazione, per esempio, o come supporto alla ricerca. È un argomento cui l'Assemblea dei soci del 2003 non può sfuggire. Per questo qualche preliminare informazione economica non sembra fuori luogo. Il bilancio preventivo per il 2003 prevede che, a fine anno, i 6 numeri di *Quacp* costeranno all'ACP circa 30.000 euro. Oggi la pubblicità copre, infatti, solo parte delle spese di produzione della rivista: il 52%. Una copia di *Quaderni* costa circa 1.87 euro. Di questi, 0.97 sono coperti dalla pubblicità. Il costo per pagina della rivista è, per l'ACP, di 0.021 euro. Per confronto si valuti che il costo di abbonamento di *Occhio Clinico Pediatria*

è di 0.069 euro e quello di *Medico e Bambino* di 0.060 euro per pagina. La differenza di costo, fra noi e gli altri, deriva naturalmente dal fatto che *Quacp* è fatto, nella parte editoriale e grafica, in maniera volontaristica e l'editore non vuole trarre guadagno dall'impresa: della rivista si pagano solo la stampa, la spedizione e l'editing.

Tornando ai rapporti fra ACP, lettori e *Quacp*, ci sono state due indagini sul gradimento. La seconda è in corso, ma, dai primi risultati, abbiamo l'impressione che abbiano compilato il questionario prevalentemente gli amici che ci seguono più da vicino e che "ci vogliono bene". Corriamo, dunque, il rischio di verificare una "sindrome di Stoccolma".

Sicuramente non si è realizzata l'ipotesi dalla quale si era partiti e che molti hanno richiamato nelle pagine precedenti: una rivista di pari scritta in ACP da pari per i pari. Una discreta parte dei nostri articoli sono richiesti a collaboratori esterni, subiscono una revisione editoriale all'interno o all'esterno del Comitato Editoriale (che talora ai soci dell'ACP dispiace e qualcuno si risente dei giudizi dei revisori; lo diciamo qui amichevolmente: è un atteggiamento provinciale).

Questa ricerca obbligata di contributi esterni può, alla fine, rendere meno "parochial" la rivista, ma specialmente per la parte di *Ausili didattici* e per la *Ricerca* a noi del Comitato Editoriale pesa un po'. Mentre siamo molto orgogliosi di avere dato voce a due documenti fondamentali nati in casa: quello dell'ACP del 1999 sui servizi sanitari e il Rapporto del CSB sulla salute del bambino del 2003. Noi speriamo fortemente che dal Congresso di Varese ci vengano indicazioni, suggerimenti, proposte per i prossimi 10 anni, se si vorrà che ci siano. Per i quali il Comitato Editoriale e il Direttore saranno lieti di cedere ad altri, più freschi, il loro posto. Il direttore anche per evidenti motivi anagrafici.

Giancarlo Biasini

Per corrispondenza: gcbias@tin.it

Questo "Speciale" è stato curato da Paolo Siani cui va il ringraziamento del Comitato Editoriale