

Aquaderni P

bimestrale di informazione politico culturale e di Ausili Didattici a cura della Associazione Culturale Pediatri

1945 LA PACE

1995 LE GUERRE

*Il contrario della pace
non è la guerra,
è l'indifferenza.*

*Il contrario dell'amore
non è l'odio,
ma l'indifferenza.*

*Il contrario della morte
è la memoria*

Elie Wiesel



L'ACP è una libera associazione che raccoglie oggi 1.600 pediatri, raccolti in 25 gruppi locali. E' stata costituita a Milano il 5-9-1974 con atto del notaio Visentini. Attualmente, il presidente è il professor Giancarlo Biasini, Primario di Pediatria nell'Ospedale "Bufalini" di Cesena.

ATTIVITÀ EDITORIALE

Nel 1974, l'associazione ha fondato la "Rivista Italiana di Pediatria" che ha successivamente ceduto per una lira alla Società Italiana di Pediatria. L'ACP contribuisce dal 1982 alla pubblicazione di "Medico e Bambino", che è stato fondato presso la casa editrice Edifarm di Milano ed è tuttora curato da un gruppo di pediatri dell'ACP stessa. Sempre nel 1982, da un gruppo di pediatri dell'ACP è nata la rivista "Crescita", uscita per 3 anni presso la casa editrice Editiemme di Milano. Ha pubblicato dal 1990 il "Bollettino ACP" e dal 1993 "Ausili Didattici per il Pediatra Ambulatoriale". Le due riviste si sono fuse nel 1994 in "Quaderni ACP" che viene pubblicata dalla Editoriale Antiterra di Palermo.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Ogni anno si tengono convegni e corsi di formazione.

Nel 1994 tali manifestazioni si sono tenute in Lombardia, Emilia e Romagna, Umbria, Basilicata, Campania, Calabria. L'ACP ha in atto corsi di formazione per pediatri ospedalieri tendenti a formare in questi le competenze valutative. Il primo corso si è tenuto a Cesena nell'aprile 1995. Ha in programma una serie di convegni sul bambino a rischio sociale, il primo dei quali si è tenuto a Napoli nei giorni 26 e 27 maggio 1995. Tiene aggiornata una lista di *visiting professors* per una attività di consulenza di 1° e 2° livello. Garantisce un'attività di *visiting professor* presso la clinica pediatrica dell'Ospedale di Tirana.

RICERCA

E' attivo un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti. L'ACP è in rapporto con la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale. Sono attualmente in corso ricerche su: situazione italiana dell'allattamento al seno; appropriatezza dei ricoveri ospedalieri; possibilità attuali di ridurre i costi nella terapia ambulatoriale. Nel 1987 ha pubblicato un progetto globale di assistenza al bambino, tuttora, di larga attualità. Nel 1993 ha pubblicato un'inchiesta nazionale sullo stato delle strutture assistenziali territoriali in ambito pediatrico. Nel 1994 ha pubblicato, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri di Milano, un'inchiesta nazionale sull'assistenza ai bambini con malattia cronica, commissionata dalla regione Emilia Romagna.

bimestrale di informazione politico culturale e di Ausili Didattici a cura della Associazione Culturale Pediatri

Direttore: Giancarlo Biasini

Responsabile: Franco Dessì

Coordinamento: Luigi Acerbi, Costantino Apicella, Antonella Brunelli, Dante Baronciani, Gilberto Bonora, Roberto Buzzetti, Giuseppe Cirillo, Lello Contarini, Sergio Conti Nibali, Nicola D'Andrea, Massimo Farneti, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Federico Marchetti, Lucio Piermarini, Paolo Siani, Giorgio Tamburlini.

Corrispondenti dei gruppi locali: Giovanni Garrone (Torino), Maddalena Agostini (Verona), Stefano Drago (Padova), Lucia Castelli (Milano), Fabrizio Frisco (Vicenza)

Redazione: Pippo Montedoro, Salvo Fedele, Franco Lanzoni
Servizio Materno Infantile - Azienda USL Cesena
Viale Ghirrotti, 286 - 47023 CESENA

Le illustrazioni di questo numero sono tratte da:

Tous Cyclistes! - Garnier Frères - Paris, 1894

La foto di copertina è di Tom Stoddart/Katz-Contrasto

Progetto Grafico e videoimpaginazione: Toni Saetta

Stampa: Editoriale Antiterra s.n.c.

via Mogadiscio, 2/c - 90135 Palermo - Tel. 091/224847

Casa Editrice: Editoriale Antiterra s.n.c. via Maqueda, 110 - 90134 (PA)

Pubblicità: Comunicazione P.R. Viale Boezio, 4 - 20145 Milano

Tel. 02/33604500

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Rivista bimestrale Anno 2 - n° 2 - Marzo 1995

Spedizione in abbonamento postale / 50%

c/c n. 17010091 intestato a:

ACP sez. sarda - via San Francesco, 7 - 09070 - Narbolia (OR)

Tariffa di abbonamento per i non soci: £ 40.000

Tariffe pubblicitarie:

	b/n	quadr.
pagina interna	800.000	1.500.000
2ª di copertina	1.100.000	2.000.000
3ª di copertina	900.000	1.650.000
4ª di copertina	1.200.000	2.250.000
controsommario	1.100.000	2.000.000

S O M M A R I O

- 4 Napoli: il bambino a rischio sociale
Giancarlo Biasini
- 6 VII Congresso nazionale ACP
Appuntamento a Tabiano
- 8 Gli effetti della guerra nel mondo psicosociale del bambino
Giovanni Galli e Anne Devreux
- 11 Il sonno e le sue variabili nei bambini in età prescolare
G. Rapisardi e coll.
- 13 Pediatria di base e visite domiciliari a Bergamo e provincia
L. Venturelli e coll.
- 18 Il mondo dei bambini
Le Statistiche correnti di Carlo Corchia
- 22 Specialista ... Professore
Giorgio Bert
- 25 A proposito di tariffe
Giancarlo Biasini
- 26 Libri
Le recensioni di Nicola D'Andrea
- 28 Scuola: La smania della valutazione
Guido Armellini
- 32 AUSILI DIDATTICI
sommario

EDITORIALE

VOGLIO LE CENERI DELLA MIA GAMBA

Noi bambini che abbiamo vissuto questa guerra, vi raccontiamo i misfatti della guerra.

La guerra ha devastato tutto, sono stati uccisi i nostri genitori, i nostri fratelli e le nostre sorelle, i nostri amici, e siamo rimasti senza nessuno.
(canzone composta da bambini dell'orfanotrofio di Nyanza-Ruanda. Sett.1994)

Quello che i bambini vivono e sentono è sottostimato dagli adulti.

Certi bambini appaiono come muti e senza reazioni.

Dai loro insegnanti, dai religiosi o dai familiari vengono considerati come pazzi e questo accentua il loro isolamento.

Nella nostra esperienza abbiamo visto l'urgenza e l'importanza di parlare con i bambini, di dare loro la possibilità di esprimersi; di ritrovare un rapporto di ascolto con il mondo adulto che li circonda (genitori, amici, insegnanti, infermieri, ecc...).

In generale gli adulti non parlano delle loro sofferenze, come per proteggersi e non soffrire troppo; credono che il bambino viva la stessa cosa, ma il mondo del bambino è diverso, egli ha bisogno di capire la sua sofferenza comunicandola a qualcuno.

Un bambino di undici anni, a cui era stata amputata una gamba, dopo parecchi giorni era triste, nel suo letto di ospedale. Il dottore gli chiede il motivo della sua tristezza.

Nessuno fino ad allora si era interessato a lui.

Risponde il bambino:

"Non l'ho mai dimenticato. Mi hanno tagliato la gamba".

E il dottore:

"Di che cosa vuoi parlare?",

"Vorrei sapere dov'è la mia gamba".

"Cosa vuoi farne di quella parte del tuo corpo?",

"Voglio vederla bruciare, e averne le ceneri".

Questo esempio per dimostrarvi l'importanza del dialogo, e dell'ascolto del bambino, spesso trattato come oggetto; si fanno delle cose per lui, ma non lo si ascolta, non si sa cosa vuole, eppure il bambino, che è sottostimato perché piccolo,

pensa,

si interroga,

prova sentimenti,

decide,

e vuole trovare risposte a quello che vive.

Giovanni Galli

Giovanni Galli è neuropsichiatra; ha svolto attività in Ruanda per progetti AVSI - UNICEF. L'AVSI è una associazione di volontariato che opera in paesi in via di sviluppo; la sua sede è a Cesena in viale Carducci ,85.

Napoli:

il bambino a rischio sociale

Napoli 24-25 maggio 1995: Congresso ACP sul bambino a rischio sociale.

Torneremo presto su questo congresso di cui non è facile riferire in poche righe. Un Congresso certamente ricco di tutta la passione, le contraddizioni e la cultura di questa nostra Associazione; un congresso che ai più ha dato la sensazione di essere in qualche misura storico, se non altro per la nostra storia, la nostra professionalità, speriamo anche (almeno un poco) per la pediatria italiana; per questo ai colleghi dell'ACP Campania va qualcosa di più di un semplice grazie. Intanto pubblichiamo il testo letto dal professore Biasini alla conferenza stampa di presentazione del convegno cui partecipavano anche il sindaco di Napoli e il sindaco di Palermo, a testimoniare l'impegno di queste due amministrazioni per una tematica considerata non più rinviabile.

Quello dei rapporti fra rischio sociale e salute è un problema che noi seguiamo con particolare attenzione anche se l'animo con cui un pediatra si prepara al convegno che comincia domani non è sicuramente quello di colui che con la sua azione professionale può modificare, in misura sostanziale, le condizioni del rischio.

Noi non abbiamo come pediatri né la possibilità, e invero neanche il compito, di cambiare la società. Lo abbiamo semmai come uomini che credono nel futuro.

La "missione" professionale del pediatra è quella di cercare di risolvere, con i mezzi che ha a disposizione, il problema di salute che il bambino presenta. Ma dovrà certo procurarsi, per lo meno, gli strumenti culturali per comprendere, bene ed appieno, qual è il problema.

Ed a questo proposito va subito detto che nessuno può pensare, nel momento in cui un problema di salute si pone, che si possa essere pediatri allo stesso modo a Milano come a Bari, a Bologna come a Napoli, a Brescia come a Palermo.

Non si può essere pediatri nel Sud - ma neanche nelle periferie metropolitane del Nord senza avere in ogni ora presente

quanta salute in meno produca qui la povertà e la carenza di strutture.

Anni fa un pediatra napoletano - Antonio De Arcangelis - contò uno per uno, i bambini che muoiono in più al Sud: da allora non si può dire che molto sia cambiato. Non è per piagnoneria, ma è solo per la passione che noi dell'Associazione Culturale Pediatri abbiamo per la epidemiologia, senza la quale la comprensione dei problemi è vietata, che ricordo che le regioni del sud hanno, all'incirca l'80% di morti in più nel primo anno di vita rispetto alle regioni del nord; e che le morti evitabili hanno un rapporto fra poveri e benestanti di 2:1 e che al Sud ci sono più condizioni di povertà che al Nord. Ricerche della nostra associazione dicono che al Sud si allatta di meno al seno, si consuma meno latte artificiale e più latte di vacca non modificato.

C'è, certamente, un lato politico di questi problemi che ci interessa come uomini che vivono in una società squilibrata. Come cittadini non potremo mai cessare di ricordare a chi ci governa, nello Stato, nelle regioni, nei comuni, che la salute è un diritto fondamentale di ogni essere umano, e non è una scelta opzionale che qualche porzione della popolazione può avere o non avere, anche se l'abitudine alle disuguaglianze in fatto di salute porta inevitabilmente il suo danno fatto di delusioni, disperazione e apatia.

L'uguaglianza nel diritto alla salute è una delle prime garanzie di solidità della convivenza sociale, ma occorre tenere presente che questa eguaglianza di diritti non è, purtroppo, garantita da una notarile iscrizione al SSN. L'iscrizione accerta, semplicemente, il diritto, ma non lo garantisce.

Il diritto alla salute è garantito solo da quel minimo di condizioni che assicurano l'eguaglianza: il lavoro, la scolarizzazione, la casa, la razione alimentare. Vedremo nel convegno che comincia domani quanto queste condizioni pesano, al Sud, sullo stato di salute. Per entrare in un tema che oggi è largamente discusso a noi sembra difficile accettare che bisogni

affidare alle leggi del mercato la soddisfazione di questi diritti, che a noi sembrano, invece, valori primi, garantiti dall'affermazione costituzionale che questa è una repubblica fondata sul lavoro.

Questo come cittadini. Come pediatri noi non possiamo dimenticare che c'è - in questi problemi - un lato squisitamente di cultura professionale. Frank Oskj, professore di pediatria alla J.Hopkins University di Baltimora, introducendo un trattato di pediatria scrive che "ogni buon pediatra ha da avere basi solide in argomenti che vanno dalla conoscenza dei servizi sanitari di cui il bambino può usufruire, alla conoscenza di come è la scuola o l'asilo nido che il piccolo frequenta, di quale risorse ha la comunità in cui vive perché - dice sempre il prof. Oskj dalla lontana America - una buona capacità di assistere (che è il mestiere del medico) non deriva soltanto dalle nozioni di fisiopatologia, ma anche dalla conoscenza delle disponibilità che la società offre". O non offre. Non è retorica chiedersi quanta di questa capacità di impadronirsi, con la conoscenza, del mondo reale, in cui il bambino vive, viene insegnata, viene imparata, nelle università che formano i pediatri. La risposta è, ahimè!, facile, anche se dispiacerà ai nostri amici e colleghi pediatri che nelle università insegnano: nessun insegnamento (o quasi nessuno) di questo tipo viene impartito; nessuno strumento viene dato per comprendere questa realtà.

Eppure sul piano della ricerca, pediatri che vivono in paesi meno poveri del nostro, hanno dimostrato che esiste una chiara capacità patogena del rischio sociale proprio nel senso della produzione di malattie: fra i poveri e fra coloro che hanno basso titolo di istruzione ci sono - è vero - più problemi sociali, più carcere, più abbandono scolastico, ma anche più bassi pesi alla nascita, più handicap, più gravidanze fra le teenagers, più emicranie, più dolori addominali, meno bambini vaccinati e quindi più malattie infettive, più bambini ricoverati, più infezioni ospedaliere e così via.

La disuguaglianza sociale produce, quindi, essa stessa più malattia.

Quando si dicono queste cose si suggerisce che il pediatra debba diventare un agitatore sociale? Certamente no. Egli amplia semplicemente le proprie conoscenze e se queste lo portano a confrontarsi con cose che alcuni preferirebbero rimanessero nascoste egli non può eliminarle dalle proprie conoscenze perché tradirebbe, in tal modo, la sua funzione che è quella dell'intellettuale. Poi egli diventerà, in cuor suo, quel che egli sente di dovere diventare, attore o solo testimone, nella sofferenza, ma in ogni caso, nella sua vita professionale, nulla gli consentirà di ignorare tutte le condizioni, oltre le infezioni ed i processi degenerativi, che si connettono con la perdita della salute: dalla cattiva società alla cattiva scuola, al cattivo quartiere, al cattivo medico, al cattivo modo di organizzare la sanità e così via. Nulla gli consentirà di non sentirsi in colpa se non sarà stato in grado di fare tutto ciò che è possibile - molto o poco che sia - per organizzare attorno al bambino ed alla sua famiglia il massimo consentito di assistenza possibile.

Il convegno che comincia domani, quindi, per noi dell'ACP ha la funzione e gli scopi di tutti i convegni che, da vent'anni, andiamo organizzando in Italia: fornire ai pediatri strumenti formativi per capire, per essere sempre di più al servizio della professione alla quale si sono dedicati, per riempirla sempre di più di contenuti consapevoli.

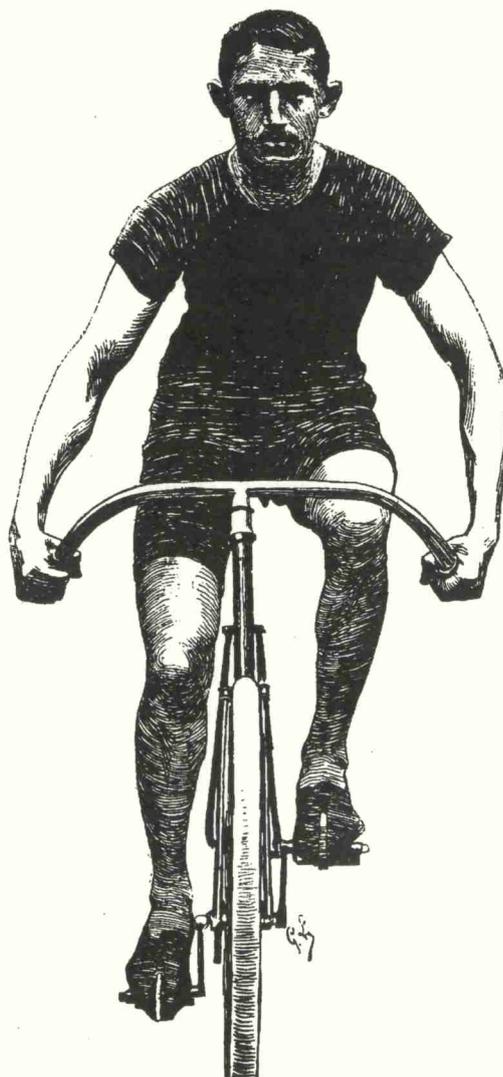
Ma anche fornire a chi, in ogni sede governa, i dati di base per correggere i fattori che influiscono sulla salute, ma che la professione del medico non può risolvere perché di fronte ad essi è impotente. Ed indicare fra questi gli obiettivi più urgenti, ed anche i più facilmente raggiungibili nei prossimi anni. Il convegno sul bambino a rischio sociale, che comincia domani, non è stato improvvisato. E' stato preceduto da non poche ricerche che i soci dell'Associazione culturale pediatri della Campania hanno condotto ed hanno comunicato in varie sedi scientifiche. I nostri pediatri hanno individuato alcuni indicatori di rischio che sono stati valutati come significativi. Più propriamente nel convegno, ma già da ora, noi riteniamo che si possa fare, a Napoli, un tentativo, per ora sperimentale, di intervento sul bambino a rischio sociale. Si potrebbero individuare questi bambini alla nascita

negli ospedali, o in qualche ospedale, con gli indicatori che i pediatri campani hanno già provato. Si potrebbe inventare per questi bambini una sorta di adozione particolare, attiva, da parte dei servizi delle aziende sanitarie e del comune, sostenendo attivamente le madri nell'allattamento al seno che nel primo anno è un formidabile strumento di garanzia di salute, offrendo attivamente le vaccinazioni obbligatorie e facoltative, offrendo un aiuto domestico: e si potrebbe vedere nel tempo gli effetti di questo sostegno. Ma si potrebbe anche stimolare il volontariato, o semplicemente le famiglie che possono farlo, ad effettuare in Italia, oltre che in Bosnia o in Brasile, l'adozione a distanza di bambini a rischio, ad effettuare visite e sostegno domiciliare in una grande ipotesi di solidarietà sociale. Proprio perché proponiamo delle cose noi non siamo qui per avere dai sindaci una presenza formale al nostro congresso.

Non siamo qui, cioè, per chiedere alla

amministrazione un rituale indirizzo di salute, come si fa di solito in un congresso di medici, in quella parte del programma che, di solito, è indicata come SALUTO DELLE AUTORITÀ. Siamo qui, oggi a Napoli, e l'anno prossimo, pensiamo, a Palermo, per offrire collaborazione, senza nulla chiedere in cambio se non l'impegno di provare ad affrontare insieme, con le forze che abbiamo, i problemi che emergeranno dal congresso che inizia domani.

Ci siamo dedicati - come Associazione Culturale Pediatri - allo studio dei problemi organizzativi dell'assistenza ai bambini; ed abbiamo sempre preferito le soluzioni che consumano meno risorse. In questo ambito uno dei motti della nostra associazione è "fare meglio con meno". Ma sempre e comunque, non solo "dire", ma provare a "fare". Questo impegno chiediamo e ci aspettiamo: non con le mani in mano da parte nostra, ma disposti in ogni momento ad investire del nostro.



VII CONGRESSO NAZIONALE ACP

TABIANO TERME (PARMA)
13-14-15 OTTOBRE 1995

Centro Congressi Grande Albergo Astro

L'ACP presenta il suo settimo Congresso nazionale che si svolgerà a Tabiano Terme, tranquilla località termale in provincia di Parma. Lo fa con una formula organizzativa nuova di cui va dato merito all'ACP-Emilia che l'ha ideata. La formula non prevede la solita tassa d'iscrizione.

Il Congresso ACP rimane così, in ogni suo aspetto, "di tutti", rimane un Congresso veramente aperto anche per la sostanziale modestia della spesa alberghiera. Inoltre, in omaggio alla separazione di interessi tra industria e aggiornamento, non troverete a Tabiano tanti stand di industrie farmaceutiche o di produttori di lattini per l'infanzia. Questo - lo ripetiamo - grazie a un non trascurabile sforzo di fantasia degli acipini dell'Emilia che vanno, a nome di tutti, ringraziati.

Lo schema congressuale rappresenta un equilibrio tra argomenti di tipo medico-clinico, sociale e organizzativo. Questi ultimi stanno diventando ogni giorno di più parte integrante - e spesso ingombrante - del vivere quotidiano di ciascuno di noi.

Prepararsi a capire come ciò avvenga è importante. Alcuni tra gli argomenti scelti (l'appropriatezza dei ricoveri, l'allattamento al seno) portano, fra l'altro alla discussione plenaria sia il problema in generale che il risultato di ricerche acipine che possono essere ritenute di grande interesse collettivo.

Nella seduta antimeridiana e pomeridiana del 13 ottobre, il Gruppo per la ricerca in pediatria ambulatoriale presenterà inoltre un ulteriore nucleo di interessanti contributi.

Arrivederci in molti, a Tabiano Terme.

G. Carlo Biasini

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE DEL CONGRESSO

Centro Congressi Grande Albergo Astro - via al Castello 2 - Tabiano Terme (PR) - tel. 0524 . 565497.

ISCRIZIONE

L'iscrizione è fissata in Lire 300.000 a persona e dà diritto alla partecipazione ai lavori congressuali (cartella, attestato, 5 coffe-break) e al soggiorno in pensione completa per 2 giorni (a partire dal pranzo del 13 fino alla prima colazione di domenica 15) nell'albergo sede del Convegno fino all'esaurimento delle camere e, poi, in alberghi circostanti di pari livello. Per gli accompagnatori, per i quali è previsto un programma sociale, la quota è fissata in Lire 270.000. Chi arriva alla sera del 12 ottobre, entro le 20.30, può prenotare cena più pernottamento più piccola colazione alla tariffa di Lire 100.000, oppure il solo pernottamento più piccola colazione alla tariffa di Lire 90.000. La scheda di iscrizione, debitamente compilata, e l'assegno bancario devono essere inviati al Grande Albergo Astro, via Al Castello 2, 43030 Tabiano Terme (Parma).

CANCELLAZIONI

In caso di annullamento: entro il 15 settembre, verrà rimborsata l'intera quota versata; entro il 30 settembre, verrà rimborsato il 50% della quota; oltre tali date, nessun rimborso verrà concesso.

ABSTRACTS

Vanno inviati al dottor Michele Gangemi, via Ederle 36, 37126 Verona, entro il 30 giugno prossimo.

COME RAGGIUNGERE TABIANO TERME

In auto: uscire al casello di Fidenza (PR) dell'Autostrada del Sole (A1) e seguire le indicazioni per Tabiano (9 Km).

In treno: sulla linea Milano-Bologna, scendere a Fidenza; dal piazzale della Stazione, pullman e taxi per Tabiano.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Associazione Culturale Pediatri Emilia

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Terme di Tabiano

INFORMAZIONI

Telefonare allo 0524 565523.

quaderni **ACP**

P R O G R A M M A

VENERDI' 13 OTTOBRE 1995

Riunione del Gruppo di Ricerca in Pediatria Ambulatoriale

Coordinatore *Michele Gangemi, Verona*

ore 9.00 Assistenza al malato cronico: possibili percorsi in risposta ai bisogni inevasi
- *ARP Bergamo*

ore 10.00 Curare meglio a meno
- *G. Tamburlini, Trieste; M. Gangemi, Verona*

ore 11.00 **Coffe-break**

ore 11.30 Un modello per la formazione dei tutors
- *Cliniche pediatriche e pediatri di base di Monza, Trieste*

Padova (Aprel) e Verona (APCP)

ore 13.00 **Colazione di lavoro**

ore 14.00 Presentazione delle ricerche dei gruppi locali ACP

ore 15.30 **Coffee-break**

ore 16.00 **Apertura dei lavori**
Il saluto delle Terme di Tabiano
Il saluto dell'ACPE

Moderatore *Gian Carlo Biasini, Cesena*

ore 16.30 La famiglia multiproblematica
- *Paola Facchin, Padova*

ore 17.00 Criteri di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri - *Franca Parizzi, Modena*

ore 18.00 La dietoterapia nella malattia infiammatoria cronica dell'intestino
- *Alessandro Ventura, Pisa*

ore 19.00 Il bambino con transaminasi alte
- *Giuseppe Maggiore, Pisa*

ore 20.00 **Cena sociale**

SABATO 14 OTTOBRE 1995

Moderatore *Franco Panizon, Trieste*

ore 9.00 L'allattamento al seno oggi in Italia
- *Sergio Conti Nibali, Messina; Sofia Quintero, Trieste*

ore 10.00 Sono superate le vecchie penicilline?
- *Giorgio Longo, Trieste*

ore 11.30 Progetto pertosse: primi risultati
- *Alberto Eugenio Tozzi, Roma*

ore 12.30 La tecnologia in aiuto alla comunicazione
- *Leo Venturelli, Bergamo*

ore 14.30 **GRUPPI DI LAVORO**

ore 16.30 **ASSEMBLEA SOCI ACP**

DOMENICA 15 OTTOBRE 1995

Moderatore *Gian Battista Cavazzutti, Modena*

ore 9.00 Applicazioni terapeutiche delle citochine
- *Paolo Paolucci, Lugo*

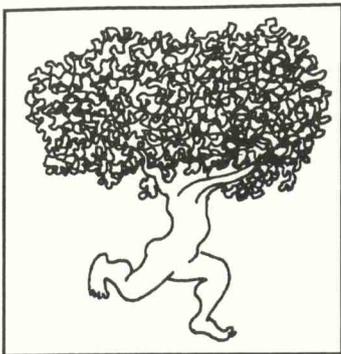
ore 10.00 Significato delle alterazioni del sonno nel lattante
- *Paola Ferrari, Modena*

ore 11.00 Casi clinici - *Franco Panizon, Trieste*

ore 12.00 **Chiusura dei lavori**

GRUPPI DI STUDIO

1. ORL - *Enrico Savini, Tabiano*
2. Intolleranza alle proteine del latte vaccino - *Gianni Cavagni, Brescia*
3. Gastroenterologia - *Giuseppe Maggiore, Pisa*
4. Sistemi di finanziamento delle Divisioni pediatriche - *Paola Facchin, Padova*
5. Tecnologia e comunicazione - *Leo Venturelli, Bergamo*
6. Epidemiologia a quiz - *Roberto Buzzetti, Bergamo*
7. La lesione elementare in dermatologia - *Fabio Arcangeli, Cesena*
8. Saper leggere i radiogrammi - *Gaspare Sanna, Forlì*
9. Spazio organizzativo del Gruppo di Ricerca in Pediatria ambulatoriale (riservato ai soli referenti dei gruppi locali) - *Michele Gangemi, Verona*



CONSIDERAZIONI SUGLI EFFETTI DELLA GUERRA NEL MONDO PSICOSOCIALE DEL BAMBINO

di Giovanni Galli e Anne Devreux

AVSI - Associazione Volontari per il Servizio Internazionale

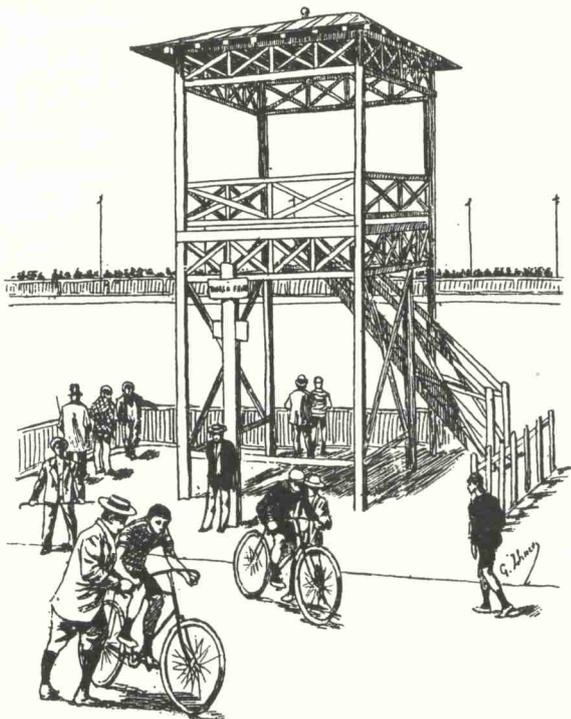
1.1 IL MONDO DEL BAMBINO

Cominciamo con l'analizzare alcuni aspetti del mondo del bambino: il mondo affettivo, la sua naturale spiritualità, le attività quotidiane e la loro innaturale trasformazione in tempo di guerra.

1. RAPPORTO - PERDITA (IL MONDO AFFETTIVO)

In questa dicotomia si vuole descrivere tutta la problematica inerente il mondo affettivo del bambino. Questo mondo, durante la guerra, è infatti caratterizzato dalla perdita della maggior parte dei membri della famiglia. Questa situazione è stata particolarmente forte durante la guerra in Ruanda di cui siamo stati testimoni (cinque, dieci, venti membri di una famiglia sono scomparsi). Anche nella vita normale della famiglia il bambino vive esperienze di perdita, di abbandono, di isolamento. Non è difficile immaginare, quanto e ancor più, con la morte fisica di parecchie persone affettivamente vicine, il bambino viva un sentimento di perdita: egli è solo, il mondo dell'adulto non esiste più (senza più sicurezza e punto di riferimento).

Cosa si può fare davanti ad un simile disastro? Mettersi in rapporto con il bambino, parlare ascoltare, *lasciargli il tempo di esprimersi*, occuparsi di lui, amarlo, condividere il suo dolore. Questo permette al bambino, in pratica, di sostituire in parte le figure parentali che ha perduto durante la guerra, e quindi di ricostruire parzialmente la sua fiducia nell'adulto.



Cosa vuol dire questo per i nostri adulti che agiscono a favore del bambino? Che si tratta più di *impegnarci nel rapporto* che di *dare delle cose*.

Un primo esempio:

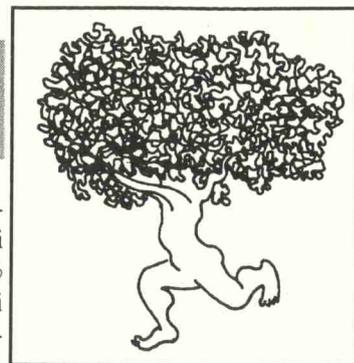
un collega ci raccontava: una donna in Somalia cucinava accanto ad un bambino di 9 anni. Il medico si avvicina per parlare a questo bambino che era in un angolo del recinto in silenzio. La donna gli dice "Non parla, non parla più da sei mesi, è inutile che ti avvicini". Ma il nostro collega insiste dicendo "voglio parlare con lui, perché ho visto che è triste" e chiede al bambino "Che cosa ti è successo?". "Mia madre è morta, l'hanno bruciata, ed io ho pianto, pianto". E poi il bambino gli ha descritto, uno per uno, tutti i membri della sua famiglia, uccisi. "C'è qualcosa di buono nella tua vita adesso?", "Sì", dice il bambino con un leggero sorriso, vivo con uno zio che è molto buono". La donna si meraviglia: "Parla!".

Quella donna non faceva che accentuare l'isolamento del bambino che invece ha dimostrato al nostro collega quanto fosse contento di parlare con lui, e come si fosse arrabbiato con quella donna che non lo capiva minimamente.

2. SPIRITUALITÀ - CAOS

Normalmente nell'infanzia si ha come filosofia che il mondo è buono e che le persone sono gentili: *il bambino può dunque avere fiducia*. E poi all'improvviso, tutto è finito, le cose si guastano, le bombe esplodono, si uccidono le persone, si vede il sangue, gli amici si uccidono fra loro, si uccide nelle chiese e nelle scuole, si uccidono preti e suore, e capi di stato. Il bambino si chiede: cosa succede? Tutto crolla e si sgretola! Cosa succede in un mondo che era buono? Il bambino precipita nel CAOS (si perde tutto, tanto esteriormente che interiormente).

Quando c'è un disastro naturale siamo come storditi e molto toccati; ma c'è molta differenza tra il dramma di una catastrofe naturale ed il dramma che provoca una guerra. Qual è la differenza? La guerra è fatta dall'uomo, da quel mondo di adulti che fino a quel momento ha dato fiducia e sicurezza al bambino. Il bambino allora cerca di capire il perché di una tale azione da parte dell'adulto! E' per questo che è così importante aiutare il bambino a capire quel che succede, per confortare e ricostruire la sua fiducia verso il mondo degli adulti. Nonostante tutto, la religione ed il mondo spirituale del bambino hanno ancora un posto fondamentale. Nella nostra esperienza di ascolto, quando si chiede al bambino come ha superato quei momenti di paura, di angoscia, di visioni di massacri e paura di morire, la maggior parte di essi risponde: "Ho pregato Dio", "Ho detto il Padre Nostro", "Ho chiesto a Dio di aiutarmi" e questo mi ha dato forza. Quello che è altrettanto incredibile (in tutti i casi finora visti nell'orfanotrofio) è che si manifesta ancora un desiderio di fiducia nell'adulto e che non viene espresso un desiderio di vendetta.



3. ATTIVITÀ-PERICOLO (LA VITA QUOTIDIANA)

Gioco, lavoro, scuola, divertimenti, passeggiate.

Le attività abituali del bambino diventano pericolose quando c'è la guerra.

- Il bambino può essere ucciso mentre va a cercare acqua alla sorgente

- è tranquillo a scuola e all'improvviso arrivano degli "interhamwè" (guerrieri)

- gioca a pallone ed il terreno è minato.

Cosa bisogna fare?

Proteggere il bambino, accompagnarlo, spiegare i pericoli che può incontrare, e non appena possibile riaprire le scuole, in modo che il bambino ritrovi un minimo di attività quotidiane che gli ridiano un equilibrio.

UNA PRIMA CONCLUSIONE

Bisogna soprattutto sottolineare com'è importante ricostruire il mondo adulto del bambino, la sua fiducia in lui. La cosa migliore da fare è rivedere da vicino i traumi subiti, fare ordine facendo parlare il bambino. E' sicuro che non si può cancellare il brutto ricordo, ma si può aiutare il bambino a superare lo choc, a vedere ed affrontare i suoi problemi in un modo nuovo. Esempio:

Dusabe, una bambina dell'orfanotrofio, 9 anni, aveva sempre le tendenze ad isolarsi, a non parlare e a rinchiudersi in sé stessa. Quando abbiamo cominciato ad avvicinarla e a parlare, ci ha raccontato di tutta la sua paura e diffidenza verso l'adulto, di aver dovuto denunciare agli "inferhamwè" (guerrieri) la madre nascosta, perché altrimenti le avrebbero uccise entrambe. Dell'uccisione della madre davanti ai suoi occhi.

Dopo che le è stato permesso di parlare, di esprimersi in diverse maniere (scritti, disegni, canti), su tutto quello che aveva vissuto, questa bambina si è trasformata (parla, ride, si diverte). D'altra parte, se non si affronta il problema subito, si vedrà apparire un fenomeno simile a quello che si è verificato in Finlandia. Dopo la seconda guerra mondiale (39), 50 anni più tardi, in occasione dell'anniversario della liberazione, un gruppo di uomini e donne fra i 60 e 70 anni, hanno sentito il bisogno di formare un'associazione di sopravvissuti di guerra che hanno chiamato "I bambini della guerra", "Essi volevano parlare della guerra; non ne avevano mai parlato quando erano piccoli". E' dunque essenziale parlare di quello che si è vissuto, affrontare i traumi subiti, e aiutare il bambino a scoprire nuove prospettive di vita per il suo futuro.

1.2 CARATTERISTICHE DEL TRAUMA E SUE CONSEGUENZE PSICHICHE

Il trauma non è una malattia: è una reazione normale ad un evento verificatosi all'improvviso, che colpisce direttamente e

che minaccia la vita. Uno studio recente sulla guerra di Bosnia dimostra che il 90% dei bambini hanno pensato di stare per morire, e non credono di poter avere la possibilità di crescere, di diventare adulti.

Per comprendere il trauma bisogna sapere quel che succede nel nostro corpo fisico (Corpo) e psichico (Mente). All'improvviso, quando non me lo aspetto, succede un fatto: il mio corpo è mobilitato, i miei sensi sono in allerta: quello che io vedo, tocco, ascolto gusto e sento, (parte fisica) si impregna nella mia memoria, insieme a tensioni emotive angosce, paure e ansietà (parte psichica). Tutto resta nella memoria e tornerà spesso, spontaneamente o a causa di avvenimenti esterni alla mia persona che mi ricordano quello che è successo.

QUATTRO CONSEGUENZE PSICHICHE DEL TRAUMA (MONDO INTERIORE)

1. INTRUSIONE

Intrusione dei ricordi (come immagini, odori, gusti) che ritornano all'improvviso nella memoria e nei pensieri quando meno me lo aspetto perché sto facendo tutt'altro! Questo mi disturba nelle mie attività quotidiane

Esempio:

Un bambino è distratto a scuola e questo gli causa difficoltà nello studio. La maggior parte dei bambini che abbiamo incontrato hanno grande difficoltà a poter restare soli un momento, immediatamente i ricordi si affollano e li disturbano: sono obbligati a trovare un amico con cui parlare o giocare per distrarsi.

2. RICORDO

Un fatto estraneo, nella vita quotidiana, riporta bruscamente alla memoria ricordi dolorosi che tu hai vissuto (musica, suoni, un oggetto, un odore, ecc.).

Esempio:

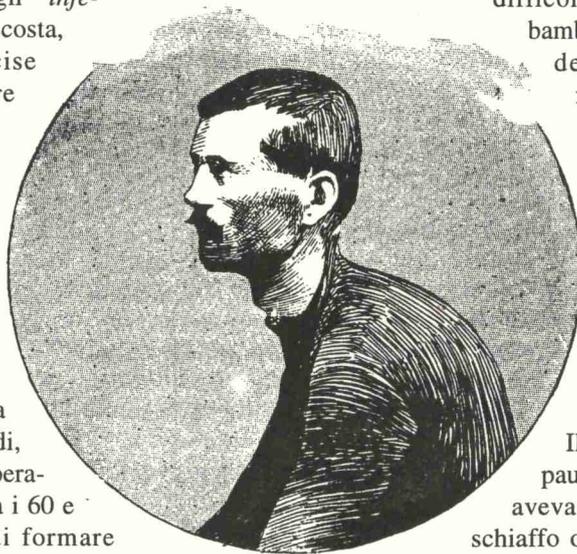
Il bambino quando vede un machete, ha paura. Un altro bambino che ho incontrato aveva paura di ricevere una percossa o uno schiaffo ogni volta che vedeva un adulto alzare un braccio.

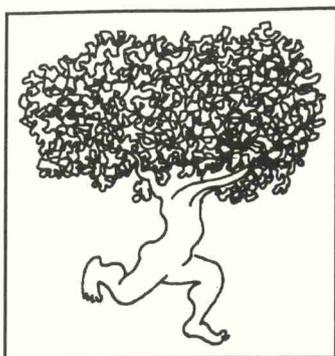
Se nel momento in cui ho provato una forte angoscia o tristezza c'era un temporale, ogni volta che comincia a piovere riprovo angoscia e tristezza.

3. ALLERTA: stato di tensione continua, reattività esagerata agli stimoli esterni.

Esempio:

Se all'improvviso, durante il mio lavoro quotidiano, uno strumento cade e fa un rumore simile a quello di una bomba, la reazione del mio corpo sarà diversa a secondo di quello che ho vissuto durante la guerra: se mi trovavo ad un metro dall'esplo-





sione, il mio stato di tensione e la mia reazione saranno più marcate di quelle di colui che ha vissuto questo fatto a 50 Km di distanza (rumore di: una sedia).

4. SENSAZIONE DI VUOTO INTERIORE

Certi bambini sono stati talmente traumatizzati, che restano come paralizzati, senza reazioni, vuoti interiormente: ti dicono: "Mi sento come morto", oppure manifestano un comportamento apatico, senza reazioni né emozioni o sentimenti.

Dopo l'esplosione della bomba atomica ad Hiroshima. i sopravvissuti hanno scritto un libro "I morti viventi".

PERCHE' QUESTE QUATTRO CARATTERISTICHE SI MANIFESTANO NEL BAMBINO TRAUMATIZZATO?

Di solito, nella vita quotidiana, in tempo di pace, pensieri e sentimenti vanno in parallelo.

Quando vivo un trauma, si verifica una scissione, una frattura una rottura tra i sentimenti e quello che penso dell'avvenimento che sto vivendo; questa frattura fra sentimenti e pensiero continua anche in seguito. Bisogna ristabilire nel trattamento del bambino, un ponte fra pensiero e sentimento.

La maggior parte dei bambini incontrati, quando chiedo: "Perché hai paura del *machete*?", mi dicono: "Non lo so". Il sentimento (paura) che hanno vissuto, resta, ma non è più legato ad un fatto vissuto, quella è la frattura (il fatto viene respinto). Semplicemente, spiegare al bambino che ha paura, perché il *machete* ha ucciso sua madre, ricostruisce il ponte, il legame tra sentimento e pensiero.

Normalmente nella vita abbiamo modo di reagire in modo corretto ai diversi stati d'animo:

- se qualcuno commette un'ingiustizia nei miei confronti, posso manifestare collera, ma ho la possibilità di scegliere una reazione appropriata alla mia collera (inseguire, dare uno schiaffo, spiegarmi, fare un processo, non reagire, ecc.);

- se perdo qualcuno provo tristezza, ma ho modo di superare questa tristezza, (parlando con gli amici, andando ai funerali, pregando, ecc.);

- se ho paura la situazione è analoga a quella descritta a proposito dei due altri sentimenti

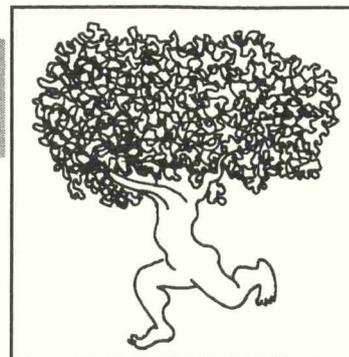
Contrariamente a questa situazione normale, il trauma di guerra non mi permette di reagire in modo adeguato, il trauma blocca le reazioni.

Esempio:

diversi "*Interahamwe*" sono dentro la mia casa, mia madre viene uccisa davanti ai miei occhi: provo tristezza, paura, collera, paralisi, ma non ho il tempo di affrontare tutti questi sentimenti: devo scappare e nascondermi, ma questi sentimenti restano in me senza avere la possibilità di esprimersi, e posso con il tempo ritornare sotto forma di angoscia, paura, tristezza, di reazioni anormali rispetto ai fatti quotidiani.

C'è dunque un grande lavoro da fare con i bambini. Bisogna aiutarli ad esprimersi, il più possibile nei dettagli, affinché tutto ciò non resti in loro come una bomba che, presto o tardi, esploderà.





IL SONNO E LE SUE VARIABILI NEI BAMBINI IN ETÀ PRESCOLARE

G.Rapisardi*, V.Ammannati°, C.Begliomini°, E.Bettucci°, P.Campanile°, R.Cecchi°, E.Marchese°, A.Milanesi°, S.Orzalesi°, M.Pierattelli°, E.Solito°, P.Vessella°.

* Cattedra di Pediatria Preventiva e Sociale, Ospedale A.Meyer, Firenze

° Pediatra di Famiglia, A.C.P. Toscana.

INTRODUZIONE - I problemi del sonno dei bambini (PS) costituiscono una frequente causa di preoccupazione per i genitori e di consultazione del pediatra. Mentre la letteratura anglosassone è ricca di studi sull'argomento, l'epidemiologia delle variabili del sonno e dei suoi problemi di più frequente riscontro nella pratica pediatrica, cioè delle difficoltà di addormentamento (DA) e dei risvegli notturni (RN), è poco conosciuta nella nostra popolazione. Al fine di indagarne la prevalenza ed i fattori ad essi associati, abbiamo intrapreso una ricerca sul campo in bambini di età compresa tra 4 mesi e 6 anni non compiuti.

MATERIALI E METODI - E' stato elaborato un questionario che raccoglie informazioni su:

- genitori (età, istruzione, lavoro, disturbi del sonno, stato civile, abitazione, n° conviventi);
- storia medica del bambino (peso ed età gestazionale alla nascita, tipo ed ora del parto, ordine di genitura, tipo e durata allattamento, difficoltà nello svezzamento e nell'inserimento in comunità infantile);
- abitudini dell'addormentamento e del sonno del bambino (ora di addormentamento e risveglio, sonnellini, opposizione all'idea di andare a letto, luogo e modalità di addormentamento, luogo prevalente dove il bambino dorme durante la notte, tempo di addormentamento, risvegli notturni).

Sono stati considerati bambini con 'risvegli notturni frequenti' (RN) quelli con 3 o più risvegli per notte se di età < 12 mesi, o con 2 o più risvegli per notte se di età ≥ 12 mesi.

Una particolare attenzione è stata posta alle modalità di addormentamento (MA), che costituiscono una modalità di separazione dall'adulto e dalle attività quotidiane; sono state create le 4 categorie seguenti:

- "da solo" (senza l'adulto e senza 'oggetto transizionale') = S
- "con oggetto transizionale" (pupazzo e/o copertina) = OT
- "con contatto fisico indiretto" (presenza di un adulto che non lo tocca) = CFI
- "con contatto fisico diretto" (adulto che lo tocca) = CFD

Nei casi in cui veniva riferita più di una MA, è stata considerata quella che prevedeva il maggiore aiuto da parte dell'adulto.

Viene inoltre chiesto al genitore se secondo lui il bambino aveva difficoltà ad addormentarsi (DA), se aveva un problema del sonno (PS), se lui aveva avuto da piccolo un problema del sonno, se aveva chiesto un aiuto ed a chi, se aveva usato dei farmaci e quali.

Il questionario è anonimo e richiede di rispondere facendo riferimento alle modalità abituali (più frequenti) in cui il bambino dorme, quando non è ammalato, riferendosi all'ultimo mese. In fondo al questionario c'è spazio per poter aggiungere commenti.

Dopo un test su un campione di 30 soggetti, che ha portato alla correzione della formulazione di 5 domande la cui comprensione appariva insoddisfacente, il questionario è stato distribuito dai pediatri convenzionati, in Firenze e provincia, per un periodo di 3 mesi (Apr-Giu '94) a tutti i genitori dei bambini che venivano in ambulatorio per una visita.

I dati sono stati archiviati mediante un programma computerizzato, suddivisi per gruppi di età e sono stati analizzati con la statistica descrittiva ed inferenziale (parametrica e non parametrica, univariata e multivariata) al fine di ricercare associazioni tra problemi del sonno e altre variabili.

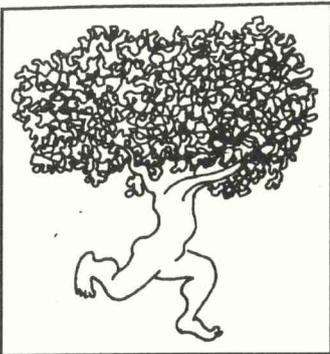
RISULTATI

La popolazione di studio è risultata di 907 bambini, equamente distribuiti tra maschi e femmine. La maggioranza sono nati a termine (84%), da parto spontaneo (72%), sono figli unici (50.5%), sono stati allattati al seno (86%), per un periodo che va da 1 a 36 mesi ed una mediana di 3 mesi, frequentano una comunità infantile (52,4%, con un picco del 97% a 5 anni), hanno genitori con un grado di istruzione medio (circa l'80% hanno terminato le scuole medie inferiori o superiori), vivono in centri urbani (77,9%) alla periferia di Firenze. Il 13,8% dei genitori riferisce di aver avuto da piccolo un disturbo del sonno ed il 10,8% dichiara di soffrirne attualmente. Nel 14,2% dei casi i genitori riferiscono che il loro bambino ha presentato difficoltà nell'inserimento in comunità infantile e nel 15,4% una difficoltà nello svezzamento.

La durata media del sonno nelle 24 ore decresce regolarmente dalle 12,5 ore tra 4 e 11 mesi alle 10,3 ore tra 5 e 6 anni; tale decremento è solo a carico delle ore di sonno diurne, poiché le ore di sonno notturno restano invariate con l'aumentare dell'età (circa 10 ore), così come l'ora media di addormentamento (le 21,45) e quella di risveglio (le 7,45).

Un PS è risultato presente nel 32,2%, una DA nel 17,6% ed un RN nel 18,2% dei bambini (nel 6,2% dei casi la DA è associata a RN), con una distribuzione variabile con l'età. Le maggiori difficoltà a dormire si manifestano tra 12 e 35 mesi. Tra 12 e 23 mesi il 48,1% dei bambini le presenta, con una punta del 54,2% tra i 12 ed i 17 mesi. Mentre nei primi 3 anni di vita i RN sono il PS principale, con un picco ad 1 anno, le DA hanno il picco a 2 anni, ma non presentano variazioni statisticamente significative con l'età. A 3 anni RN e DA si equiparano, a 4 e 5 anni prevalgono i DA.

A quest'ultima età aumenta infatti anche la percentuale di bambini che si oppongono all'idea di andare a letto e quella di coloro che vogliono una luce accesa nella stanza (età di maggiori 'paure') (46% a 5 anni).



ACP ricerca

Il luogo di addormentamento più frequente è in braccio ai genitori nei primi 2 anni di vita (50 e 45% rispettivamente nel primo e secondo anno); tra 24 e 35 mesi si equi-

valgono il 'lettone' dei genitori (35,8%) ed il proprio letto (38%); successivamente diviene il proprio letto (circa il 50% tra 36 e 71 mesi), mentre la percentuale dei bambini che si addormentano nel lettone resta stabile (32-36% tra i 2 ed i 5 anni). La modalità di addormentamento più frequente è quella con un adulto vicino (61,4%), che tocca il bambino ('contatto fisico diretto' o CFD = 36,7%) o meno ('contatto fisico indiretto' o CFI = 24,7%). Il dormire nel lettone abitualmente per la maggior parte della notte è relativamente frequente: 17,2% del totale, con un picco a 2 anni (24,6%). L'evoluzione di tale pratica con l'età del bambino, assieme a quella dell'essere spostato di letto (anch'essa con un picco a 40% tra 2 e 3 anni), presentando un picco alle età in cui viene manifestata la maggiore difficoltà a dormire, indica che essa è prevalentemente usata come risposta ad un PS.

Il 29,8% dei genitori il cui bambino aveva un PS hanno richiesto un aiuto (11,6% di tutta la popolazione), nella stragrande maggioranza dei casi al pediatra (87%). L'uso dei farmaci per affrontare un PS viene riferito nel 15,2% dei casi di genitori di bambini con PS (5,7% del totale), con un picco a 1 e 2 anni (26,1 e 20,4%, rispettivamente). La sostanza di gran lunga più usata è la niaprazina (Nopron). Il farmaco è sempre stato prescritto dal pediatra, eccetto in un caso dove è stato prescritto dal neuropsichiatra infantile.

Le principali correlazioni trovate ($p < .05$) sono le seguenti: l'addormentarsi con un adulto vicino (CFD o CFI) è correlato con RN e DA fino a 3 anni, non a 4 e 5 anni. Rispetto al resto della popolazione i bambini che dormono nel lettone hanno maggiore incidenza di RN, DA, si oppongono maggiormente all'andare a letto ed hanno tempi di addormentamento più lunghi. Coloro che dormono tutta la notte nel lettone (il 9% del

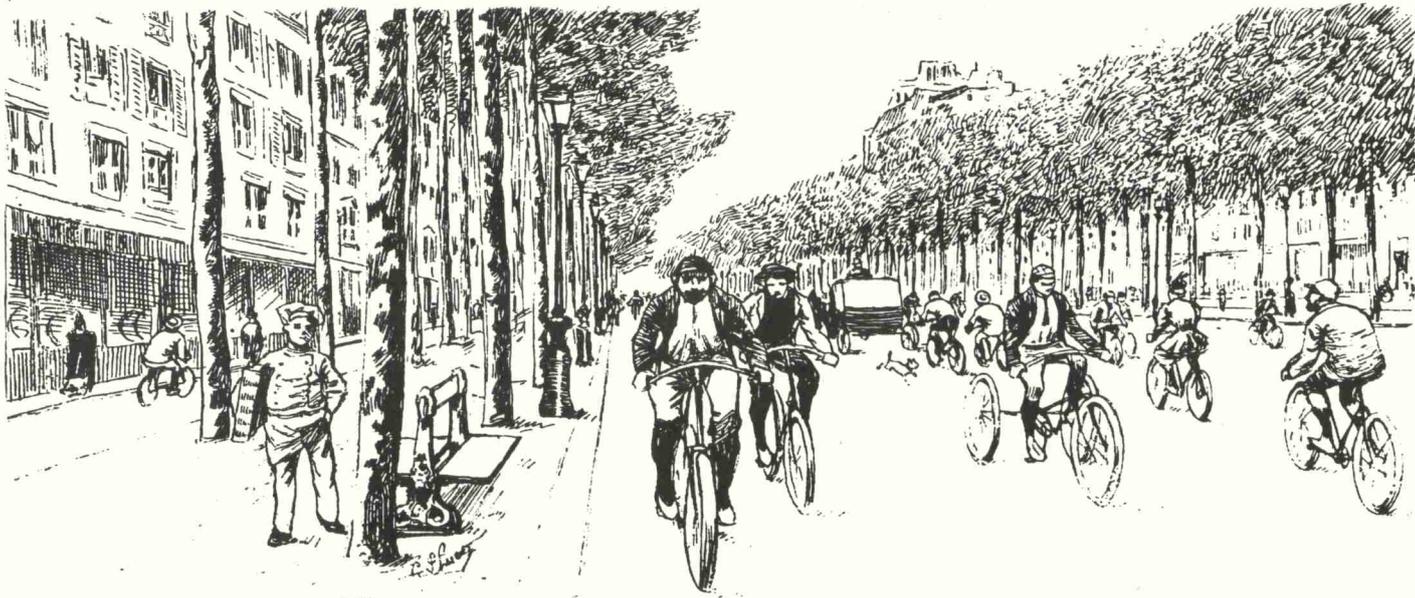
totale, con un picco tra 24 e 60 mesi) hanno invece con maggiore probabilità madri con titolo di studio più elevato, sono più spesso figli unici ed hanno minori RN. I nati da parto operativo (cesareo o vacuum) tendono ad avere con maggior probabilità un PS ($p = .05$).

I bambini che presentano sia DA che RN tendono ad addormentarsi più tardi, hanno una minore durata totale del sonno, hanno più spesso dei genitori che hanno presentato da piccoli dei problemi del sonno. I bambini con solo DA hanno più spesso genitori con titolo di studio più elevato (laureati), con un problema attuale del sonno, si oppongono maggiormente all'andare a letto, hanno più spesso presentato difficoltà nello svezzamento. Quelli con solo RN, se nel primo anno di vita è più probabile che siano ancora allattati al seno, successivamente hanno maggiori probabilità di aver presentato delle difficoltà nell'inserimento al nido.

CONCLUSIONI - Il periodo di maggiore difficoltà nel dormire è quello che va da 12 a 36 mesi. Rispetto ai paesi nord europei ed anglosassoni, da noi è molto più usato aiutare il bambino ad addormentarsi con contatto fisico diretto ed il dormire nel lettone dei genitori. Tale comportamento è correlato con un PS solo da 0 a 3 anni, non a 4 e 5 anni. Un ruolo importante lo ha l'ereditarietà: i genitori di bambini con PS hanno maggiore incidenza di un PS attuale (correlata alla DA del figlio) e di PS da piccoli.

La conoscenza della prevalenza delle principali variabili del sonno e delle sue difficoltà nei bambini in età prescolare è certamente utile al pediatra di famiglia per poter rispondere ai frequenti quesiti dei genitori sull'argomento. Costituisce inoltre un necessario punto di partenza per poter valutare gli effetti di un intervento volto alla loro prevenzione.

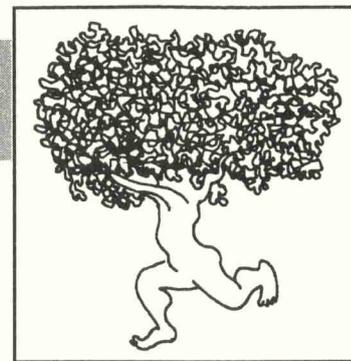
Questa ricerca sarà presentata al Congresso Europeo di Pediatria Ambulatoriale di Zurigo (Nov. 1995).



PEDIATRIA DI BASE E VISITE DOMICILIARI

A BERGAMO E PROVINCIA:

QUALCOSA CAMBIA A DISTANZA DI QUATTRO ANNI ?



L. Venturelli, R. Buzzetti e il gruppo A.R.P., Bergamo

INTRODUZIONE

La visita domiciliare, come è noto, riveste un ruolo particolare nella professione del pediatra di famiglia, enfatizzato anche dalla richiesta dell'utenza, spesso indiscriminata, e dalla frustrazione del pediatra, non sempre in grado di rispondere professionalmente a tale esigenza.

OBIETTIVI

Si è perciò voluto eseguire un confronto sulla frequenza di visite domiciliari in Bergamo e provincia a distanza di quattro anni da un'indagine analoga presentata nell'ottobre del 1990 al Congresso Nazionale della FIMP.(4)

Il tempo trascorso non è poi così lungo, ma si può presumere che siano già intervenute modificazioni significative nella frequenza dei pediatri all'accesso a domicilio del bambino.

MATERIALI E METODI

Analogamente a quanto attuato in passato (1)(4), anche in questa occasione sono stati richiesti a ciascun pediatra della provincia di Bergamo alcuni dati correnti, desunti dai registri cartacei o computerizzati, quali:

-numero medio di assistiti nel 1993

-visite totali eseguite nell'anno 93

-visite domiciliari eseguite nell'anno 93.

Si sono tenute in considerazione le visite effettuate dal pediatra e non da sostituti, si sono cioè esclusi i periodi di ferie, considerando che la variabile più rilevante è stata il rapporto tra visite domiciliari e visite totali.

Hanno partecipato allo studio: 21 pediatri (6 maschi e 15 femmine); lo stesso numero di pediatri aveva collaborato alla ricerca del 1989, anche se 3 pediatri sono nel frattempo cambiati.

Si è tenuto conto della residenza nelle seguenti aree, omogenee per territorio:

Città (Ussl 29, ambito territoriale di Bergamo): 9 pediatri.

Periferia urbana (Ussl 29, ambiti di Ponteranica e Sorisole, di Curno e Mozzo): 2 pediatri.

Zona montana (Ussl 26, ambiti di Alzano e di Albino): 2 pediatri.

Pianura (Ussl 28, 30, 32, 33) : 8 pediatri.

RISULTATI

Bambini assistiti in totale dai 21 pediatri: 15900 (erano 12665 nel 1989, per la presenza di un certo numero di pediatri non massimalisti, o con altro incarico e comunque più giovani come anzianità).

Di seguito si presentano i risultati dell'indagine, comparandoli con quelli emersi nel precedente studio e con altri derivanti da studi analoghi in altre realtà:

fig. 1

Bergamo	Mestre	Firenze	Bologna (zona montana)
89 93 (4)	'93 (3)	'93 (2)	'92 (5)
vis.tot./ass./anno			
4,6 4,1	4,1	4,7	5,3
vis.dom./ass./anno			
0,4 0,3	0,7	1,6	1,8

fig. 2

Bergamo, 1989..... (4)	8,6% (2 - , 26)
Bergamo, 1993..... (4)	7,1% (0,7 - 15,4)
Mestre, 1993..... (3)	19,0%
Firenze, 1993..... (2)	34,6%
Bologna, 1992..... (5)	34,3%

Stratificando in base alla residenza del pediatra, sono stati messi a confronto i dati ottenuti nel 1989 con quelli del 1993, come esposto nella fig. 3:

fig. 3

	1989		1993	
	v.dom/ass	v.dom/tot%	v.dom/ass	v.dom/tot%
città	0,15	4,2	0,10	3,1
periferia urbana..	0,80	15,3	0,46	10,5
zona montana.....	0,18	5,2	0,30	8,7
pianura.....	0,59	9,7	0,36	6,1
totale.....	0,4	8,6	0,3	7,1

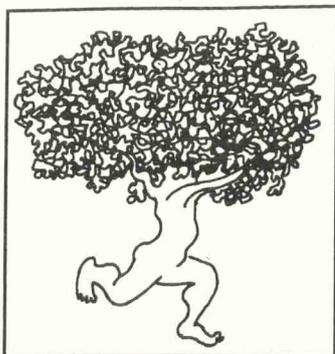


fig. 4

Stima delle visite domiciliari annue rapportate a un pediatra con 800 bambini assistiti

	vis.domicil. 1989	vis.domicil. 1993
città.....	120	80
periferia urbana.....	640	368
zona montana.....	144	240
pianura.....	472	288
totale.....	320	240

DISCUSSIONE

Il confronto tra visite dei pediatri bergamaschi e quelle dei pediatri di altre regioni, per quanto i dati siano poco paragonabili, sia per la diversa numerosità del campione (21 ped. a Bergamo, 7 ped. a Mestre, 3 ped. a Firenze, 1 ped. nell'Appennino bolognese), sia probabilmente per una diversa composizione per età delle popolazioni assistite, pone in evidenza l'omogeneità di prestazioni medie annue, ma anche la frequenza nettamente differente di visite domiciliari (vedi fig.1 e 2):

Per esemplificare, un pediatra con 800 assistiti esegue mediamente 3600 visite totali annue, ma a Bergamo e provincia le visite domiciliari sono 240, a Mestre 560, a Firenze e nell'Appennino bolognese 1200.

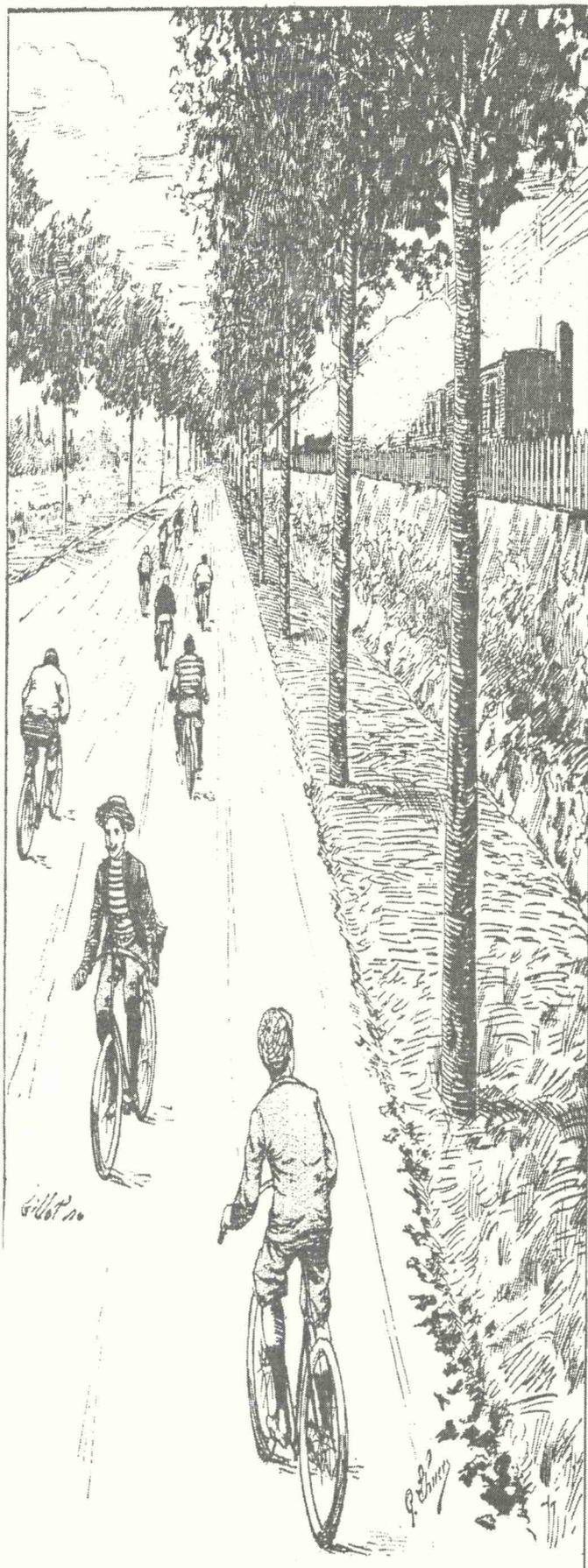
Nel confronto dei dati locali, si evince una differenza notevole tra i pediatri inseriti nelle diverse realtà (vedi fig. 3):

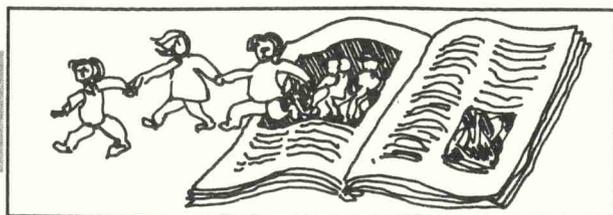
In pianura il pediatra esegue un numero di visite domiciliari pari a più del triplo rispetto alla città.

Dal 1989 al 1993 si è verificata una leggera contrazione del numero di visite globali, a parità di assistiti.

Più evidente è la diminuzione delle visite domiciliari, ridotte globalmente del 37 %, tra città, periferia urbana e pianura ; l'incremento di visite in zona montana è legato al cambio di un pediatra avvenuto in questi 4 anni e alla esiguità del campione: solo due pediatri hanno fornito i loro dati (vedi fig.4).

Una valutazione comparativa tra le frequenze di visite domiciliari nel 1993 rispetto al 1989 evidenzia una maggior omogeneità di comportamento tra i pediatri all'interno delle aree territoriali.





UNA DELIBERA ISTITUTIVA DEL DMI IN LAZIO

Ci siamo occupati più volte del Dipartimento Materno Infantile. Riteniamo che il collegamento attraverso questo delle varie funzioni che attendono all'assistenza del bambino dalla pre-nascita fino all'adolescenza sia il solo modo per sfuggire alle mille sovrapposizioni, duplicazioni, ripetizioni assistenziali. Il DMI è, fra l'altro, il solo modo e il miglior modo di FARE MEGLIO CON MENO. Pubblichiamo qui di seguito la delibera istitutiva del Dipartimento che verrà presa fra breve in una importante Azienda USL della Regione Lazio.

Premessa

Preso atto della:

- Delibera di Giunta Regionale n. 12488 del 21/12/1992 (PRG. a-b-c);
- L. R. n. 84 del 03/06/1985 (art. 1);
- L. R. n. 55 del 20/09/1993 (art. 8, punti 1 e 2)

Tenuto conto:

delle deliberazioni del Consiglio Regionale del 13 luglio 1994, n. 1017 che stabilisce che al Servizio Materno Infantile e dell'Età Evolutiva e per la Procreazione cosciente e responsabile (S.M.I.) vengono assegnate le seguenti funzioni:

- a) prevenzione;
- b) terapeutiche, psicologiche, sociali e riabilitative;
- c) integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali pubblici e privati;
- d) gestione ed organizzazione delle seguenti attività:
 1. Ostetrico-ginecologiche;
 2. Pediatriche;

3. Neuropsichiatriche infantili;
4. Riabilitative;
5. Psicopedagogiche;
6. di Educazione Sanitaria;
7. di Medicina Scolastica;
8. di Epidemiologia;

e che, per ottenere questi scopi il Servizio Materno Infantile deve avvalersi, oltre che delle proprie strutture, anche:

- a) dei Servizi ospedalieri ambulatoriali e di Day Hospital Pediatrici, Neuropsichiatrici infantili e Ostetrico Ginecologici;
- b) delle Divisioni di Ostetricia e Ginecologia in relazione alle funzioni di tutela della gravidanza e assistenza al parto e alla nascita; c) della Divisione di pediatria per l'individuazione e il controllo dei nati a rischio, la diagnostica precoce degli handicap, la diagnostica e prevenzione genetica, la sorveglianza degli handicap e delle malattie croniche; d) delle altre Strutture ospedaliere per specifiche attività di prevenzione e di aggiornamento; e) della pediatria convenzionata di libera scelta.

Visto

il DPR del 01/03/1994 che al punto 5A "Tutela Materno Infantile" cita espressamente "Istituzione e/o attivazione del Dipartimento Materno Infantile, per l'integrazione degli aspetti sociali e sanitari e il coordinamento delle attività proprie di ciascuna delle sue componenti".

Verificato

che nella AUSL Viterbo sono adeguatamente rappresentate tutte le componenti necessarie per l'attivazione del suddetto Dipartimento e cioè: il Servizio Materno Infantile, i Reparti ospedalieri di Pediatria e Ostetricia-Ginecologia e i Pediatri di libera scelta (collocati nel Servizio di Medicina di Base per quanto concerne la competenza amministrativa).

Verificato

che dalla istituzionalizzazione della collaborazione tra i suddetti Servizi può nascere un ulteriore miglioramento della salute Materno Infantile nel territorio della nostra AUSL, viene istituito il DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE (DMI).

Strutture del Dipartimento

1) STRUTTURE DEL SERVIZIO MATERNO INFANTILE, suddivise nelle tre aree di intervento concernenti:

- . la procreazione e la tutela della maternità;
- . la Medicina Preventiva per l'Età Evolutiva;
- . la Tutela della Salute Mentale e della Riabilitazione in Età Evolutiva.

2) REPARTI OSPEDALIERI DI PEDIATRIA, OSTETRICIA, GINECOLOGIA.

3) PEDIATRI DI LIBERA SCELTA OPERANTI NELLA PEDIATRIA CONVENZIONATA.

4) GLI AMBULATORI E I DAY HOSPITAL DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

5) GLI AMBULATORI E IL DAY HOSPITAL DI PEDIATRIA.

6) GLI AMBULATORI E IL DAY HOSPITAL DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE.

Personale del Dipartimento

Fanno parte del DMI:

- 1) il Personale dipendente e convenzionato appartenente al S.M.I.;
- 2) il Personale delle Divisioni di Pediatria e di Ostetricia-Ginecologia;
- 3) i pediatri della Pediatria convenzionata di libera scelta;

Il Personale che fa parte del DMI mantiene la dipendenza generale, le mansioni e le relative posizioni funzionali nell'ambito delle rispettive Strutture, Servizi e Reparti di appartenenza.

Organi del Dipartimento

- 1) l'Assemblea;
- 2) il Consiglio di Dipartimento;
- 3) il Direttore del Dipartimento;
- 4) il Vicedirettore del Dipartimento.

1° l'Assemblea è composta da tutti gli operatori del settore interessati; ha il compito di offrire elementi di valutazione del lavoro svolto e di fissare gli obiettivi e i programmi per il futuro. Si riunisce una



volta all'anno.

2° il Consiglio di Dipartimento è formato da:

- . il Dirigente del Servizio Materno Infantile;
- . i tre Responsabili di Area del SMI;
- . il Primario della Divisione Pediatrica;
- . il Primario della Divisione di Ostetricia-Ginecologia;
- . un rappresentante della Direzione Sanitaria;
- . due rappresentanti dei pediatri convenzionati di libera scelta, indicati dalla categoria;

sono nominati dal Direttore Generale dell'Azienda USL VT e scelti tra i membri del Dipartimento stesso aventi le caratteristiche di Dirigenti di II livello, sentito il parere del Consiglio dei Sanitari. Il Direttore di Dipartimento, sentito il Consiglio di Dipartimento, adotta le decisioni programmatiche e impartisce le relative disposizioni. In caso di assenza o impedimento, il Direttore di Dipartimento viene sostituito in tutte le sue funzioni dal Vice Direttore.

Le riunioni del Consiglio di Dipartimento sono convocate e presiedute dal Direttore di Dipartimento o dal Vice Direttore; le

porti al raggiungimento di obiettivi comuni, evitando sovrapposizioni, duplicazioni e spreco di risorse umane e materiali, pur nel rispetto dell'autonomia operativa delle singole Unità funzionali coinvolte "riconducendo a unità tutte le Strutture, Servizi e attività che operavano prima in maniera frammentaria e settoriale" (GR n. 1244 del 24/03/1980-p.7).

A tale scopo, vanno particolarmente curate:

- 1) le connessioni funzionali fra le varie componenti del Dipartimento, con specifica attenzione all'ampliamento e al

LA GALLERIA DI FRANCO CORDELLI



Al congresso ACP del Lazio, Biasini ha parlato del Dipartimento, Scalamandrè di perdite di coscienza e di A.L.T.E., Orzalesi e Rizzoni di fare meglio con meno

. un rappresentante degli Psicologi operanti nel Servizio;

. un rappresentante dei medici convenzionati di libera scelta indicato dalla categoria.

Il Consiglio nomina un Segretario scegliendolo al di fuori dei propri componenti.

Il compito del Consiglio è di mettere in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati e può, allo scopo, affidare incarichi operativi motivati anche al di fuori del proprio ambito. Si riunisce almeno una volta ogni due mesi.

3° il Direttore e il Vicedirettore del DMI

riunioni sono convocate con apposito ordine del giorno che deve essere recapitato ai membri del Consiglio e al Direttore Sanitario.

Il Direttore Sanitario può partecipare alle riunioni del Consiglio di Dipartimento.

La convocazione del Consiglio di Dipartimento è obbligatoria quando, al di là delle scadenze abituali, si presentino situazioni di particolare rilevanza.

Funzioni del Dipartimento

Scopo principale del Dipartimento Materno Infantile è quello di ottenere un coordinamento reale dei Servizi già attivi, che

potenziamento della rete informatica;

2) i programmi e le attività di aggiornamento professionale, volti sia al miglioramento continuativo in campo professionale sia all'apprendimento di tecniche gestionali e valutative;

3) i programmi e le attività di Educazione Sanitaria rivolti alle Scuole e alla popolazione;

4) l'unificazione di metodologie operative, soprattutto nell'ambito della prevenzione;

5) l'utilizzazione comune e razionale



delle risorse umane ed economiche con la corretta identificazione delle Strutture da potenziare e utilizzare e di quelle da riconvertire e/o dismettere;

6) l'individuazione, l'incentivazione e l'attivazione di programmi specifici multidisciplinari, prevalentemente di tipo preventivo;

7) la riduzione della ospedalizzazione della madre, del neonato e del bambino "a rischio", il miglioramento dei rapporti fra la Struttura e le famiglie mediante l'incentivazione delle "dimissioni protette" e delle cure domiciliari (Home Care) con la partecipazione di pediatri convenzionati di libera scelta e dei medici convenzionati di libera scelta;

8) l'interconnessione, basata su programmi comuni, con altri Dipartimenti e Servizi della USL e, in particolare:

a- con il Dipartimento di Diagnostica Cito-Istologica, per quel che riguarda la prevenzione genetica e la prevenzione dei tumori genitali femminili;

b- con il Dipartimento di Diagnostica per immagini, per quel che riguarda la prevenzione dei tumori del seno;

c- con il Dipartimento di Salute Mentale, per quel che riguarda la prevenzione del disagio post-adolescenziale e la prosecuzione del recupero delle turbe neuropsicologiche e psichiatriche a inizio infantile;

d- con il Servizio di Assistenza Sanitaria extraospedaliera per la prosecuzione degli interventi di assistenza e recupero dei portatori di handicap dopo l'adolescenza e la prevenzione delle tossicodipendenze.

9) la valutazione e revisione di qualità (V.R.Q.) delle attività di tutto il Settore secondo i prescritti requisiti di efficacia, efficienza, economicità e soddisfazione degli utenti.

A tale scopo, è ipotizzabile l'istituzione di un apposito "Nucleo di Indirizzo e Verifica" che affianchi il Consiglio di Direzione e che sia coordinato dal Direttore di Dipartimento e composto da nove (9) membri designati dal Consiglio stesso:

- tre Responsabili delle tre aree del Servizio Materno Infantile; uno Psicologo; un Sociologo; un Assistente Sociale; un Dirigente di Assistenza Infermieristica; un Operatore Professionale Coordinatore del personale di riabilitazione; un pediatra convenzionato di libera scelta.

Collegamenti esterni del Dipartimento

Il DMI *deve* anche stabilire collegamenti, temporanei e permanenti, con le Università più vicine, con Ospedali Policlinici specializzati, con Strutture e Istituzioni, pubbliche e private, altamente qualificate negli ambiti tecnici, scientifici e sociali, di interesse precipuo del Servizio Materno Infantile.

Ciò consentirà:

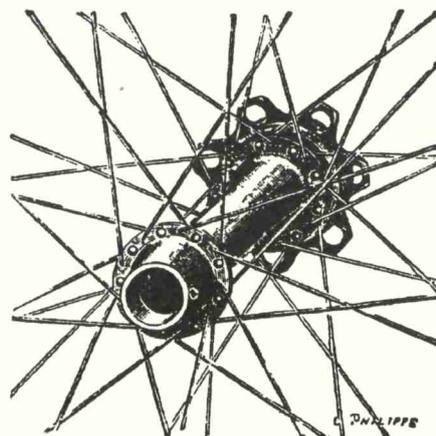
a) un più accurato e moderno aggiornamento degli Operatori;

b) l'interazione con le scuole di specializzazione, offrendo da un lato ospitalità e didattica agli specializzandi e dall'altro favorendo la partecipazione alle scuole stesse dei giovani operatori del DMI;

c) l'organizzazione, la valutazione e l'attuazione di programmi comuni di ricerca e di prevenzione;

d) i periodici confronti con altre analoghe realtà operative regionali, nazionali e internazionali.

Nell'ambito del territorio provinciale nel quale agisce, il DMI terrà stabili e continue connessioni con i Servizi Sociali degli Enti Locali per la effettuazione di programmi comuni e per l'interscambio di informazioni e verifiche.



ANCORA SUL MERCATO DEI LATTI

Ci siamo occupati, sui numeri 2 e 3 di "Quaderni ACP", delle vendite e del consumo dei lattini artificiali. Continuiamo, in questo numero, a dare informazioni sul mercato dei lattini. Riteniamo, infatti, che i pediatri, ordinatori di questo tipo di spesa, non possano ignorare le caratteristiche del mercato che essi contribuiscono, per la massima parte, a influenzare. Nel 1994 è dunque continuata la diminuzione dei consumi di latte artificiale. Dalla didascalia della tabella è possibile ottenere i dati comparativi.

La diminuzione è dovuta specialmente alla contrazione della natalità: il tasso di natalità in Italia ha, infatti, raggiunto quota 9,6 e il numero medio di bambini per coppia è di 1,23 contro una media superiore europea di 1,48.

La tabella esprime chiaramente l'andamento del mercato. Se, al di là delle marche, si valutano le vendite dei "gruppi" si scopre che Nestlé ha il 30% circa dei lattini starting e il 24,5% di quelli di proseguimento, mentre l'altro grande gruppo, l'Heinz, ha il 22% del mercato starting e il 26 di quello di proseguimento.

La metà delle vendite appartiene a questi colossi. Le altre marche si dividono la rimanente metà.

Consumo di lattini artificiali nel 1994

Ditta	Lattini di partenza*	Lattini di seguito*
Nestlé***	21,1 (-11)	18,5 (-3)
Milupa	16,6 (-16)	17 (-7)
Humana	12,9 (-11)	14,6 (-16)
Plasmon***	11,6 (+6)	16,4 (-6)
Dieterba***	10,4 (-7)	9,7 (-1)
Mellin	9,8 (-8)	9,9 (-6)
Guigoz***	7,8 (-15)	6,0 (-12)
Abbot	3,4 (+3)	3,4 (+3)
Nutricia**	2,3 (+152)	2,4 (+26)
Gallia	1,7 (-7)	1,1 (-13)

* Percentuali di vendita sul mercato e progressi e regressi rispetto al 1993. Occorre tenere conto che la diminuzione globale di vendita nel 1994 rispetto al 1993 è stata dell'8% per i lattini di partenza e del 6% per quelli di seguito. Nell'anno precedente, la diminuzione era stata complessivamente del 12%.

** Nutricia ha cominciato a operare nel 1992

*** Dieterba e Plasmon fanno parte del gruppo Heinz - Guigoz, rientra nel gruppo Nestlé

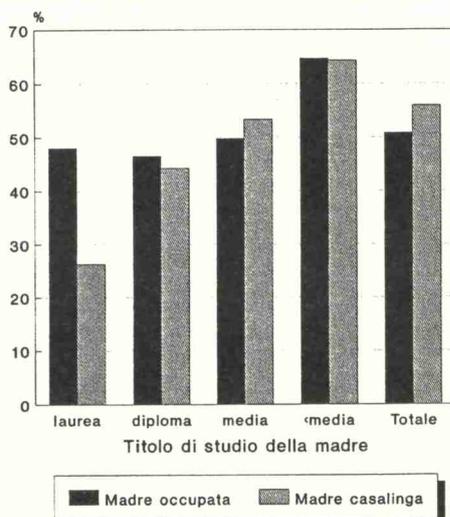
IL MONDO DEI BAMBINI

La pubblicazione del volume sul mondo dei bambini dell'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT è venuta a colmare una lacuna nelle statistiche ufficiali (1). In queste, infatti, i bambini sono di solito considerati non come parte integrante della società, ma come 'appendici degli adulti' e di volta in volta appaiono come classi d'età, come minori, come figli, come studenti o scolari. Nell'indagine multiscopo sulle famiglie, invece, essi sono, per la prima volta, l'oggetto diretto della rilevazione.

L'indagine è stata effettuata fra dicembre 1988 e maggio 1989 sui bambini di età inferiore a 14 anni residenti in Italia e stabilmente viventi nei 25.000 nuclei familiari selezionati mediante un complesso disegno di campionamento pluristratificato a due stadi. I dati sono stati raccolti tramite questionario con intervista diretta sulle seguenti aree tematiche: la famiglia, l'affidamento in assenza dei genitori, il gioco, le letture e la televisione, la scuola, le attività extrascolastiche, l'attenzione alla salute, il contributo dei bambini ai lavori in casa e l'aiuto agli adulti. L'ISTAT intende realizzare, tramite le indagini multiscopo, un nuovo progetto informativo, che dovrebbe concretizzarsi in una indagine annuale su temi sociali, con numerosi quesiti sulla salute, gli stili di vita e il ricorso ai servizi sanitari.

Ho ritenuto utile presentare in questo numero dei Quaderni

Fig. 1. Bambini o ragazzi < 14 anni che non fanno visite mediche di controllo



alcuni dati del volume "Il Mondo dei Bambini". Si tratta indubbiamente solo di esempi (il volume conta oltre 270 pagine), che possono tuttavia dare un'idea dell'interesse che una tale pubblicazione riveste per i pediatri e per tutti gli operatori dell'infanzia.

Controlli di salute in assenza di malattia

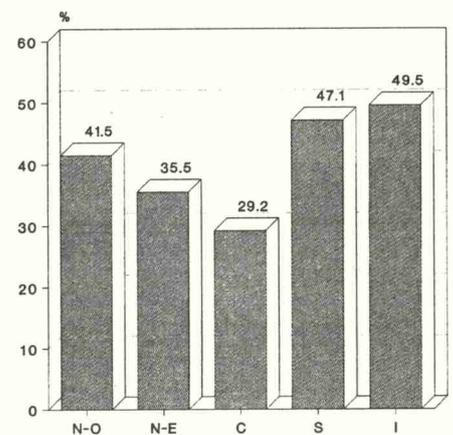
La Fig. 1 presenta le percentuali di bambini che non fanno abitualmente visite mediche di controllo (vanno cioè dal medico solo quando è necessario) per condizione professionale e titolo di studio della madre (indicatore, questo, della classe sociale). Quanto maggiore è la scolarità materna tanto maggiore è la

probabilità di controlli medici. E' degna di rilievo la differenza esistente fra madri laureate che non svolgono un lavoro extradomestico (26.3%) e quelle che lavorano (48%); una simile differenza non si riscontra in nessuna delle altre classi di scolarità. La classe sociale di appartenenza condiziona, dunque, il comportamento nei confronti dei bambini quando le madri sono casalinghe, anche se non è

possibile, con i dati a disposizione, capire esattamente come. Si può ipotizzare, ad esempio, che le laureate che non lavorano abbiano più tempo a disposizione per portare dal medico i figli, soprattutto quando i lavori domestici sono svolti, per intero o in parte, da qualcun altro.

La Fig. 2 illustra la frequenza di assenza di visite routinarie di controllo per i bambini più piccoli di 6 anni per area geografica. Compare in questo caso il solito divario fra le regioni del centro nord e quelle meridionali e insulari; solito ma sempre drammaticamente vero ed espressione di una realtà che, mi sia consentito, per quanto probabilmente strutturale allo sviluppo, continuo a ritenere inaccettabile. Indipendentemente dal fatto che le visite di controllo nei primi 6 anni di vita servano o meno a qualcosa, probabilmente possono però essere considerate un indicatore dell'attenzione alla salute dei bambini.

Fig. 2. Assenza di visite di controllo per area geografica. Bambini < 6 anni

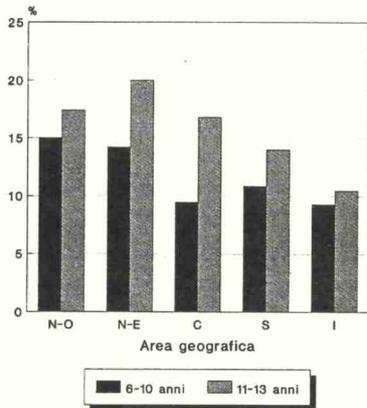


N-O: Piemonte, Val d'Aosta, Lombardia e Liguria.
N-E: Trentino - Alto Adige, Veneto, Friuli - Venezia Giulia, Emilia - Romagna.
C: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.
S: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.
I: Sicilia, Sardegna.

Uso di occhiali e apparecchi per i denti

La Fig. 3 illustra le percentuali di bambini d'età superiore a 5

Fig. 3. *Uso di occhiali o lenti a contatto nell'anno precedente. Bambini > 5 anni e ragazzi < 14 anni*



anni che fanno uso di occhiali o lenti a contatto per classe d'età e area geografica. Le frequenze sono più elevate per i bambini di 11-13 anni. Il trend nord-sud è evidente anche in questo caso: i bambini più 'occhialuti' sono quelli delle regioni nord-orientali, quelli meno 'occhialuti' si trovano nelle isole. Stessi risultati, ma con un divario ancora più accentuato fra Nord e Sud, si riscontrano per l'uso di apparecchi correttivi per i denti. Si potrebbe concludere, con un po' di ironia, che i bambini del Sud hanno meno bisogno di occhiali e di apparecchi per i denti perché vedono meglio e hanno denti più sani di quelli del Nord. Le interpretazioni serie, anche di tipo economico, le lascio a chi legge.

Malattie croniche e invalidità

Globalmente lo 0.9% dei bambini risulta portatore di una malattia cronica o di invalidità che riducono in modo saltuario (0.4%) o continuo (0.5%) l'autonomia personale (Fig. 4). Le percentuali sono più basse per i bambini d'età inferiore a 6 anni ed aumentano successivamente. I problemi che riducono in modo saltuario l'autonomia personale si rendono più evidenti, o forse solo più difficilmente affrontabili, con l'inizio dell'età scolare. In valori assoluti, i bambini che nel 1989 avevano una riduzione saltuaria dell'autonomia personale erano complessivamente circa 42000, quelli che avevano una riduzione continua dell'autonomia circa 48000, per un totale di 90000.

La televisione

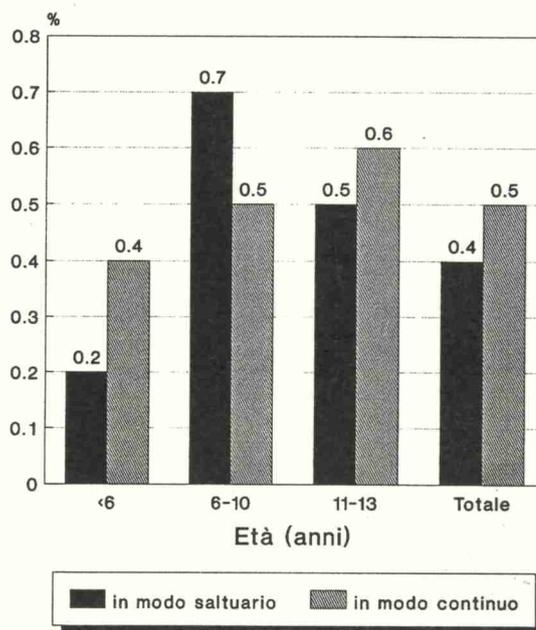
Quasi il 15% dei bambini di 11-13 anni e il 13% di quelli di 6-10 anni passa 3 ore o più al giorno a guardare la televisione (Fig. 5). I bambini del sud e delle isole guardano più televisione di quelli del nord e del centro. L'andamento per area geografica delle percentuali di bambini che passano meno di un'ora al giorno alla televisione o non la vedono affatto è speculare rispetto a quello della Fig. 5: per i bambini di 11-13 anni si va dal 17% delle regioni nord-orientali a meno del 5% per quelle insulari. Anche in questo caso si potrebbe fare dell'iro-

nia e sostenere che i genitori meridionali sono consapevoli del valore educativo ed istruttivo della televisione e sono ben felici che i loro figli facciano delle 'scorpacciate intellettuali', se la situazione non fosse, a mio parere, talmente drammatica da smorzare ogni voglia di sorridere.

Conclusioni

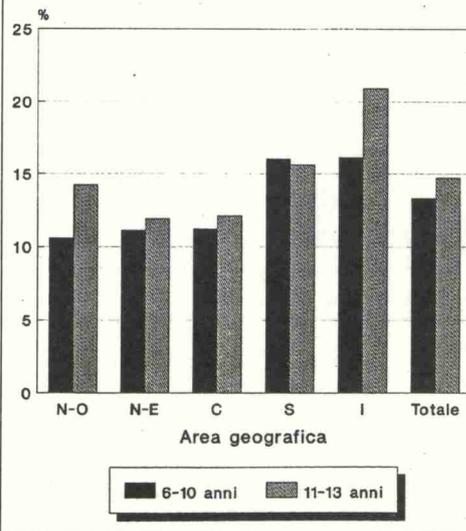
Il mio compito in questa rubrica è solo quello di presentare dei dati e di commentarli brevemente. Mi sia però consentita una notazione conclusiva. La situazione dell'infanzia in Italia è caratterizzata da profonde differenze di mortalità, di ricorso ai

Fig. 4. *Malattia cronica o invalidità che riducono l'autonomia personale.*



servizi sanitari, di fruizione della propria vita e del tempo libero, di comportamenti nella sfera familiare, probabilmente di salute e di tante altre cose su cui sorvolo. Quali sono i fattori associati a queste differenze? Sempre gli stessi: la classe sociale e l'area geografica di residenza. Non vorrei che ci abituiamo a questa situazione al punto da considerarla normale e

Fig. 5. *Percentuale di bambini che passano 3 o più ore al giorno alla televisione (6-13 anni)*





7th scientific meeting of the European Society for Research in Ambulatory Pediatrics (SERPA)

4 - 5 novembre 1995

Zurigo, Universitatsspital,
Grosser
Horsaal Nordtrakt I

PROGRAMMA

La crescita

R. Largo (Zurigo), U.Eiholzer (Zurigo),
J.M.Gairi(Barcellona), M. Sempé
(Lione), A.Tenore (Udine)

I disturbi del sonno

A.Kahn (Bruxelles), M.J.Challamel
(Lione), E.Estivill (Barcellona),
O.Fernandez-Zotes (Vizcaya),
E.Gorostiza (Vizcaya), G.Rapisardi
(Firenze)

Insegnamento della pediatria ambulatoriale nella scuola di specializzazione

M.Katz (Israele), M.Gangemi (Verona),
S.Del Torso (Padova), U.Lips (Zurigo)

Comunicazioni libere

Informazioni

Dr. Udo Dohmann, Seestrasse 131,
CH-8780 Mannedorf, Tel. 00411 920 45
55, FAX 00411 921 14 28

Traduzione simultanea dal
tedesco, italiano, spagnolo
in inglese e francese

ELENCO REFERENTI GRUPPI LOCALI ACP

1. Gruppo di Bergamo: Leo Venturelli -
via Pacinotti 36 - 24100 Bergamo
2. Gruppo Emiliano (Acpe): Giuseppe
Boschi - via Grandi 5/33 - 42020
Albinea (RE)
3. Gruppo Giuliano: Mario Canciani -
via Solferino 5/a - 34067 Ronchi dei
Legionari (GO)
4. Gruppo di Padova (Apref): Roberto
Bussi - via Ghiberti 16 - 35100
Padova
5. ACP Palermo: Salvo Fedele - via
Galilei 99 - 90145 Palermo
6. ACP "Trinacria": Biagio Amoroso -
via Puccini 52 - 90145 Palermo
7. Gruppo Toscano: Monica Pierattelli -
via Corcos 12 - 50100 Firenze
8. ACP Sezione Sarda: Franco Dessì -
via Montiferru 6 - 09070 Narbolia
(OR)
9. ACP Umbria: Carla Berardi - via XX
Settembre 74 - 06100 Perugia
10. Gruppo di Verona (Apcp): Michele
Gangemi - via Carlo Ederle 36 -
37126 Verona
11. Gruppo di Cesena: Arturo Alberti -
via Mura F. Comandini - 47023
Cesena (FO)
12. ACP dello Stretto: Sergio Continibali
- viale Italia, Complesso Mita 16 -
98100 Messina
13. Associazione Pediatri per la Ricerca e
la Cultura (Apric): Guido Brusoni -
via Botti 56 - 19100 La Spezia
14. Mondo Pediatrico: Giuseppe Gullotta
- via Casale dei Greci P.A. - 95031
- Adrano (CT)
15. ACP Campania: Lorenzo Mottola -
81038 Trentola Ducenta (CE)
16. ACP Siracusa: Carlo Gilistro - via
Teracati 16 - 96100 Siracusa
17. ACP Basilicata: Nicola D'Andrea -
70020 Cassano delle Murge (BA)
18. ACP Amici della Fonte: Giovanni
Cerimoniale - via Guglielmo Marconi
19 - 04028 Scauri (LT)
19. ACP Marche: Franca Di Girolamo -
via Sabotino 68 - 63039 San
Benedetto del Tronto (AP)
20. Associazione Culturale Pediatrica "M.
Coltellessa": Alessandra Magnelli -
via D'Aragona - 66100 Chieti
21. Gruppo Pediatri Ragusa: Rolando
Genovese - 97100 Ragusa
22. ACP Chieti: Luigi Marchione - 66038
San Vito Chietino (CH)
23. ACP Milano: Mario Narducci - via
Puccini 25 - 20040 Covegnano
Brianza (MI)
24. ACP Sondrio: Gilberto Bonora - c/o
Ospedale Civile via Stelvio - 23100
Sondrio
25. Pe. Ter: Maria Merlo - via Madama
Cristina 99 - 10126
26. ACP Empedocle: Vincenzo
Montalbano - Casella Postale 127 -
92019 Sciacca (AG)
27. ACP Lazio: Enrico Buccisano - via di
Villa Grazioli 3 - 00198 Roma
28. Arp: Riccardo Salvadori: 36030
Rottorgole di Caldogeno (VI)
29. Gruppo di Ponza: Mirella Finco - via
Campomarzio 28 - 36061 Bassano del
Grappa (VI)
30. ACP Bresciac/o Giovanni Calculi
viale stazione 12 27122



IMPORTANTE RICHIESTA AI RESPONSABILI DEI GRUPPI LOCALI

*In occasione del congresso nazionale
ACP verranno -come ogni anno
pubblicati, in volumetto, i resoconti delle
attività dei gruppi locali.
I responsabili dei gruppi sono pertanto
invitati ad inviare il resoconto delle loro
attività ENTRO IL MESE DI AGOSTO a:*

Giancarlo Biasini
divisione pediatrica ospedale
"Bufalini".47023 .CESENA.



Associazione Culturale Pediatri

2° CORSO DI FORMAZIONE A METODICHE VALUTATIVE PER PEDIATRI OSPEDALIERI

Cesena 5,6,7 ottobre 1995.
sala convegni Ospedale "Bufalini"

obiettivo:

ABITUARE I CLINICI ALLA
VALUTAZIONE DELL'ATTIVITA'.
STABILIRE UN COMUNE SISTEMA
DI COMUNICAZIONE CON LA
DIREZIONE STRATEGICA.

PROGRAMMA

1° modulo. Criteri di finanziamento delle
divisioni ospedaliere (dr. F. Rossi Milano)
2° modulo. Metodi quantitativi di
valutazione dell'attività ospedaliera con
particolare riguardo ai DRG.

(dr. T. Carradori Cesena).

Le metodologie della codifica

(dr. S. Serrao. Pesaro)

3° modulo. Valutazione di qualità delle
cure. (Dr. U. Montaguti, Dr. ssa
D. Celin Cesena).

4° modulo. L'audit Interno (prof. Franco
Panizon Trieste, dr. F. Marchetti Chieti)

Segreteria organizzativa:

F. Lanzoni Cesena (tel.0547 352135)

Segreteria scientifica:

dr. R. Buzzetti Bergamo, dr. G. Cerasoli
Cesena.

Tassa di partecipazione: £ 150.000, da
versare solo dopo la accettazione della
domanda di iscrizione con modalità che
saranno comunicate.

Domanda di iscrizione da spedire a
Franco Lanzoni. U.O. Materno infantile
A. Usl Cesena Viale Ghirotti 286.
47023 Cesena

Cognome.....

Nome.....

anno di nascita.....

indirizzo.....

cittàCAP.....prov.....

Tel/ab.....H.....

fax.....

Ospedale di.....

Primario Aiuto Assistente

Iscritto alla ACP: si no

I colleghi che hanno già inviato

l'iscrizione al precedente corso sono
pregati di non ripeterla.

Si terrà conto della precedente richiesta.

L'accettazione della domanda verrà
comunicata almeno 20 gg. prima
dell'inizio del corso



CENSIMENTO GRUPPI LOCALI A.C.P.

I responsabili dei gruppi locali sono invitati a compilare la scheda sottoriportata, fotocopiarla e spedirla a GIANCARLO BIASINI, divisione pediatrica ospedale "Bufalini" 47023 CESENA

Denominazione del gruppo Regione provincia./e

segretario o presidente (1)

Cognome.....nome.....anno di nascita.....

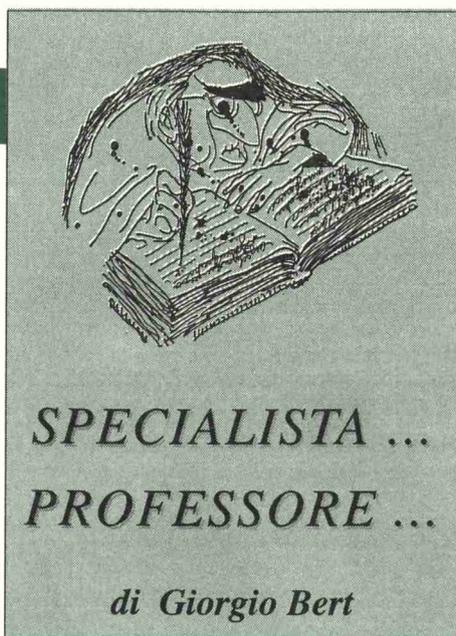
indirizzo.....n.....CAP.....Città.....

tel...../.....fax...../.....

(1) si intende colui cui deve essere indirizzata la corrispondenza

Questo articolo è comparso sul numero di Febbraio 1995 di *Linea d'Ombra*; Un articolo, un racconto, un pezzo di letteratura, una fotografia realistica che desta più di un sorriso amaro soprattutto in chi conosce Giorgio Bert, attraverso i suoi scritti e il suo costante impegno per la Sanità pubblica; un impegno che lo ha portato a lasciare L'Università in polemica con quel mondo in cui la didattica e l'assistenza erano divenuti sempre più ostili ai suoi naturali committenti: gli utenti e gli studenti. Giorgio Bert aveva scelto di operare nel Servizio Sanitario Nazionale lavorando come cardiologo convenzionato senza rinunciare alla sua "naturale" vocazione didattica, contribuendo alla diffusione della cultura della valutazione e del counselling. Adesso, coi tempi che corrono, ci regala tre pagine amare, quasi un epitaffio del S.S.N., pagine che ci impongono di insistere su quanto ci ha insegnato insieme al suo indimenticabile Maestro, Giulio Maccacaro - come si diceva una volta: con l'ottimismo della volontà e il pessimismo della ragione - (S.F.)

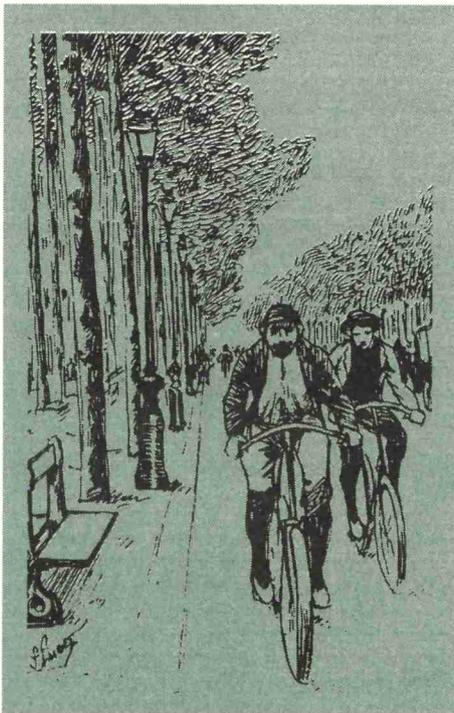
. . . Dicono ma che ti frega? Sei un medico, no? Uno specialista, un professore... E poi, di che ti lagni? Tre o quattro anni e te ne vai...Chiuso, finito, stop. . . bye-bye Italia. Vannes. . . Saint-Jean-Cap-Ferrat. . . Stornoway... Illier-Combray... Ti sistemi dove ti pare, a goderti la pensione... Perché perdi tempo a incazzarti col piazzista di Arcore, così maledettamente simile a quegli altri piazzisti di supposte e compresse che ti rompono le palle ogni giorno? Che ti frega del pazzo di Varese, di quell'altra faccia da bancario di provincia e di tutti i loro tirapiedi? Branco di dilettranti, somari presuntuosi che parlano e parlano bla bla bla...Una sciocchezza via l'altra...Un pettegolezzo via l'altro... Maldicenze, calunnie, idiozie... Opinioni da benpensanti imbecilli... Sciopero generale? Andate a spalare il fango piuttosto...Rimboccatevi le maniche... E checcazzo vogliono quei ragazzini stupidi strumentalizzati... Ma vadano a studiare, che è meglio... Ti scappa da ridere a sentire quei quattro tromboni col loro italiano approssimativo, che parlano di studio, di scuola...Fregatene, ti dicono: fai il medi-



SPECIALISTA ... PROFESSORE ...

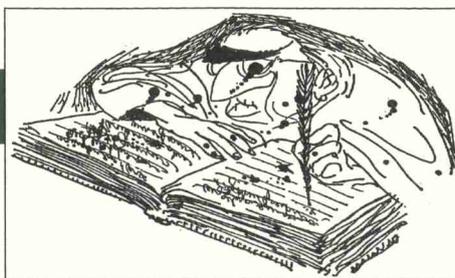
di Giorgio Bert

co, no?... Già: il medico, lo specialista... Professore qui, professore là... Devo chiamarla dottore o professore?... Professore, accidenti: studio, mi aggiorni... Lancet... New England Journal of Medicine... Circulation... British Heart Journal... Nature e Science perfino... Sono uno scienziato, io. Specialista... Professore... Cazzate: dice bene un collega, scrittore grandissimo e grandissimo figlio di puttana: vorrei vederlo Luigi XIV alle prese con un mutuato! Se ne accorgerebbe subito se lo Stato è lui ... Mutuato, sottolineo: non paziente, o cliente, o utente... Niente di niente... Mutuato e basta... Perché fa questa visita? Per il rinnovo della patente... Per l'invalidità... Per l'esonazione dal ticket... Per le tonsille... Per la cataratta... Per la gravidanza... Per la cessione del



quinto... Per pratiche adottive... Perché devo fare la Tac... l'urografia... la fluoroangio... Mah, così per prevenzione... Pezzo d'idiota, cosa credi? Che basti una visita a tranquillizzarti sul tuo futuro? Ma che sono io, santa Rita?... Te lo dico io, cosa è il futuro: il tuo, il mio, il nostro... Uno schifo, tale e quale il presente. E questi sarebbero casi clinici... Ho un bel cercarli su Lancet, JAMA, Nature, BMJ... Non ci sono mutuati su quelle riviste... Che accidenti c'entra la clinica con la mutua? Non vorrai scherzare... La clinica nello squallido ambulatorio USL... Mobili di recupero, tubi fluorescenti da obitorio o da self service impiegatizio. Buio nel pomeriggio... Apparecchi claudicanti... Infermiere scocciate... Ci mancherebbe che venissero qui, i pazienti veri... Quelli vanno a strisciare davanti ai Graaandi Clinici... Primari... Portaborse universitari... Cattedratici... Facce di guano, arroganza e marchette... Graaandissimi clinici... Mi scusi dottore... anzi professore, a me per i miei disturbi mi segue il professor Caccchioni... Proprio lui in persona, sa? Vengo qui solo per la patente... Per il certificato ... Deve farlo un dottore della mutua come lei, non capisco perché... Si figuri che sono già stato a Montecarlo... A Lione... A Houston... Le pare che verrei a farmi curare qui, in questo schifo di ambulatorio? La patente... Le tonsille... L'esonazione... Non vorrà mica visitarmi davvero... Mi basta il certificato, mi scusi sa, ho fretta... Là... là... Tutto finito in quattro e quattr'otto... Fuori dalle balle con la vostra cartaccia... Buon giorno dottore... Devi solo aspettare la fine dell'orario, la magica bollatura che ti rende libero... Ancora due ore... ti resta un mucchio di tempo: per leggere i giornali, per incazzarti... Il piazzista di Arcore... Il pazzo di Varese... La vecchia Barbie con l'elmetto... La Neovandeanina in tailleurino lilla... Somari stronzi che citano de Maistre... Il raffinato aristocratico de Maistre che detestava soprattutto due cose: la mediocrità e la volgarità... *De l'Eglise Gallicane... Du Pape...* E i mediocri, i volgari oggi citano sbavando il gentiluomo savoiardo, che a quella *canaille* non avrebbe mai rivolto la parola... Aveva ragione lui... Tutta colpa della rivoluzione francese... Dei Giacobini... Di Voltaire... Di Rousseau... Degli illuministi... Della Riforma... Di sant'Agostino che è il peg-

giore di tutti... Un cattivo maestro: padre di Pascal... Dei Giansenisti... Di Lutero... Ah, de Maistre... Lui sì che aveva capito tutto... Come noi, del resto... Giacobini genocidi... La Vandea... La Bretagna... La Rochejaquelein... Jean Chouan... Giacobini stalinisti, nazisti... Giacobini serbi... La pulizia etnica... Auschwitz... Il Gulag... Tutta colpa loro... Voltaire, Rousseau, Robespierre... L'immondo Marat, medico, calvinista e sardo per giunta. Storici allo zafferano... Politici all'amatriciana... Somari insigni... Quando i bifolchi in rivolta li massacravano i re... Luigi XI... XII... XIII... XIV... andava tutto bene, eh? A voi e anche a de Maistre del resto. Nessuno parlava di genocidio, di diritti dell'uomo violati... Kaputt, i bifolchi... Depezzati. Impiccati. Squartati. Bruciati. Impalati... E gli Albigesi... I Valdesi ... Gli Ugonotti... "Dragonati"... Massacrati... Tra gli applausi del popolo, dei buoni borghesi, degli intellettuali liberal... Madame de



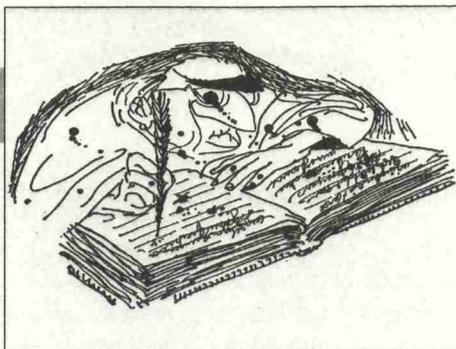
Sévigné... La Bruyère... Entusiasti dei massacri, tutti quanti... Pensateci, stolti: senza quei mostri, Voltaire, Rousseau... Senza Robespierre l'inumano, il folle Saint-Just, l'orrido Marat medico e sardo... Senza tutti costoro la Neovandea in tailleurino lilla non potrebbe oggi gridare al genocidio né esaltarsi al Puy-du-Fou, quella redditizia Disneyland di De Villiers... Perché là dove oggi grazie alla vituperata rivoluzione vede un genocidio, avrebbe visto invece la sacrosanta giustizia del Re consacrato a Reims... A Dio soltanto rispondeva il figlio di S. Luigi, non al popolo: non c'era tailleur che tenesse, né presidenza della Camera... Ma loro, gli adoratori di de Maistre e dell'Ancient Régime, del consenso del popolo hanno un bisogno disperato, e corrono furiosamente dietro alle



masse... Si esaltano nei bagni di folla... Nelle adunate oceaniche... Fanno i cretini alla TV. .. I clown. . . Tutti, tutti. . . Ma chi lo ha inventato il consenso popolare, se non la maledetta rivoluzione? E Robespierre? E Voltaire? E Marat? Il mondo di de Maistre era bell'e finito ai tempi di de Maistre: la differenza è che lui lo aveva capito già allora... Siamo tutti figli della rivo-

luzione, vi piaccia o no... Fascisti, comunisti, capitalisti, anarchici... Tutti, tutti... Altro che de Maistre... Ma perché ti incazzi tanto? Dicono . Che ti frega? Sei un medico... Uno specialista... Ma sì, ho tanto di quel tempo da perdere alla mutua... Via, nel cestino Lancet... Nature... Il NEJM... il BMJ... Al diavolo l'aggiornamento... A che mi serve poi, per la patente...per l'esenzione dal ticket... per le tonsille... Al diavolo tutto quanto! Rifugiati nella cultura... Leggi romanzi, saggi, poesie... Ci provi, a fare l'intellettuale, e ti incazzi da capo davanti ai pensieri di tal Leonardo Mondadori, che sputana in un colpo un nome e un cognome altrimenti rispettabili... "Non si pubblicano libri contro per essere contro ma perché rispondono alla necessità del proprio pubblico... Bisogna sempre avere un riscontro di mercato..." Capito, imbecille? La letteratura è un servizio, proprio come la mutua... Deve rispondere ai bisogni del proprio pubblico... Stalin, sarebbe d'accordo... E Goebbels... Tanto più che "le necessità del pubblico" le decidevano loro (per colpa di Voltaire, naturalmente, e degli orridi Giacobini...). Una meraviglia... Non lettori, non classi sociali ma segmenti di mercato... Chissà che riscontro avrà avuto in termini di vendita la *quadruplica radice del principio di ragion sufficiente...* O *la religione nei limiti della sola ragione...* O *Moby Dick...* O *l'Arte della Fuga...* Chissà a quali bisogni rispondevano, e di quale pubblico... Diosanto, Goffredo, ora ti ci metti anche tu... La letteratura è di destra... A sinistra c'è il giornalismo, l'attualità, la realtà, il qui e ora... Spero che ti abbiano travisato... Magari avevi digerito male... O visto da poco la faccia di Ferrara o di Letta... Spero sia così, altrimenti sono fregato... Che significa destra? Sarò costretto per essere coerente a votare Alleanza Nazionale (che pullula di raffinati intellettuali...) o il piazzista di Arcore che sputana Erasmo e Tommaso Moro con una copertina di superlusso da libreria di salumiere arricchito? Forse non ho capito bene questa nuova definizione di destra e di sinistra, ma continuo a essere convinto che una sola lettera Provinciale... Un solo pensiero di Montaigne... Poche righe di Cechov o della Sévigné... Di La Rochefoucauld o di La Bruyère... Buchner... Melville... Kafka... Céline...

siano più attuali e reali di tutte le palloissime pagine dei giornalisti scrittori che ci infestano in gran copia... Purtroppo non basta ispirarsi a un fatto di cronaca per scrivere il Wozzeck, e si vede... Cazzate, dici? E va be', allora regaliamo tutti quegli autori inattuali alla destra, che di cultura, almeno in Italia, ha urgente bisogno, teniamoci i giornalisti scrittori, i giallisti, gli instant book, i romanzi inchiesta, e non pensiamoci più... Un bell'affare... Céline ai fascisti... Erasmo e Machiavelli al piazzista di Arcore... e magari Leopardi al folle di Varese... De Maistre e Chateaubriand alla Neovandean, Pascal a Buttiglione e perché no? Montaigne a Teodoro Bontempi... Alla sinistra bastano e avanzano le storie vere, la quotidianità, i romanzi inchiesta... La mutua insomma... Ah sì, bella cosa la cultura. E di Eco che ne facciamo di Eco? E letteratura? Giornalismo? Di destra? Di sinistra? Trasversale? Ecco un problema su cui è urgente sentire il parere (con annessa foto) degli opinion maker... Colombo... Ferroni... Fofi... Cherchi... E naturalmente il primo psicoanalista che capita, tanto ce n'è sempre uno disposto a sparare cazzate... Ma sì, ma sì... Tutti d'accordo... La cultura, la letteratura devono rispondere ai bisogni del pubblico... Delle masse... Dei segmenti di mercato... A che serve un libro se non risponde alle necessità di un preciso target? Via, via... Nel cestino... Non è attuale... Non è reale... Non è giornalistico... Non è un



giallo... Non è un romanzo inchiesta o che cavolo... E, supremo insulto, "letteratura"... A sinistra non sappiamo che farcene, della letteratura... Insomma, domanda, che vuoi dire? Che siamo circondati da stronzi? Siamo perfettamente d'accordo... gli stronzi sono gli altri, per definizione. Noi per te, tu per noi... E allora che rompi a fare? Fregatene... Masturbati con Montaigne... Con Pascal... Con Céline... Con chi ti pare... Guardati i tuoi mutuati, per quel che serve... Rimboccati le maniche... Rema contro... Non remare affatto... All'inferno la cultura, i libri, la medicina... Lancet... Nature... New England... Stronzi, tutti quanti... Tu che fingi di fare il medico... Gli storici che fanno i politici... I politici che fanno gli storici... I giornalisti che fanno gli scrittori... I filosofi che scrivono elzeviri... Destra... Sinistra... Stronzate... Buttati sull'etica, come tutti... fare il proprio lavoro il meglio che si può... Anche se è sottopagato... Anche se è un lavoro del cazzo, inutile a te e agli altri... Ah, ma l'etica... Lo spirito del calvinismo riscoperto da chi ha in mente un titolo di Weber (non, ci mancherebbe, le Istituzioni della Religione Cristiana...)... Ah sì, l'etica, l'ultimo rifugio... Il sacrificio... Il dovere... Il lavoro fine a se stes-

so... E a proposito, ti pare etica la mutua? Al contrario, tutto quell'assistenzialismo incita alla pigrizia, all'inerzia... Un bel pensiero, forse non molto nuovo ma così "calvinista"... Ah, l'etica... Certo, Kierkegaard o Kant, per non parlare di Calvino (Giovanni...), sono un po' ostici... E poi, sai che riscontro di mercato... Per fortuna c'è sempre un Savater che ti spiega tutto in poche parole semplici... Lui sì che risponde a un preciso bisogno del pubblico... Ma sì, datti all'etica, che poi va bene a tutti quanti... a destra, a sinistra, al centro, alle estreme... Etica laica... Etica religiosa... Non hai che da scegliere, tanto l'etica è sempre rispettabile, no? Al diavolo: beccati questo mondo di merda, e ringrazia che non sei nato nel magico Ancient Régime e non ti tocca la Revoca o le dragonnades... Tutto sommato, solo tre anni e poi in pensione... Lontano da qui... A Saint-Jean... A Vannes... a Stornoway... E fregatene, hanno ragione, del piazzista di Arcore, del folle di Varese... Un po' meno di quell'altro, ma insomma... Fregatene... Della destra... della sinistra... della letteratura... della cultura... degli opinion maker (con fotografia ebdomadaria sui grandi quotidiani e sui rotocalchi)... All'inferno i mutuati, tanto votano tutti Berlusconi... Lega... Alleanza Nazionale... E te lo dicono pieni di fierezza, gli imbecilli... Un imprenditore che si è fatto da sé... Un fine politico... Uno che difende noi del Nord... Al diavolo tutti quanti...



A PROPOSITO DI TARIFFE

Si fa un gran parlare di tariffe. Queste dovrebbero modificare i sistemi di pagamento delle prestazioni effettuate in regime di ricovero.

A partire dal gennaio 1995, le tariffe dovrebbero remunerare, con un pagamento monetario, la produzione di prestazioni sanitarie. L'Azienda USL - che viene finanziata in base alle quote capitarie per livelli assistenziali - dovrebbe, pertanto, poter acquistare i servizi sanitari ai prezzi più convenienti.

I criteri generali per la definizione del sistema tariffario sono determinati dallo Stato, mentre le Regioni devono determinare le tariffe da applicare nella propria area territoriale; se non lo fanno, intervengono d'ufficio, con proprie tariffe massime, il Ministero della Sanità.

La data di inizio del nuovo sistema è fissata al 1.1.'95 ma le Regioni hanno a disposizione un periodo di quattro anni (1995-1998) per passare gradualmente al nuovo sistema.

Qualcosa del genere era già in atto in Italia per i laboratori e per gli specialisti ambulatoriali convenzionati con i quali il SSN aveva stabilito un tariffario per le singole prestazioni (suture L. 7.600, incisioni L. 11.600, riduzione di parafimosi (sic!) L. 6.800, punture di idrocele L. 9.500, riduzione di ernia L. 10.800, ecc.). Non sappiamo bene quale corrispondenza vi sia tra "costi di produzione" e queste tariffe... ma tant'è:

Nel settore del ricovero, la tariffazione fa perno sull'introduzione dei DRGs che dovrebbero spingere il produttore di prestazioni a scegliere le modalità più efficienti ed economiche nella produzione assistenziale.

I DRGs (il termine italiano è ROD: Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) sono stati introdotti negli USA 12 anni fa e su di essi si è basato il pagamento dello Stato per i malati assistiti dal *Medicare*, che è il sistema americano di assistenza per anziani e invalidi. In ognuno dei DRGs - che oggi sono 500 - vengono raggruppati gruppi di malattie suddivise per reparti;

ciascun DRG dovrebbe avere un costo valido per tutte le affezioni che comprende.

In Italia i ROD devono poter essere costruiti sulla base di informazioni presenti sulla scheda delle dimissioni degli ospedali. Esse sono: la diagnosi principale e quelle secondarie, gli interventi chirurgici, l'età e il sesso.

Il passaggio dalla classificazione in ROD alla determinazione delle tariffe in termini monetari è un problema al momento non risolvibile sulla base del calcolo dei costi realmente sostenuti dagli ospedali italiani, perché manca qualsiasi dato certo.

Le componenti del costo che - secondo il Ministero - dovrebbero essere considerate, sono:

- 1) il personale impiegato;
- 2) i materiali consumati;
- 3) la manutenzione l'ammortamento delle apparecchiature;
- 4) i costi generali dell'unità che, nel suo complesso, produce le prestazioni.

Di fronte alla impossibilità di effettuare calcoli reali, il decreto del Ministero della Sanità del 15 aprile 1994 ha fissato dei "pesi relativi" per le tariffe che derivano dai pesi relativi americani. Per esempio, il peso relativo di una gastroenterite era 0.5625 e per questo il successivo decreto fissava il costo in L. 2.546, una polmonite aveva un peso relativo di 0.7985 trasformato in un costo di L. 3.357.000 mentre una meningite aveva un peso di 2.0042 tradotto in un valore monetario di L. 10.604.000.

Non sappiamo come si siano regolati gli esperti del Ministero ma, all'incirca, si può dire che il valore di un punto nel documento è fra i 4 e i 5 milioni di lire. Alcune Regioni, infatti, piuttosto che atterrarsi a una rubricazione di ogni dato, sarebbero propense ad attribuire un punteggio fisso a 1 punto (x milioni) rimandando la tariffazione e l'applicazione dei pesi relativi del decreto 15.4.1994. Così, per la Regione che indicasse il valore di un punto in 6 milioni (la Lombardia?) il costo tariffato di una enterite, di una pol-

monite e di una meningite sarebbero, rispettivamente, di 3.370.000, 4.791.000 e 12.025.000.

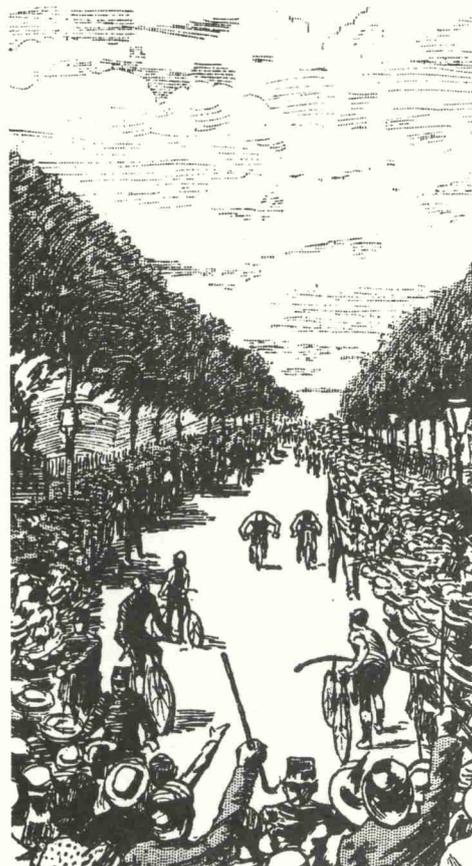
Il limite di tale tariffazione sta nel fatto che nessuno può provare che i costi americani corrispondano a quelli italiani e che il rapporto, da punto a punto, corrisponda in Italia a quello degli USA; i costi da cui derivano i pesi americani sono poi riferiti a un ospedale americano non d'insegnamento e, quindi, potrebbero penalizzare i grandi policlinici. D'altra parte, date le carenze della contabilità delle USL e data la mancanza di informazioni sui costi dei trattamenti delle singole malattie che afferiscono a uno stesso ROD, la scelta del Ministero era stata sostanzialmente obbligata.

Cosa succederà?

Le Regioni sono propense ad applicare con prudenza nel 1995 il nuovo sistema tariffario. Alcune lo utilizzeranno per il pagamento delle case di cura private; altre lo useranno per la compensazione fra import ed export ospedaliero.

Il rischio è che il nuovo sistema non venga applicato per timore che introduca elementi di dissolvimento nella grande palude sanitaria.

Giancarlo Biasini





Tra il 1984 e il 1992 (ultimo anno di dati ufficiali) si sono avute ben quindicimila adozioni internazionali sancite dal Tribunale per i Minori. A queste bisogna aggiungere quelle avvenute sino al 1984, prima cioè dell'entrata in vigore della legge, e inoltre le adozioni degli ultimi anni, per i quali non ci sono statistiche. Da tenere in conto anche gli affidi, in aumento, di bambini che giungono da Paesi extraeuropei in questi anni anche a causa delle guerre. Il fenomeno appare perciò di dimensioni notevoli e di interesse certamente nazionale.

Questi bambini trovano una famiglia ma incontrano nel contempo (anzi proprio per questo) culture e modelli di vita a loro estranei. Da più parti (ONU, Vaticano) in tempi recenti sono venute raccomandazioni ad adottare nel loro Paese bambini privi di famiglia, proprio per le difficoltà che questi incontrerebbero in altri contesti. E' ancora molto radicata l'idea che l'adozione di un bambino consente di risolvere due problemi contemporaneamente: da un lato ci sono due genitori desiderosi di avere un figlio, dall'altro un bambino solo che ha bisogno di un papà e di una mamma, basta farli incontrare. Questo atteggiamento semplicistico ha già creato molti problemi - alcuni anche piuttosto gravi, difficili da risolvere - sia ai genitori affidatari che ai bambini, i quali dopo avere avuto dei genitori biologici affidabili o morti o dispersi, si sono trovati con genitori nuovi, magari amorosi ma non abbastanza preparati al difficile ruolo che si erano assunti. Le difficoltà e i problemi si amplificano poi quando si tratta di bambini di altre culture: bisognerà affrontare momenti critici con i compagni di scuola, con gli insegnanti (cui manca una preparazione per queste nuove situazioni), con la comunità in cui vivono, ecc. Tutti questi temi sono affrontati con molta serietà e competenza in un buon libro di Annamaria Dell'Antonio.

Annamaria Dell'Antonio *Bambini di colore in affido e in adozione* Cortina, Milano, 1994 - £ 28.000.



Se volete trascorrere due ore (è un libro mignon) divertendovi, leggete "L'Eden della tartaruga" di Massimo Bontempelli (1870-1960) noto per il suo "realismo magico", che in questo ultrapocket ironico, satirico, fantastico e surreale ci può insegnare a non prenderci troppo sul serio anche quando diciamo le cose serie.

L'autore è stato il banditore di un nuovo stile narrativo, che si proponeva di far parlare le cose, i fatti (quasi sempre deformati) con la "naturalità dell'inverosimile": in questo libricino ci riesce in pieno. Un vecchio pittore confida: "Il ritrattista deve saper dipingere un ritratto così potente che da quel giorno in poi il modello si senta costretto ad assomigliare al ritratto. Nei pochi grandi ritratti della pittura di ogni secolo e d'ogni paese è sempre avvenuto così. Naturalmente, gli storici non ci hanno fatto caso". Sono nove racconti da godersi e da consigliare.

Massimo Bontempelli *L'Eden della tartaruga* Biblioteca del vascello, Roma 1994 £ 6.000



Janusz Korczak, libero pensatore, poeta e medico, fu, secondo Bruno Bettelheim, "uno dei più grandi educatori di tutti i tempi". Consacrò ai bambini l'intera esistenza. Per essi e per i loro diritti (tra le sue opere *Il diritto del bambino al rispetto*) si batté con tutte le forze e con tutti i mezzi. Ebreo, morì nel campo di concentramento di Trblinka, insieme a duecento bambini e agli educatori della "Casa dell'orfano" da lui fondata e diretta per trent'anni a Varsavia. Nel romanzo *Quando ridiventerò bambino* ci sono, in apertura, alcune righe indirizzate al lettore adulto: "Dite: è faticoso frequentare i bambini. Avete ragione. Poi aggiungete: perché bisogna mettersi al loro livello, abbassarsi, inclinarsi, farsi piccoli. Ora avete torto: Non ,è questo che più stanca. E' piuttosto il fatto di essere costretti a innalzarsi fino all'altezza dei loro sentimenti. Tirarsi, allungarsi, alzarsi sulla punta dei piedi. Per non ferirli".

E' un avviso: se siete sintonizzati su questa lunghezza d'onda, leggetelo questo romanzo. E poi segue una spiegazione *Al giovane lettore*. Gli racconta come nasce e di cosa tratta il libro introducendolo già nell'atmosfera: "La porta ha cigolato

leggermente e mi sono molto spaventato. Poi è apparsa una piccola luce. Come una stella... L'ho guardata da vicino: si trattava di una specie di minuscola lanterna tenuta in mano da un omino. Questo portava in testa un cappello rosso, a punta, e aveva una barba grigia. Un folletto. Ma davvero piccolo, piccolo..." Il folletto gli dirà di esprimere un desiderio: "Vorrei ridiventare bambino". Viene esaudito e cominciano le avventure di un adulto che con la sua storia torna a rivivere l'infanzia. Con tutte le sorprese che non potete immaginare...

Janusz Korczak *Quando ridiventerò bambino* Luni Editrice, Milano 1995
£ 24.000

“L'adolescenza non si lascia ingabbiare nel paradigma ormai classico della psicanalisi... Ogni fase del ciclo di vita presenta compiti nuovi, mai sperimentati, solo vagheggiati da lontano... nell'adolescenza è il desiderio del futuro possibile e la paura di non riuscire a realizzarlo ciò che tiene banco nell'inconscio processo decisionale tipico di quell'età...” che è una *Belletà* (sottotitolo: *Adolescenza temuta, adolescenza sognata*): è il libro più sereno, simpatico, di alta competenza su l'età che allarma di più genitori, educatori e pediatri. Gli autori ci inducono a una nuova attenzione alle numerose manifestazioni di vitalità, curiosità e creatività che i ragazzi ci offrono: molto esemplificative e vivaci sono le storie raccontate nella prima parte, brillanti le sortite fuori del campo clinico della seconda parte, scritta da Fulvio Scaparro. L'allarme e la paura, l'enfasi polarizzata sull'adolescenza come fase rischiosa e preoccupante dello sviluppo, la divisione tra “noi” e “loro”, possono, portare ragazze e ragazzi a far propria questa prospettiva e a perpetuare, con il passare degli anni, l'idea che l'adolescenza è una malattia dello sviluppo destinata un giorno o l'altro a passare.

Due ricercatrici americane hanno pubblicato uno studio appena tradotto e pubblicato in Italia da Feltrinelli in cui riportano i risultati e i commenti di un lavoro di 5 anni con 100 alunne di una scuola femminile americana, fondato sul colloquio con ragazzine dai 7 ai 16 anni e con donne di una vasta competenza scientifica: le autrici dichiarano di essersi subito rese conto della tendenza a impostare il dialogo in ambito troppo rigido e di aver quindi impostato il lavoro sull'ascolto di una “voce” femminile che evolve nell'arco degli anni. Le incontriamo ogni giorno per strada, all'ingresso e all'uscita della scuola, a passeggio per il centro, belle e brutte, timide e baldanzose, che si parlano all'orecchio, si tengono per mano, discutono appassionatamente e con mortale serietà, si aggiustano i capelli l'una con l'altra, si promettono di sentirsi al telefono appena arrivate a casa... Sì, sono proprio le ragazzine preadolescenti e adolescenti: non si riconoscono più bambine ma non sono ancora riconosciute come donne, in un territorio da attraversare rapidamente per fuggire all'angoscia della mancanza di identità o dove invece indugiare a lungo per godere dei vantaggi di un'identità di gruppo, della diversità se non dell'opposizione alla famiglia e all'assunzione di responsabilità.

Anche questo libro è cucito assieme da tante storie: Diana, Liza, Neeti. Storie vissute in un contesto americano ma che molto poco si discostano dalla realtà delle nostre teen-ager.

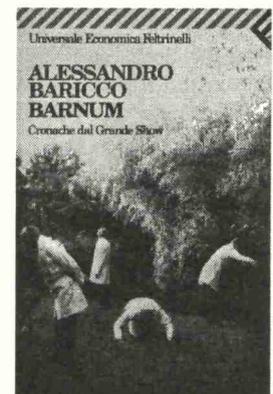
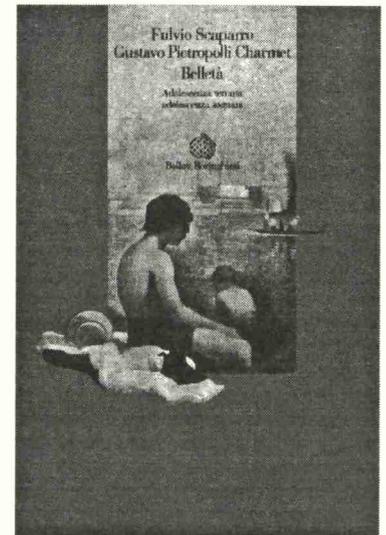
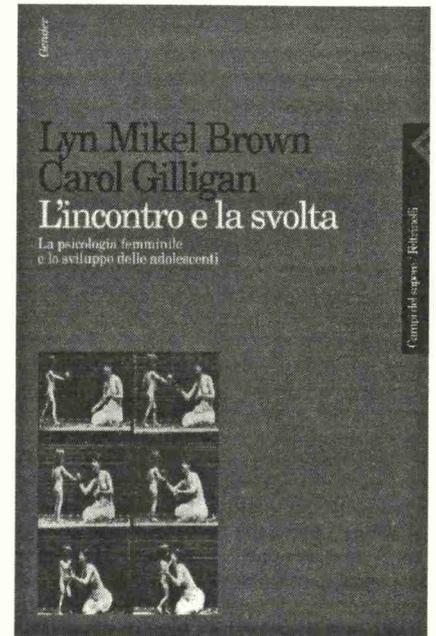
G. Pietropoli Charnet, F. Scaparro *Belletà* Bollati Boringhieri, Torino 1993
£ 24.000

L. M. Brown, C. Gilligan *L'incontro e la svolta* Feltrinelli, Milano 1995 £ 38.000.

Una metafora dell'errore che deriva dalla attenta osservazione dello strapagato mondo del tennis è reperibile a pag. 61 del godibilissimo libro di Alessandro Baricco dal titolo “Barnum”. Barnum come quello del circo “perché tutto quello che vedo intorno mi sembra un grande spettacolo di clown, domatori e acrobati: e mi piaceva l'idea di provare a raccontarlo, un pò alla volta, così come veniva.

Per un medico è buona regola tenere sempre sott'occhio una metafora dell'errore specie se a commettere l'errore è Boris Becker con le “migliaia di ore spese a ripetere quello stesso gesto ... a fare titic e titac contro un muro, i miliardi guadagnati a farlo davanti alla gente, i mille istanti come quelli già vissuti ... nel gesto più facile di tutto il tennis, uno smash da bambini, che lui fa a regola d'arte, colpendo la palla e spendendola, contro ogni logica, contro ogni senso storico, contro le più elementari leggi del buon senso, in rete. È lì che capisci ... (S.F.)

Alessandro Baricco *Barnum* Feltrinelli, Milano 1995 £ 11.000



di Guido Armellini

Guido Armellini insegna in una scuola di Bologna ed è autore di libri su e per la scuola. Quest'articolo è comparso su "La terra vista dalla Luna" n.2 marzo 1995, la bella rivista diretta da Goffredo Fofi, in distribuzione nelle Librerie.

Questo articolo sta accompagnando una lettera circolare che chiede a insegnanti, studenti, genitori, di mettere in comune idee e prese di posizione contro i nuovi strumenti di valutazione obbligatori dal settembre '94 nelle scuole elementari italiane: Studenti sottoposti a continue verifiche, padri e madri alle prese con un gergo incomprensibile. Chi è interessato all'iniziativa dopo aver letto l'articolo, può scrivere all'autore: via Cernaia, 51 - 00185 Roma Fax 06/4467993

Tra i guai che affliggono la scuola italiana un posto di rilievo va assegnato alla netta separazione tra la teoria e la pratica nel campo dell'insegnamento. Da una parte sta il "teorico puro" (pedagogo, studioso di didattica, ispettore ministeriale), che si dedica all'elaborazione di tassonomie, schemi, modelli, procedure che non sperimenta mai in prima persona; dall'altra l'insegnante, che è chiamato a mettere in pratica quelle indicazioni, e, pur incontrando ogni giorno bambini e ragazzi e misurandosi quotidianamente con le fatiche dell'insegnamento, non ha il diritto di teorizzare autorevolmente sulla sua pratica e di costruirsi da sé i modelli. Gli incontri fra le due figure fanno pensare all'impossibile dialogo tra un paranoico e uno schizofrenico il primo tende a perdersi in elucubrazioni sempre più cervelotiche e minuziose, remote dai vincoli della realtà empirica; il secondo si trova diviso tra i concreti riscontri dell'esperienza quotidiana e la suggestione di un sapere che, oltre ad essere legittimato dal rango sociale e istituzionale dei suoi estensori, esibisce a ogni piè sospinto i paludamenti dell' "innovazione" e della "scientificità". L'ultimo e più grave sintomo di questo inquietante disturbo relazionale è costituito dai nuovi strumenti di valutazione della scuola elementare e media, di applicazione tanto ardua da richiedere decine e decine di ore di corsi d'aggiornamento, accompagnati da un'abbondante pubblicistica fatta di

prontuari, guide, manuali, glossari che costituiscono un fiorente business editoriale. Perché tanta difficoltà nell'applicare procedimenti che, a detta dei loro estensori, dovrebbero essere un modello di "chiarezza, semplicità, leggibilità"? Consideriamo il caso più recente, relativo alla scuola elementare. Le intenzioni dichiarate dagli autori e diffusori dei nuovi strumenti sono encomiabili (centralità dell'alunno; nesso tra valutazione e programmazione; trasparenza, coerenza e corresponsabilità dei criteri valutativi); ma le prescrizioni operative che ne conseguono sono un tipico esempio di paranoia buro-pedagogica. Eccone qualche esempio.

a) Misurare l'immisurabile. Secondo le nuove norme, i maestri dovrebbero dedicarsi, fin dal primo giorno di scuola, alla "raccolta sistematica e continua" e alla "frequente e tempestiva registrazione" di una mole impressionante di dati cognitivi, psicologici, emotivi, relazionali, etico-sociali relativi a ciascun alunno, da raccogliere in quello che la frizzante prosa del Ministero definisce un "sistema di strumentazione amministrativa ed operativa per la gestione e la documentazione dei momenti salienti dell'attività didattica". Fra i quattro documenti da compilare che compongono tale "sistema" un posto centrale occupa il *Documento di valutazione*, diviso in tre *Quadri*, di cui il primo è dedicato all'analisi delle caratteristiche

di ingresso di ogni bambino, e dovrebbe spaziare dagli «interessi "agli" stili e ritmi d'apprendimento», dalla "capacità a intervenire nei dialoghi" alla "coerenza con gli impegni", per addentrarsi poi nel rilevamento di caratteristiche intrapsichiche come la "percezione ed immagine di sé", l' "autostima", la "curiosità", e via psicologizzando. Ancora più ambiziosa è la portata del *Quadro 3*, dedicato alla "valutazione dei processi formativi", che si propone di sondare, oltre all'alfabetizzazione culturale "come acquisizione di abilità operative e modalità d'indagine", il "senso di responsabilità, il «pensiero critico», la "partecipazione alla convivenza democratica come disponibilità relazionale", l' "impegno a capire, progettare e operare costruttivamente", e così via. L'Ordinanza che accompagna il *Documento* insiste sulla necessità di ricorrere a "criteri definiti" e a «strumenti e tecniche» adeguati alle caratteristiche che si intendono registrare. Ma quali sarebbero gli strumenti adatti a misurare "scientificamente" la curiosità di un essere umano, il suo senso di responsabilità, i suoi atteggiamenti morali? e quanto tempo dovrebbe occorrere a un maestro per tracciare, per ciascuno dei bambini che ha di fronte, un profilo a cui non basterebbero gli apporti congiunti di uno psicoanalista, uno psicologo della conoscenza, un confessore, un lettore del pensiero? A queste domande il documento non risponde. Ma l'insegnante che ne prendesse sul serio le prescrizioni si sentirebbe legittimato a tranciare valutazioni sui più svariati aspetti e livelli della personalità, con una patente di attendibilità scientifica puntata come un'arma micidiale sull'integrità psichica e sul diritto alla *privacy* dei bambini che ha di fronte.

b) Il bambino alla griglia Il *Quadro 2*, dedicato alla "rilevazione degli apprendimenti", ci trasporta dalle ardite valutazioni psicologiche e morali al cognitivismo più *hard*. A scadenze bimestrali ogni bambino deve essere valutato su una scala di cinque livelli (A, B, C, D, E) in relazione a quarantuno indicatori predefiniti, corrispondenti ad altrettante abilità da verificare (ma è previsto che i maestri ne aggiungano altre, alle quali sono riservati



appositi spazi). Se si ipotizza che per ogni indicatore si attuino almeno due verifiche al bimestre, è facile calcolare che i bambini dovrebbero dedicare pressoché tutto il loro tempo scolastico all'espletamento di test o prove di altro genere, e che gli insegnanti dovrebbero passare gran parte della loro vita ad elaborarli e a correggerli. Inutile dire che il rapporto educativo tra un bambino sottoposto a continue misurazioni e un maestro ossessionato dal principio di prestazione non potrebbe essere improntato a grande serenità e empatia. Ma i provvidi creatori dei programmi si sono preoccupati di attenuare la freddezza del cognitivismo puro con un congruo inserimento di elementi affettivi e valoriali: le cinque lettere dell'alfabeto associano meccanicamente la valutazione del profitto a quella dell'impegno; avviene così che, se un bambino non ha conseguito un "livello adeguato di competenza", ciò deve essere necessariamente attribuito al fatto che "il suo impegno non è costante". Erano più scientifiche le formule approssimative dei maestri di una volta ("Potrebbe fare, ma non s'impegna", "Ce la mette tutta, ma proprio non ce la fa"), che almeno sapevano distinguere tra valutazioni cognitive e giudizi morali.

c) L'invasione burocratica. Il tentativo di applicare puntualmente le nuove norme ha già cominciato a deteriorare la qualità della vita lavorativa degli insegnanti, obbligati a trasformarsi in indefessi compilatori di moduli e stilatori di documenti. Nelle riunioni non c'è più tempo per parlare dei bambini in carne ed ossa e di ciò che avviene realmente nelle classi, perché ogni risorsa va dedicata a interminabili discussioni filologiche ed ermeneutiche, volte a decifrare le recondite intenzioni del legislatore o ad escogitare la formula che disinnesci la paranoia delle prescrizioni senza contravvenirne apertamente il dettato. In caso di controversie ci si appoggia al parere dell'ispettore X o del pedagogo Y (i Don Ferrante della situazione) che offrono interpretazioni autentiche - e spesso discordanti - del Verbo ministeriale. Così, mentre i valori etici e culturali consolidati si disgregano, inedite emergenze sociali incombono, i bambini sono invasi da inquietudini nuove e il senso stesso del fare scuola andrebbe ripensato, gli

insegnanti passano il loro tempo a discutere di indicatori e di lettere dell'alfabeto.

d) Corsi anche per i genitori? Non migliore è la situazione dei genitori, che, messi a tu per tu col sopraccitato *Quadro 2*, devono sforzarsi di ricostruire la situazione scolastica del loro figlio a partire da un caleidoscopio di enunciati frammentari, cimentandosi con la decodifica di espressioni che suonano ambigue e inafferrabili per chi non abbia fatto pedagogia all'Università o non sia esperto delle discipline di studio ("Utilizzare e variare il lessico nelle strutture acquisite", "Elaborare semplici ipotesi e spiegazioni verificandole con appropriate tecniche di indagine", "Riconoscere problemi matematici in differenti situazioni di esperienza e di apprendimento"). Se poi il genitore disorientato si rifugia negli altri due *Quadri* alla ricerca di un'immagine globale del suo bambino, è probabi-



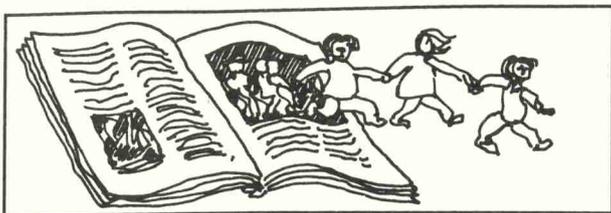
le che si trovi alle prese con quel gergo buro-psico-pedagogico che il Ministero stesso suggerisce di utilizzare attraverso la disamena prosa di cui abbiamo fornito numerosi esempi. Nell'attesa che qualche solerte ispettore apra manuali, glossari e corsi d'aggiornamento anche per i genitori, l'unica speranza è riposta nel buon senso dell'insegnante? che a voce saprà disinnescare guasti provocati dalle tortuosità della comunicazione scritta, in barba alle prescrizioni ministeriali.

e) Controllo e qualità della scuola Forse l'unica funzione efficacemente svolta dal nuovo sistema di valutazione è quella del controllo: controllo del Ministero sui provveditorati, dei provveditorati sui direttori didattici, dei direttori didattici sui maestri, dei maestri sugli

alunni. Ma ciò che viene controllato non è tanto l'effettivo operato di questi soggetti quanto il materiale cartaceo che essi sono disposti a produrre. Così la cerveloticità delle norme e delle procedure burocratiche, investendo di una luce sgradevole e grottesca l'intenzione di migliorare la qualità della scuola, da un lato non raggiunge lo scopo di far lavorare meglio gli insegnanti demotivati, dall'altro rischia di frustrare l'entusiasmo e lo spirito d'iniziativa degli innovatori.

Che fare? Uno spunto può venire da un testo scritto nel 1534 dall'anatomista Andrea Vesalio in polemica con la medicina del suo tempo, basata sul predominio gerarchico del medico (che studiava i meccanismi anatomici e fisiologici sui libri) rispetto al selezionatore (che smembrava quotidianamente i corpi in carne ed ossa): "Questa deplorabile divisione dell'arte medica ha introdotto nelle nostre scuole l'odioso sistema, ora in voga, per cui uno esegue il sezionamento del corpo umano e l'altro ne descrive le parti. Quest'ultimo è appollaiato su un alto pulpito come una cornacchia e, con fare molto sdegnoso, ripete fino alla monotonia notizie su fatti che egli non ha osservato direttamente ma che ha appreso a memoria da libri di altri (...). Il sezionatore, ignorando l'arte del parlare, non è in grado di spiegare il sezionamento agli allievi e arranga malamente la dimostrazione che dovrebbe seguire alle spiegazioni del medico (...). L'accostamento è lievemente macabro, ma il rapporto odierno tra l'insegnante e il pedagogo-ispettore-didatta non è tanto diverso da quello che nel sedicesimo secolo intercorreva tra l'anatomista e il medico pregalileiano. Forse è giunto il momento che, come fece Vesalio nel Cinquecento, gli insegnanti rivendichino il valore conoscitivo dell'esperienza didattica, e si rifiutino di applicare passivamente le direttive che provengono dall'alto, specie se fanno a pugni con la ragionevolezza e ostacolano gravemente la riuscita del loro lavoro.

Nota: le citazioni sono tratte dall'Ordinanza Ministeriale n. 263 del 2 agosto 1993, dal *Documento illustrativo del Sistema di Valutazione degli alunni della Scuola Elementare* accluso alla medesima Ordinanza, dal *Documento di valutazione* della Scuola Elementare.



VI GIORNATE PEDIATRICHE

SIRACUSANE

16 - 18 GIUGNO 1995

Sala Congressi Club Mediterranée
Kamarina - Ragusa

PROGRAMMA

Venerdì 16 giugno

ore 16.00 Apertura dei lavori

Moderazione e sintesi Franco Panizon

ore 16.15 Dieci domande al Chirurgo Pediatra
- A Di Benedetto, M. Guglielmi

ore 17.15 "La Pagina Gialla": spunti della più
recente letteratura - F. Panizon, G. Longo, A.
Ventura

ore 18.30 Dermatite atopica: dalle basi cellula-
ri alla terapia specifica - F. Mastrandrea

Sabato 17

Moderazione e sintesi Alessandro Ventura

ore 9.15 Celiachia e dintorni - G. Magazzù

ore 9.45 Fegato: riscoperta di un organo
- G. Maggiore

ore 10.15 **DISCUSSIONE**

ore 11.15 Dolore addominale nel bambino: è
solo una malattia peptica? - C. Sferlazzas

ore 11.45 Infezioni gastrointestinali: il vec-
chio e il nuovo - S. Guandalini

ore 12.15 **DISCUSSIONE**

GRUPPI DI LAVORO

Shuttle in allergologia:

lo stand con l'esperto.

Confronti in metodologie pratiche tra gli esperti e il Pediatra di base

Prick epicutanee e diagnostica

Spirometria e tecniche di inalazione

*Immunoterapia: Metodiche e prevenzione dei
rischi*

Dermatologia e prevenzione ambientale

*Tecniche microscopiche: eosinofili nasali e
periferici*

Domenica 18

Moderazione e sintesi Giorgio Longo

ore 9.15 Il cortisone nelle infezioni - G. Longo

ore 10.00 **DISCUSSIONE**

ore 10.30 La tubercolosi: una patologia da
non dimenticare - F. Panizon

ore 11.15 **DISCUSSIONE**

ore 12.00 Antibiotico terapia 1995

- G. Bartolozzi

ore 12.45 **DISCUSSIONE**

Presidente Franco Panizon.

Segreteria scientifica: Maria Elisa Atanasio,
Carlo Gilistro, Maria Luisa Lombardo, Seba-
stiana Malandrino, Vincenzo Moscato, Salva-
tore Patania, Arturo Rosalba.

NOTIZIE UTILI

Sede delle VI Giornate Pediatriche Siracusane
è il **Club Mediterranée di Kamarina - 97100
Ragusa** (tel. 0932-911333 fax 0932-911719).
Segreteria organizzativa è la **CpA Congress
International - Viale delle Medaglie d'Oro
342 - 00136 Roma** (tel. 06-35420640 -
35498491 - 35450683 - fax 06-35496397).

La quota di iscrizione è fissata in Lire 300.000
più Iva (19%) e darà diritto alla partecipazione
ai lavori congressuali, alla cartella congressua-
le e all'attestato di partecipazione; per gli
accompagnatori, 150.000 lire più Iva con drit-
to al programma sociale che prevede, tra
l'altro, una visite guidate al parco Archeologi-
co di Kamarina, al Centro Storico di Ragusa
Ibla e al castello di Donna Fugata.

Prenotazioni alberghiere: pacchetto compren-
sivo di tre notti con trattamento di pensione
completa (dal pranzo del giorno 16 giugno alla
prima colazione del 19) al costo di 480.000
lire per persona in camera doppia (supplemen-
to singola l. 100.000), prevista anche una tarifi-
ca per bambini e ragazzi in terzo o quarto letto
al costo di 70.000 (da 0 a 2 anni) di 280.000
(fino a 12 anni di età).

Viaggi e trasferimenti: da e per l'aeroporto
Fontanarossa di Catania ci si può rivolgere a
Tris Trasporti - Piazza della Rotonda 16 -
96100 Augusta (tel. 0931-976692 - 521217 -
fax 0931-521561); queste le tariffe: dall'aero-
porto a Kamarina e viceversa, 160.000 lire
(più Iva) per una macchina fino a 4 persone e
50.000 lire (più Iva) a persona per gruppi
superiori a quattro.



CONVEGNO ACP DELLO STRETTO

Città di Messina

LA PEDIATRIA DI COMUNITÀ

GIOVEDÌ 23 NOVEMBRE 1995

ore 16.00

La Pediatria di Comunità - G. Biasini
(Cesena)

ore 17.00

Tavola Rotonda

IL BAMBINO E LA CITTÀ

Moderatore: G. Tamburlini (Trieste)

Partecipanti: N. D'Andrea (Acquaviva delle
Fonti), G. Francescato (Roma).

I progetti a Messina: G. Giunta, N. Santisi.

VENERDÌ 24

ore 9.00

La settimana tipo d'un operatore di
Consultorio in Romagna e Sicilia - L.
Contarini (Ravenna), un operatore di Messina
ore 10.30

Tavola Rotonda

L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Moderatore: P. Alcaro (Soverato)

A chi compete, come va fatta, come si valuta?

La problematica adolescenziale

Partecipanti: D. Baronciani (Lecco), S.
Giambelluca (Palermo), G. Perri (Lametia)

I progetti a Messina: F. Aiello

ore 15.30

Tavola Rotonda

IL BAMBINO A RISCHIO - La cronicità,
l'handicap, il rischio "sociale".

Moderatore: G. Biasini

Partecipanti: G. La Gamba (Catanzaro), G.
Cirillo (Castellammare di Stabia), E. Sofò
(Messina), Natoli (Messina)

I progetti a Messina: S. Conti Nibali, E. Foti

SABATO 25

ore 9.00

Il ruolo del pediatra di base e di comunità - L.
Acerbi (Melegnano)

ore 9.30

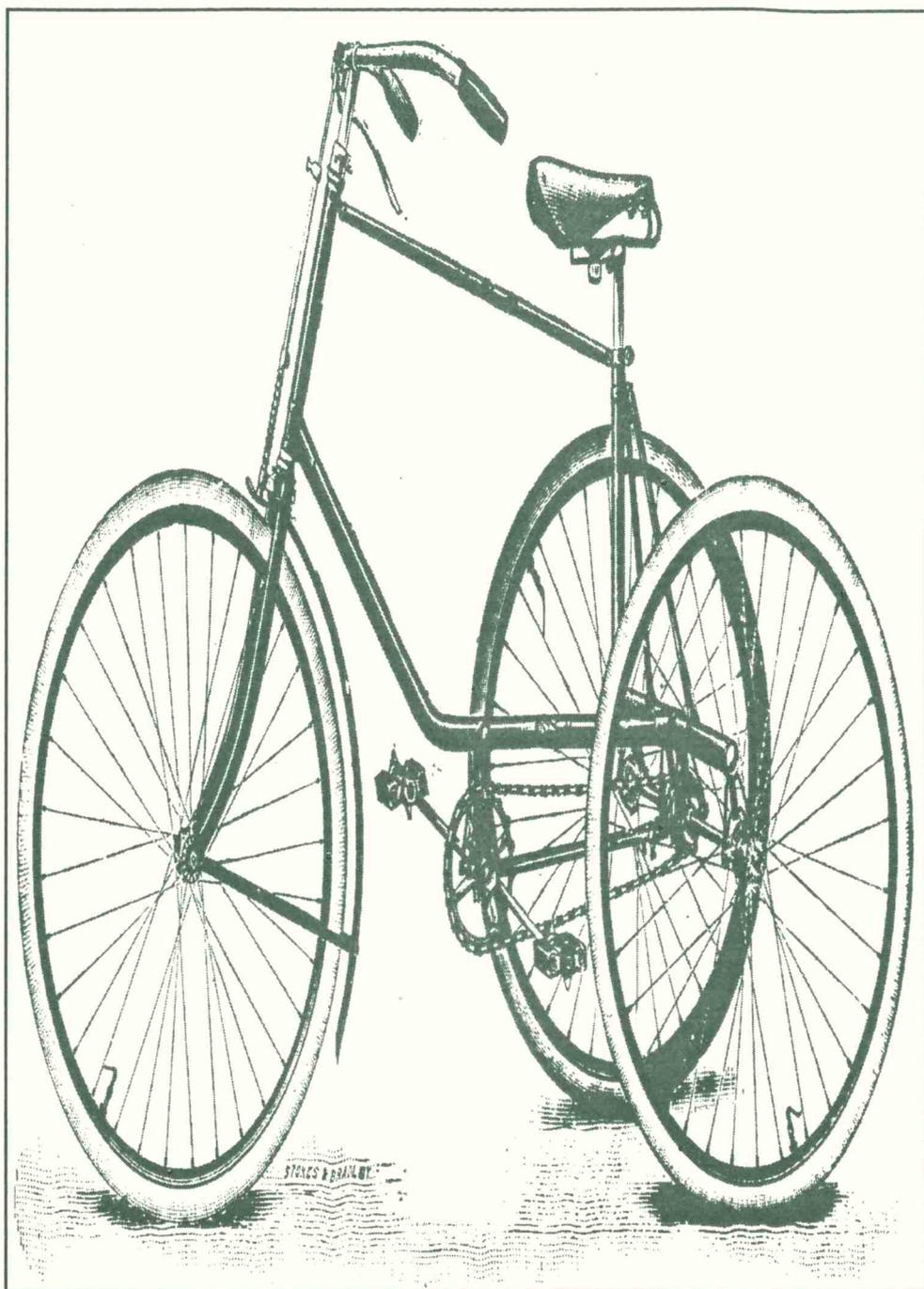
Tavola Rotonda

IL NUOVO CALENDARIO, IL PROGETTO
PERTOSSE, I NUOVI VACCINI PER
L'EPATITE,

La gestione di un ufficio di vaccinazione, la
valutazione delle strategie vaccinali

Moderatore: G. Lombardo (Messina)

Partecipanti: Tozzi, Mele (Roma), Vajro
(Napoli), Contarini (Ravenna), Puliafito
(Messina), Ciriminna (Palermo)



all'interno:

- **La Sindrome iperstetoscopica**
- **Il Programma di Formazione Continua:**

Il video: ABC di Dermatologia per il pediatra

Il Saper fare: Capo, ho inventato un nuovo test

La Intradermo Reazione di Mantoux

Le informazioni per genitori e pazienti:

Ingestione di caustici: un problema prevedibile

- **Net - Info: una nuova rubrica su Internet**

Supplemento al n° 2/1995 di Quaderni ACP
Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Direttore: Giancarlo Biasini

Responsabile: Franco Dessì

Coordinamento: Carla Berardi, Roberto Buzzetti, Franco Dessì, Rosario Ferracane, Michele Gangemi, Monica Pierattelli, Sergio Conti Nibali, Leo Venturelli

Redazione: Salvo Fedele, Pippo Montedoro, Franco Lanzoni - c/o Servizio Materno Infantile - Azienda USL Cesena Viale Ghirrotti, 286 - 47023 CESENA

Progetto grafico e videoimpaginazione: Toni Saetta

Stampa: Editoriale Antiterra s.n.c.

via Mogadiscio, 2/c - Palermo - Tel. 091/224847

Casa Editrice: Editoriale Antiterra s.n.c.

via Maqueda, 110 Palermo

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

SOMMARIO

- 33 Il Programma di Formazione continua ACP
"Istruzioni per l'uso"
- 34 ABC di Dermatologia per il pediatra *parte prima*
una lezione di Fabio Arcangeli: "Il video del mese"
- 35 Archivio bibliografico
- 36 ABC di epidemiologia per il pediatra
di Roberto Buzzetti
- 40 Intradermo reazione di Mantoux
"Il saper fare" di Paolo Siani
- 41 La Tuberculosis: Quello che si fa e quello che si dovrebbe fare
"Ricerca in progress" a cura dell'ACP Campania
- 42 L'ingestione di caustici: un problema prevenibile
"Le informazioni per genitori e pazienti" di M. Pierattelli
- 46 *Net - info:* Un rubrica di informazioni su Internet
a cura di Salvo Fedele
- 49 *Una lettera da Pescara:*
Perché non rinnoviamo l'iscrizione alla FIMP

LA SINDROME IPERSTETOSCOPICA

Generazioni di medici hanno portato lo stetoscopio in tasca o in borsa.

Una nuova generazione di medici ha iniziato a portare lo strumento nel taschino del camice.

A metà degli anni '80, emerse una modificazione culturale che si rese evidente prima in maturi aiuti di Pediatria: lo stetoscopio veniva portato con noiosa ostentazione attorno al collo.

Gli epidemiologi conclusero, a quel tempo, che la modifica traeva la sua origine dal fatto che era venuto di moda, negli staff di Pediatria, di abbandonare i camici bianchi: ciò conduceva alla perdita dell'appropriata tasca o taschino per l'alloggio dello stetoscopio.

Le cose erano meno semplici: infatti, a metà degli anni '90, il 50% dei giovani medici ospedalieri portava regolarmente il camice ma indossava lo stetoscopio attorno al collo durante le ore di lavoro. Successivamente, un numero sempre crescente di medici cominciò a portare lo strumento attorno al collo anche nel *coffee time*, a pranzo e perfino alla guida dell'auto.

La cosa assumeva, dunque, chiari aspetti patologici: furono riferiti casi di medici che dormivano con lo stetoscopio. L'ablazione dello strumento portava a comparsa di severi segni di sottrazione: nervosismi, ansietà da deprivazione che potevano essere sopportati solo per brevi periodi. La *ristetoscopia* aboliva la sindrome da sottrazione.

Sono recentemente emersi dati eziopatogenetici molto interessanti ad opera dello SNOG (Stethoscope Normalisation Overview Group). L'abitudine deriverebbe da un difetto a livello molecolare con un pattern autosomico dominante a penetranza variabile.

I pediatri sarebbero omozigoti per il gene mutato e pertanto a questi soggetti può essere offerto soltanto un intervento terapeutico palliativo. I medici generici sarebbero eterozigoti, i chirurghi offrirebbero al gene mutato una penetranza trascurabile. Gli ORL, gli ortopedici, gli oculisti sarebbero privi della mutazione in ambedue gli alleli; non presenterebbero quindi alcun segno di deprivazione stetoscopica. Il trattamento, come già accennato, può essere solo sostitutivo: nelle femmine, collane, collari, orecchini. Nei giovani maschi può essere tentata una terapia sostitutiva con l'orecchino monolaterale. E' stato notato - sempre nei maschi - che lo stetoscopio tende a cadere dal collo dopo l'ingestione di abbondanti quantità di birra ma l'induzione a un precoce alcoolismo non è attualmente suggerita da alcuno per motivi sia economici che etici.

Allo stesso modo, non è noto, per mancanza di dati sperimentali, se la introduzione in commercio di stetoscopi con tubi variamente colorati (rosa, azzurro, verde) possa influire, e in qualche modo, sull'andamento della manifestazione clinica.

Stephen Proctor
Dipartimento di ematologia,
Royal Victoria Infirmary,
Newcastle upon Tyne.
("Lancet", 1 aprile 1995 pag 870).

IL PROGRAMMA DI FORMAZIONE CONTINUA ACP 1994-'95

Il nuovo programma di Formazione Medica Continua ACP prevede la pubblicazione, nell'arco dei prossimi 12 mesi, di 6 videocassette e 6 numeri di "Ausili Didattici ACP" con quattro rubriche:

una di resoconto di una riunione tematica, condotta con un esperto di settore da pediatri ambulatoriali,

una di saper fare,

una di istruzioni per genitori e pazienti, e

una di archivio bibliografico. Le rubriche e le videocassette verteranno, prevalentemente, su temi di "confine": laddove cioè la cultura del pediatra ambulatoriale è messa maggiormente alla prova dalle scelte del "centro specialistico di riferimento".

Il programma ha l'obiettivo di far sì che il pediatra generalista abbia sufficienti informazioni tecniche e strumenti di lavoro pratici sui temi sviluppati, in modo che gli sia consentito non solo di "padroneggiare" l'argomento ma anche di restituire alle famiglie gli elementi fondamentali di conoscenza, necessari ad approvare consapevolmente le opportune scelte tecniche. Per fare un esempio, il pediatra generalista deve essere in

condizione di spiegare a una famiglia che "il trattare un bambino con diagnosi di deficit di GH" non dipende sempre e soltanto da scelte di natura *tecnica*, ma anche da scelte *culturali*; per far questo, deve sapere con certezza quali sono i test realmente utili alla diagnosi di deficit di GH, e quelli che consentono di - per usare un termine improprio - "aggirare" la legislazione vigente; il medico deve anche avere una dimensione completa del fenomeno culturale, delle aspettative delle famiglie e delle pressioni del mercato. Il completamento ideale del programma dovrebbe essere finalizzato a raccogliere dati sulla specifica realtà italiana, sulle differenze osservate nel territorio nazionale e sui cambiamenti da sviluppare: a questo verrà dedicata in prevalenza la rubrica di "ricerca in progress", per usare le parole di Giancarlo Biasini: "apprendere facendo ricerca: la terza fase della vita ACP, dopo la prima fase (ormai finita) dell'aggiornamento passivo e la seconda dell'aggiornamento attivo".

Le videocassette del programma potranno essere acquistate singolarmente a ogni uscita, con prezzi differenziati per i soci ACP, per i non soci, per gli enti.

cedola da spedire a:

Programma di Formazione Continua ACP c/o Franco Dessì via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)

Desidero Ricevere come: socio ACP non socio ACP ente

La videocassetta del programma di Formazione Continua ACP

- n. 1: Il diabete infantile, i rischi di ipoglicemia. *Una lezione di Mauro Pocecco.*
- n. 2: Manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali (parte prima: manifestazioni a carico del S.N.C; in appendice la sindrome Uremico - emolitica e il botulismo infantile): *Una lezione di Sandro Ventura*
- n. 3: Manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali (parte seconda, Le artriti reattive): *Una lezione di Sandro Ventura e Loredana Lepore*
- n. 4: ABC di dermatologia per il pediatra parte prima *di Fabio Arcangeli*
- le prime sei videocassette del programma di Formazione Continua ACP 1994-95

Allego ricevuta versamento c/c postale 17010091 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - Sezione Sarda.

Ho provveduto a specificare sul bollettino postale la causale del versamento.

Nome/ragione sociale.....

Indirizzo.....

CAP..... Città..... Tel/Fax.....

p.iva (necessaria per gli enti)

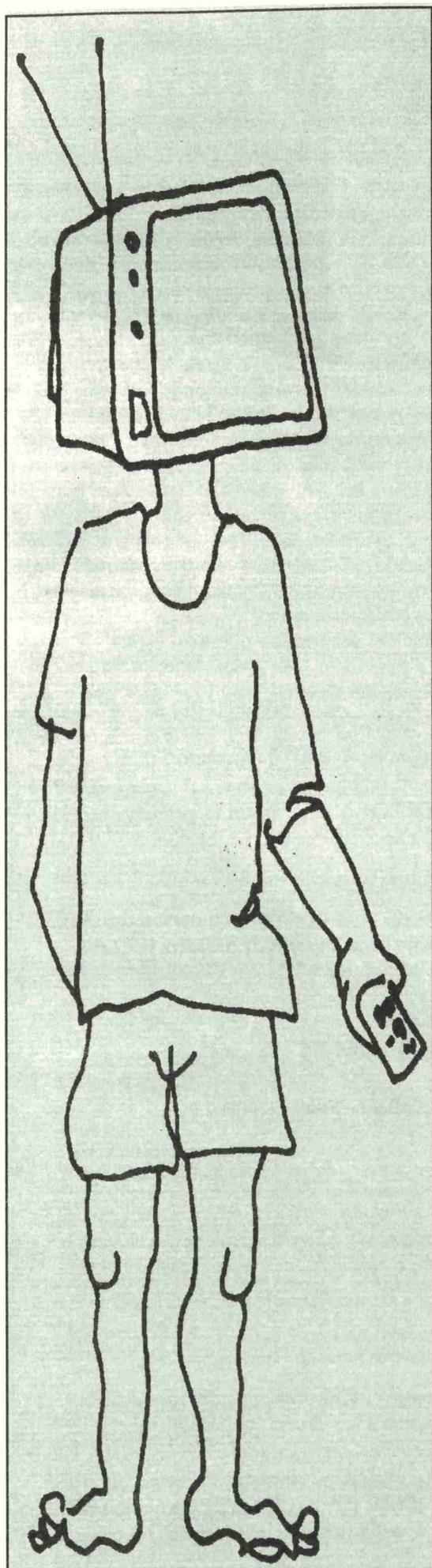
tariffe singola videocassetta: L.80.000 per soci o gruppi ACP formalizzati; L.100.000 per non soci ACP
L.150.000 per enti;

tariffe per il programma completo di formazione continua ACP (sei videocassette con uscita bimestrale, da completare entro il 31/12/95): L.400.000 per soci o gruppi formalizzati ACP; L.500.000 per non soci ACP;
L.700.000 per enti.

ABC di Dermatologia per il pediatra

PARTE PRIMA

Una lezione di Fabio Arcangeli



Il Programma di Formazione Continua ACP è completamente autofinanziato; come per ogni iniziativa dell'Associazione puntiamo al pareggio di gestione; per far questo, abbiamo l'obiettivo di realizzare circa 200 abbonamenti.

A giudicare dal numero di richieste che ci continuano a pervenire questo risultato sembra realizzabile e così abbiamo deciso che, dopo il giornale, anche le videocassette, il cui successo (davvero insperato!) è dovuto unicamente agli ottimi contenuti, necessitavano di un cambiamento di rotta per quanto riguardava la qualità tecnica, finora piuttosto scadente, perchè ci eravamo improvvisati ... cameramen e registi, come ben sanno gli abbonati e quanti hanno acquistato singole videocassette.

Finalmente abbiamo la collaborazione di professionisti che si occupano in prima persona della qualità audio, video, ecc., così con il video di Fabio Arcangeli, il taglio tecnico è decisamente migliorato.

Quanto ai contenuti, questa videocassetta non ha certamente nulla da invidiare alle precedenti: La diagnosi differenziale in dermatologia pediatrica è un tema che si presta particolarmente a questo strumento didattico.

Il filo conduttore della lezione è quello di "mostrare un metodologia per andare al di là di una diagnosi morfologica.

Ma al di là delle premesse metodologiche la ricchezza di questa videocassetta (la prima di una serie su questo tema) sta nella qualità delle immagini e nelle didascalie dal vivo che Fabio Arcangeli vi scrive.

Questo video può essere considerato una integrazione del libro che l'autore ha pubblicato, in collaborazione con Filippo Longo, per la NIS. Si comincia con una brevissima e utile premessa di fisiopatologia della pelle; si continua poi con una quantità infinita di immagini per più di novanta minuti.

C'è poco da aggiungere, c'è da vedere (e rivedere) per apprendere nozioni estremamente utili nella pratica quotidiana di ogni pediatra.

LA PREPARAZIONE DEI PEDIATRI NELL'AREA DELLE CURE PRIMARIE

Negli Usa le linee guida per il training degli specialisti in pediatria vengono rivedute ogni 5 anni e, negli ultimi 20 anni, è stata più volte sottolineata la necessità di una sempre maggiore preparazione in pediatria generale a scapito della pediatria subspecialistica.

D'altra parte il 60% dei pediatri, in USA, finirà col fare il pediatrician, cioè il pediatra generalista.

Secondo l'autore dell'articolo esiste, però, da tempo, una specie di schizofrenia per cui queste cose sono scritte, ma di fatto la preparazione dei pediatri avviene poi nei reparti ospedalieri che non hanno sempre il materiale necessario per una preparazione generalista. Come dire: tutto il mondo è paese, ma almeno negli USA i cattedratici si pongono questi problemi.

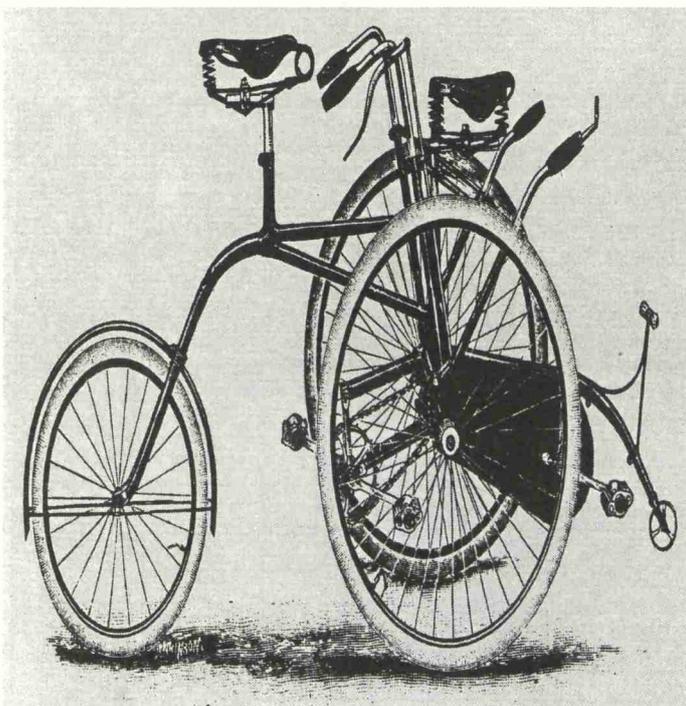
Fin dal 1978 i programmi del RRC (Residency Review Committee for pediatrics) richiedono 3 anni di pediatria dell'area delle cure primarie (e specificamente 6 mesi di ambulatorio); limitano il peso delle subspecialità ed allargano le esperienze di pediatria dello sviluppo, di adolescentologia e di clinica assistenziale delle malattie croniche.

I programmi successivi hanno confermato sempre questo orientamento ed hanno strutturato più precisamente i training in adolescentologia e pediatria dello sviluppo.

L'autore commenta che se noi abituiamo gli specializzandi ad affrontare problemi che non troveranno nel mondo reale ne faremo inevitabilmente dei frustrati.

E. Charney Pediatrics 1995, 95, 270.

Giancarlo Biasini



QUALI PROSPETTIVE PER LA RICERCA

Vi sono 5 livelli, secondo l'autore, della ricerca medica. Il più basso è il miglioramento del proprio curriculum vitae, ma questo non è importante per continuare a fare ricerca.

Il 2° livello è rappresentato dalla soddisfazione personale, che è più rilevante ma non sufficiente per giustificare il tempo, gli sforzi e il costo.

Il 3° livello è l'aumento delle conoscenze personali, ma se ciò è assai importante per la scienza pura, altrettanto non lo è in medicina e non può da solo giustificare gli investimenti nella ricerca medica.

Il 4° livello è rappresentato dal cambiamento del comportamento che può indurre negli altri.

Il 5° livello della ipotetica piramide che l'autore ritiene principale obiettivo della ricerca medica: MIGLIORARE LA SALUTE.

La successiva domanda è che tipo di ricerca dobbiamo condurre?

L'autore sostiene di non trovare logica la dicotomia tra ricerca clinica o di base, in quanto il fine ultimo di entrambe deve essere il miglioramento della salute. Secondo l'autore ci sono solo 2 utili dicotomie: se la ricerca è notevolmente utile, nel senso di migliorare la salute e se è metodologicamente corretta o no. Per cui è necessario partire dal livello 5° (il miglioramento della salute) quando si progetta una ricerca. Per quanto riguarda la 2° dicotomia è necessario che il disegno e l'analisi della ricerca minimizzino i possibili errori nella lettura dei risultati. Viene inoltre sottolineato che i 4 vincitori del premio per la ricerca dell'A.A.P. avevano seguito corsi di formazione in epidemiologia.

Per concludere solo le ricerche rigorose ed utili vanno condotte e finanziate, risparmiando le forze se la ricerca non è rigorosa o è rigorosa ma non utile.

COMMENTO: Questo articolo, di cui ho fatto un breve sunto, mi sembra ben focalizzare i problemi della ricerca in pediatria ambulatoriale in Italia. Spesso si assiste ad uno sforzo encomiabile, con risultati non adeguati all'impegno profuso sia per quanto riguarda il metodo sia per quanto riguarda la rilevanza della ricerca. Penso che il tentativo intrapreso in ambito A.C.P. di uno stretto collegamento tra epidemiologi e pediatri di base che si occupano di ricerca possa essere la strada giusta per fare il salto di qualità auspicato dall'autore dell'articolo.

Sicuramente infatti l'obiettivo di migliorare la salute è chiaro al pediatra di base in quanto fine del suo lavoro quotidiano, ma solo la collaborazione con esperti epidemiologi potrà portare ad un corretto disegno della ricerca.

Questa collaborazione a doppio flusso porterà benefici ad entrambi (epidemiologi e pediatri di base) ma permetterà soprattutto di raggiungere il 5° livello secondo Kramer e cioè il miglioramento della salute.

Michael S. Kramer. Pediatrics 1995; 95:82-84

Michele Gangemi.

ABC di Epidemiologia per il pediatra

Continua, con questo articolo, certamente fuori dal comune, il nostro ABC di epidemiologia per il pediatra. Un articolo che renderà piacevole lo sforzo culturale da fare per riuscire a impadronirsi dei rudimenti necessari per saper leggere un articolo scientifico o commentare una piccola ricerca clinica. Ci è parso giusto inserirlo nella rubrica del saper fare perché ogni giorno utilizziamo dei test clinici o di laboratorio e nella nostra routine dimentichiamo di aver a che fare con numeri, con problemi di riproducibilità di risultati e con tanto altro ancora di cui ci parlerà Roberto.

CAPO, HO INVENTATO UN NUOVO TEST

di R Buzzetti

A. Capò, ho inventato un nuovo test...

B. Ah, bene. A che cosa serve?

A. A fare diagnosi di mononucleosi

B. Interessante. Funziona?

A. Benissimo. Pensi che ha "beccato" 81 malati su 84. Cioè, voglio dire, l'ho provato su 84 malati ed è risultato positivo in 81 di essi. In 3 casi invece, stranamente, non ho funzionato.

B. Non c'è nulla di strano. Diciamo che la sensibilità del test è di 81/84 (oltre il 95%, molto bene direi), mentre 3/84 è il tasso di falsi negativi. Ma dimmi, piuttosto, come fai a sapere che gli 84 malati erano malati veramente?

A. La diagnosi di malattia è stata posta con i criteri conosciuti in precedenza. A dire il vero, ho avuto qualche problema, perché non sapevo a che livello di profondità fermarmi. Alcuni pazienti avevano una diagnosi clinica. Altri ancora avevano anche un Mono test positivo. Due pazienti, poi, erano stati studiati con esami più approfondito.

B. Questo è un grosso problema. Supponiamo tuttavia che in realtà fossero usati dei criteri forti e sufficientemente omogenei per diagnosticare la malattia. Dimmi, invece: come si è comportato il test sui sani?

A. Sani? Ma capò, non ci metteremo anche a fare gli esami ai sani... Si spieghi meglio.

B. Mi spiegherò meglio quando mi avrai portato un centinaio di test eseguiti sui sani.

A. Capò, una notizia sensazionale! Il test riesce a svelare anche i casi nascosti!

B. Che cosa stai dicendo?

A. Dico che mi sono procurate cento persone sane; o, meglio, credevo fossero sane... Pensi, invece, che ben 8 hanno il test positivo!

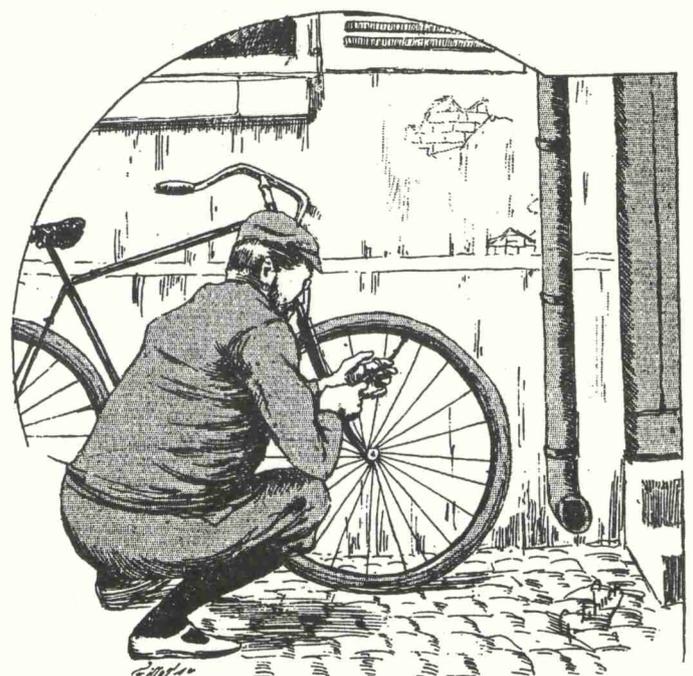
B. Ahai, Ahai! Credo che tu stia prendendo un grosso abbaglio. Il fatto che su 100 sani 8 abbiano il test positivo, significa solo che si tratta di falsi positivi. Difatti, il sano va definito tale prima di provare il test: mi auguro che tu abbia adottato dei criteri validi per garantire che fossero veramente sani. E comunque la probabilità di trovare per caso anche un solo malato di mononucleosi pescando 100 soggetti all'interno di una popolazione di presunti sani è veramente bassa.

Concludiamo, allora, che il test ha una specificità del 92% e un tasso di falsi positivi dell'8%.

Davvero, non male. Ricordiamoci poi che una delle due caratteristiche intrinseche, cioè sensibilità e specificità, potrebbe essere esaltata, cioè portata vicino al 100%, spostando semplicemente la soglia del giudizio, il cosiddetto cut-off, cioè il limite tra positività e negatività. Questo comporterebbe purtroppo uno scadimento dell'altra caratteristica; in altre parole, potresti decidere tu se avere un test più sensibile e meno specifico, o viceversa.

A. Lei cosa mi consiglia?

B. Non ti posso consigliare nulla. Sei tu che devi decidere se preferisci minimizzare i falsi negativi, tollerando qualche falso positivo in più, oppure il contrario. Dipende dall'obiettivo che



riproponi con il test; per esempio, trovare le malattie, oppure escluderle.

A. Dunque?

B. Dunque, tornando a noi, mi pare si tratti di un buon test, che nella grande maggioranza dei casi dice la verità. Se presenta anche caratteristiche di minor costo o di maggiori vantaggi d'uso rispetto ai test esistenti, proporrei di diffonderlo sul mercato. Non prima, però, di aver esaminato a fondo i problemi di riproducibilità.

A. Riproducibilità? Che significa?

B. Lo stesso test, ripetuto più volte in condizioni analoghe sullo stesso paziente (esempio: lo stesso prelievo analizzato ripetutamente) dovrebbe dare sempre lo stesso risultato, anche se eseguito da osservatori diversi, oppure dallo stesso osservatore in momenti differenti.

A. Logico.

B. Spesso, invece, si verificano strane situazioni. Per esempio, un test espresso in termini quantitativi (come una glicemia o altro) se ripetuto, dà valori differenti. Talvolta, la media delle misure è il valore "giusto"; si parla allora di misura accurata e

di errore (casuale) di precisione. Altre volte invece anche la media è del tutto sballata: la misura è inaccurata, distorta, per colpa di un errore sistematico, o BIAS. Il che, naturalmente, non esclude anche la presenza contemporanea di errore casuale.

A. Ma allora, basterebbe aumentare il numero delle misure...

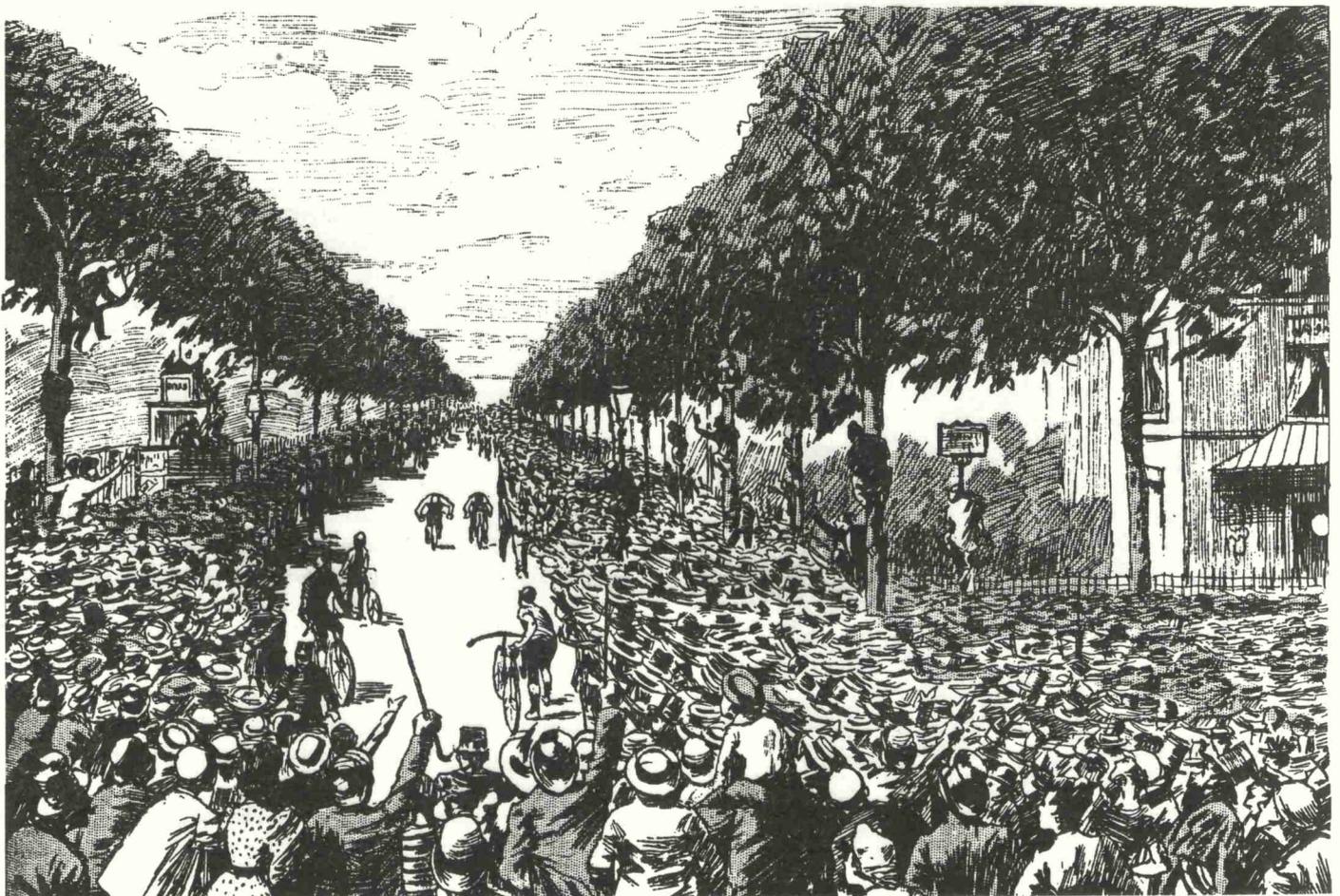
B. ...ad eliminare gli errori di precisione, non certo i BIAS. I Bias li devi conoscere e, quindi, li eviti o li correggi. Altrimenti otterrai misure scorrette.

Un altro fatto che ti sorprenderà è che un test (prendiamo stavolta un test di tipo "qualitativo" come un ECG, o una lettura di un'immagine ecografica, ecc.) possa essere interpretato in un modo del tutto differente (positivo o negativo, con ciò che ne consegue) da diversi operatori. O, addirittura, dallo stesso operatore che vede le stesse immagini in tempi differenti.

Ecco dunque che, dopo averti ricordato proprietà fondamentali di un test, come la sensibilità e la specificità, ti raccomando di accertarti che il tuo test sia riproducibile. Se non lo fosse, vorrebbe dire che l'esito del test è gravemente condizionato da chi lo esegue.

A. OK: vedrò di stare attento anche a questo. Poi, però...

B. poi, potresti finalmente lanciarlo sul mercato.



A. Capo, ci sono dei problemi.

B. Di che si tratta?

A. Mi stanno telefonando alcuni utenti, cioè dei medici che hanno provato a usare il mio test. Stanno avendo delle delusioni.

B. In che senso?

A. Si verificano parecchi casi di pazienti con il test positivo che poi, in realtà, risultano non avere la malattia.

B. Che ci trovi di strano? Avevamo previsto i falsi positivi.

A. Sì, ma non così numerosi. Non s'era detto l'8 per cento?.

B. No! Ti stai confondendo con la probabilità di falsi positivi in caso di non malattia, che è tutta un'altra cosa.

Un conto è analizzare l'esito del test conoscendo lo stato (malattia sì/no) del paziente. Altro discorso è prevedere come sta il paziente, avendo come unica informazione l'esito del test. E' esattamente il contrario. E purtroppo è questa la situazione in cui ci si trova nella realtà. Altrimenti, a cosa servirebbe fare il test, se si conoscesse già la verità?

Infatti, si parla di potere predittivo del test (positivo o negativo), proprio, perché il test ci aiuta a predire, potremmo dire a indovinare, se il soggetto in questione ha o non ha la malattia che sospettiamo.

A. Ma, allora, non potevamo predire quanto il nostro test sarebbe stato predittivo?



B. Finalmente, una domanda sensata! Oltre alla sensibilità e alla specificità che, come detto, sono caratteristiche intrinseche al test, la predittività di un test positivo dipende anche dalla **PROBABILITÀ** di riscontrare la malattia nella popolazione cui sto applicando il test.

Ora, seguimi: se tale popolazione è la popolazione generale (è il caso degli screening), questa probabilità non è altro che la prevalenza della malattia. Se invece, come nel caso dei test diagnostici, la probabilità è aumentata grazie ai sospetti costruiti su altri elementi - come l'anamnesi, l'esame obiettivo del paziente, altri test già eseguiti, ecc.), il potere predittivo aumenta proprio in ragione di questa probabilità.

A. In conclusione...

B. Per chiudere, se tu usassi il tuo test come screening della mononucleosi, applicandolo indistintamente a tutte le persone, avresti una predittività positiva estremamente bassa (con un rapporto elevatissimo tra falsi positivi e veri positivi), data la rarità della malattia.

Se invece lo impiegassi in tutti i soggetti con febbre, angina e ingrossamento della milza, il potere predittivo in caso di positività sarebbe enormemente accresciuto. E analoghe considerazioni valgono per l'esito negativo, casi che pone solitamente molti meno problemi.

Soltanto una valutazione completa, che tenga conto di elementi psicologici, economici, organizzativi e altro ancora, ci aiuta a decidere quando è consigliabile eseguire un test.

CARI GENITORI

*Caro papà...
ti chiedo di non andare più con gli amici tuoi a berti
il vino invece di pensare di più a me a mamma e
pure amia sorella.*

Paolo

*Caro papà...
non far piangere più mamma e quando parti torna
presto dai viaggi.*

Stefano

*Cara mamma...
ti voglio bene ma tu promettimi che non letichi più
con papà...*

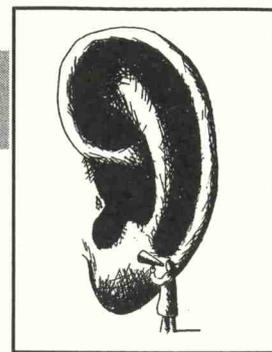
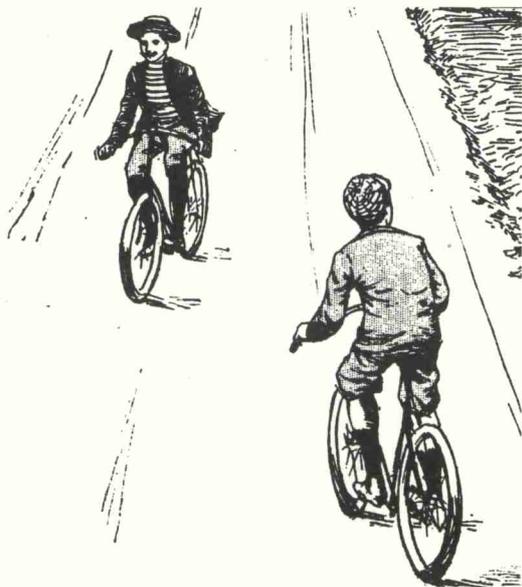
Laura

*Cara mamma...
io capisco i problemi che ci sono in casa ma vorrei
che tu passeresti più tempo insieme a me, per parla-
re per giocare chissà.*

Noemi

*Cara mamma...
vorrei che tu non gridassi più non picchiasse più non
ti lidicasse più con papà questo e tutto ciò che ti chie-
do e dimmi tu cosa vuoi che io faccio.*

Emanuela



*Caro papà...
e spero che tu metti un pò la
testa a posto...
io metterò la testa sui libri e
non su altre cose.*

Francesco

*Cari genitori...
e per piacere quando stiamo a tavola non litigate più
che poi a me mi passa pure la voglia di mangiare...*

Antonio

Quelli che presentiamo sono brani tratti da temi di bambini di una scuola elementare di Marano, paese alle porte di Napoli che, da anni, ormai, vive un profondo degrado socio-culturale che lo ha trasformato in una specie di villaggio-dormitorio. Numerose sono, a Marano, quelle che potremmo definire "famiglie vulnerabili", ai rischi della vita naturalmente. Si tratta di famiglie che possono sembrare normali e che difficilmente sono notate dal punto di vista del pediatra; presentano, invece, un alto grado di disfunzionalità che si rende evidente solo dopo approfondimento: alcune hanno il padre alcoolizzato o carcerato o che vive lontano per ragioni di lavoro. E i bambini sono, ancor più che gli altri membri della famiglia, esposti a rischio fisico, mentale, sociale: i figli di alcoolizzati hanno un'immagine svalorizzata dei genitori e questo vissuto fa sì che la comunicazione stabilita in famiglia porti a situazioni che colpiscono, che lasciano un segno profondo sui suoi membri e che deteriorano la sua stessa struttura. Le famiglie dei bambini che hanno scritto questi temi sono svantaggiati dal punto di vista socio-culturale ed economico: il capofamiglia è disoccupato o comunque non ha un lavoro stabile. La disoccupazione, nella dinamica familiare, influenza le relazioni matrimoniali, ha un effetto negativo sull'autostima del disoccupato stesso, interferisce in modo negativo sul successo scolastico dei bambini, determina una inadeguata risposta a malattie ed ospedalizzazione, talora sfocia in una mancanza di cure, nell'abbandono o nell'abuso del minore.

Dei temi, per ovvie ragioni, abbiamo preferito riportare e trascrivere solo alcuni brani ma questi nella loro versione integrale, con gli errori di ortografia e grammatica mentre, per motivi di discrezione, abbiamo preferito non indicare il circolo didattico frequentato dai bambini né i cognomi degli stessi.

Teresa Ferrigno - insegnante elementare

Giuseppe Dante - pediatra e neuropsichiatra infantile

Se avessi una bacchetta magica farei scomparire a papà perché mi sgrida, mi picchia, non parla e non mi porta mai a fare una passeggiata.

Michele

COME SI PRATICA

SEDE: superficie volare dell'avambraccio all'incontro tra il terzo superiore e il terzo medio, lungo l'asse longitudinale, in una zona indenne da lesioni cutanee.

PREPARAZIONE: per le confezioni da 3 dosi diluire la PPD secca con 0,3 ml di soluzione solvente, agitare delicatamente per sciogliere bene e aspirare una singola dose da 0,1 ml che equivale a 5 U.T. (unità tubercoliniche internazionali)

INIEZIONE: usare siringa da insulina ed ago 26-27; dopo aver cambiato l'ago inoculare usando un ago a becco di flauto che va inserito con il foro rivolto verso l'alto, subito sotto l'epidermide (in zona intradermica) tenendo con l'altra mano la cute ben tirata. L'iniezione deve provocare la comparsa di un ponfo liscio con un diametro di almeno 6 - 10 mm. La comparsa di un ponfo con superficie a buccia d'arancia indica che l'iniezione è avvenuta troppo in profondità (sottocute) per cui l'iniezione va ripetuta in altra sede.

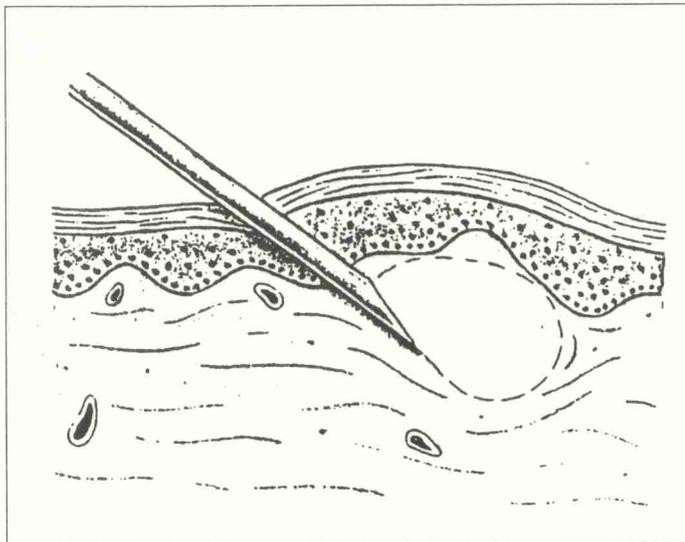
COME SI CONSERVA

anche se ricostituita va conservata a 2 - 8 gradi al riparo della luce. In caso di confezioni multidosi dopo la ricostituzione va conservata per la durata della seduta in frigo a 2 - 8 gradi al riparo della luce (in carta argentata) e distrutta a fine mattinata.

LETTURA: va eseguita da personale medico dopo 72 ore dall'inoculazione determinando palpatariamente l'indurimento lungo il diametro trasverso rispetto all'asse dell'avambraccio e misurando con un righello millimetrato senza considerare l'alone eritematoso. Riportare solo i millimetri del ponfo e non usare altri sistemi quali croci o +.

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELLA POSITIVITA'

La positività è certa con diametro <9, incerta fra 5 e 9 (ripete-



INTRADERMOREAZIONE DI MANTOUX

Paolo Siani

re); negativa < 5 mm (ripetere).
In casi particolari, quelli elencati, anche 5 mm o meno devono mettere in allarme. Considerare con attenzione particolare i casi esposti:

Ponfo < uguale a 5 mm

- bambini in stretto contatto con casi noti o sospetti di tbc in fase infettiva
- bambini con segni clinici o radiologici suggestivi di infezione tubercolare
- bambini in condizione di immunodepressione o con infezione da HIIV

Ponfo > di 5 mm e < uguale 9 mm

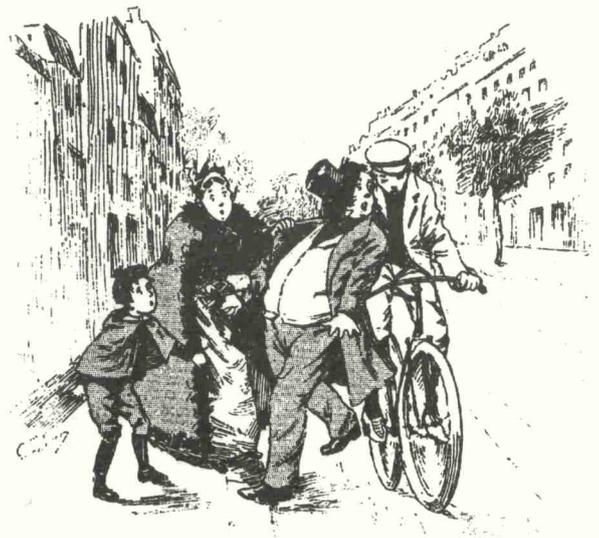
- bambini ad aumentato rischio di disseminazione dovuto a :
 - a) giovane età < 4 anni
 - b) altri fattori medici di rischio compreso m. di Hodgkin, linfomi, diabete, insuf. renale cronica, malnutrizione
- bambini a maggiore esposizione ambientale
 - a) nati o con genitori nati in aree geografiche ad alta prevalenza
 - b) frequentemente esposti ad adulti con infezione da HIV, persone senza fissa dimora, persone che usano droghe per via iniettiva, cittadini in condizioni di povertà, soggetti istituzionalizzati, lavoratori agricoli, emigranti

Ponfo > uguale 10 mm

- bambini di età > 4 anni senza alcun fattore di rischio.

IMPORTANTE

Come per qualunque prodotto biologico deve essere disponibile Adrenalina 1:1000 e altri farmaci d'emergenza.





LA TUBERCOLOSI: QUELLO CHE SI FA E QUELLO CHE SI DOVREBBE FARE

a cura dell'ACP Campania

E' stato somministrato a un campione di 202 pediatri campani un questionario per capire quali sono le cose che realmente si fanno quando si entra in contatto con un bambino con sospetta malattia tubercolare. Ci occupiamo in questo primo articolo dei tests cutanei alla tubercolina: l'intradermoreazione alla Mantoux e i tests con microiniezioni multiple (Tine test).

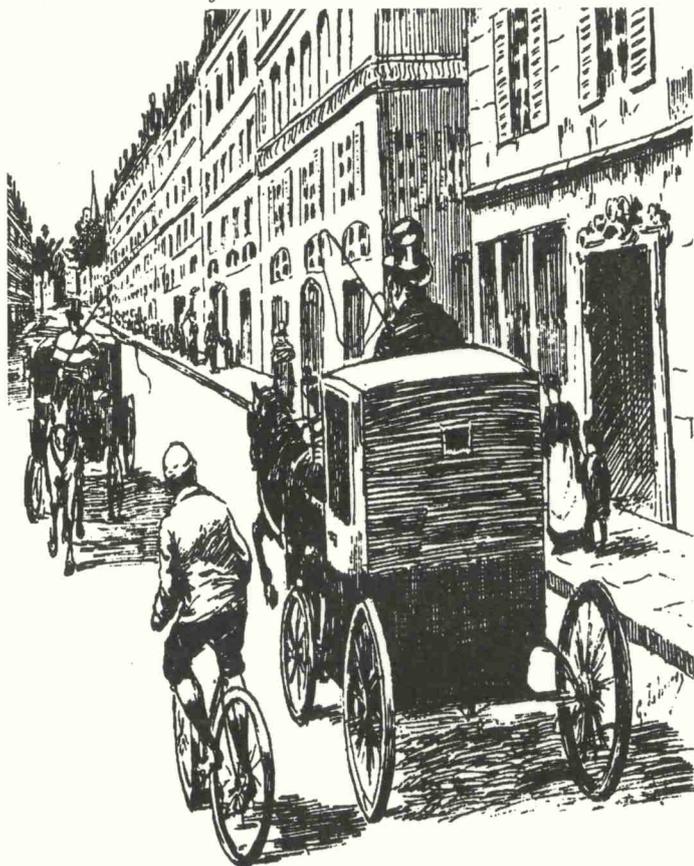
Al questionario hanno risposto pediatri di base (30%), ospedalieri (33%), universitari (23,2%) e pediatri dei consultori (7,9%).

Il Tine test viene ritenuto utile come screening di massa dal 64% del campione, inutile dal 9%, utile solo nei gruppi a rischio dal 27%. Nel sospetto di tbc il pediatra pratica nel proprio ambulatorio il tine test nel 34%, la Mantoux nel 23%; il 43% degli intervistati, invece, non pratica nessuno dei due tests e invia il bambino in ospedale o in un laboratorio di analisi.

Nella lettura dei tests il 40% prende in considerazione l'eritema, il 52% l'infiltrato con un diametro inferiore a 10 mm, l'8% l'infiltrato con un diametro sup. a 10 mm.

Tra le condizioni che possono determinare una falsa negatività della mantoux vengono indicate: l'età inf. a 6 anni dal 6%, le malattie virali e l'AIDS dal 35%, la malnutrizione dal 15%, le malattie neoplastiche dal 18% e la fase precoce di malattia dal 26%. Infine è stato chiesto se una mamma con tbc in trattamento può allattare: il 76% ha risposto no.

Questo è quello che si fa, la pratica corrente. Veniamo a quello che si dovrebbe fare.



Il Committee on Infectious diseases ha recentemente stabilito che il test di riferimento e di conferma dell'acquisizione dell'allergia alla tubercolina quale prova indiretta dell'immunità antitubercolare che può essere utilizzato per identificare l'avvenuto contatto con il micobatterio tubercolare o l'insaturarsi dell'immunità dopo la vaccinazione con BCG è l'intradermoreazione alla Mantoux. I tests con microiniezioni multiple non sono appropriati per la dia-

gnosi e il loro uso dovrebbe essere notevolmente ridotto, meglio se eliminato per una serie di motivi:

1. è impossibile controllare l'esatta dose di antigene introdotto e quindi l'interpretazione dei risultati non può essere standardizzata;
2. c'è una percentuale del 10-15% di falsi positivi e circa il 10% di falsi negativi;
3. rispetto alla Mantoux hanno una bassa sensibilità e specificità;
4. dopo un test positivo va sempre praticata la Mantoux per cui il rapporto costo/benefici di una tale strategia non è conveniente;
5. l'effetto booster nei confronti di risposte aspecifiche che creano falsi positivi al successivo test di Mantoux.

Altro aspetto importante è la lettura del risultato: va fatta dal medico e non dai genitori; va preso in considerazione solo l'infiltrato che va accuratamente misurato con un righello millimetrato e non l'eritema che rappresenta una reazione del tutto aspecifica.

Infine le condizioni che realmente possono determinare una reazione falsamente negativa del test di Mantoux sono: a) fase precoce di malattia (la reattività alla tubercolina compare per la prima volta 3 - 6 settimane dopo l'infezione iniziale), b) età inferiore a 4 anni; c) associazione con altre malattie virali - morbillo, aids etc); d) la malnutrizione; e) le malattie neoplastiche.

La mamma con tubercolosi in trattamento, infine, non può allattare il proprio bambino solo se è in terapia con Streptomina o pirazinamide.

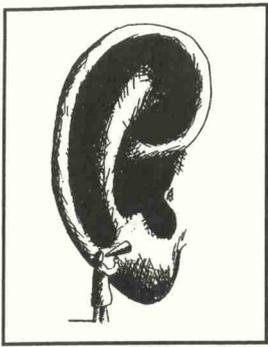
Nel prossimo numero parleremo della terapia.

Le domande del nostro questionario sul trattamento erano le seguenti:

bambino con Mantoux positiva e senza segni di malattia che fai ?

- a) INH per 9 mesi ;
- b) INH per 12 mesi ;
- c) INH per 18 mesi ;
- d) rifampicina,
- e) pirazinamide
- f) INH + rifampicina + pirazinamide
- g) niente
- i) consulto il libro

provate a rispondere.



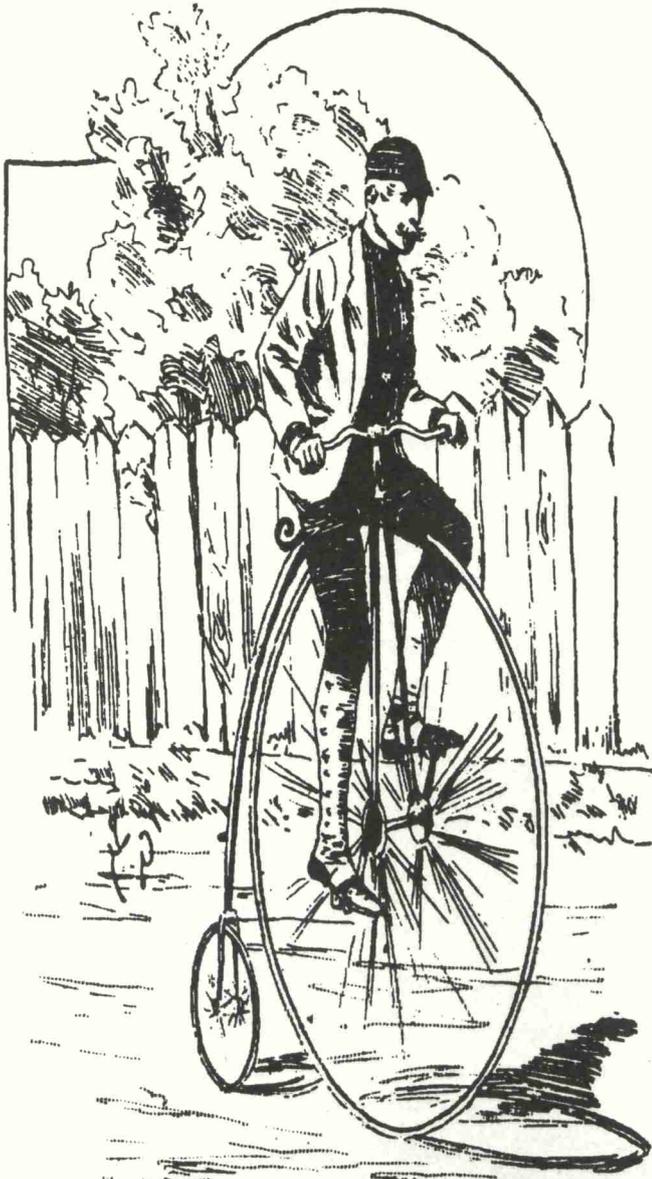
L'INGESTIONE DI CAUSTICI: UN PROBLEMA PREVENIBILE

di Monica Pierattelli

Gli incidenti domestici e l'ingestione dei caustici in particolare non devono essere ritenuti, a differenza di altri eventi che accadono in medicina, una semplice e talora ineluttabile FATALITÀ', imprevedibile e prevenibile.

Alcune misure di legge hanno migliorato il quadro della sicurezza dell'ambiente, modificando in parte il panorama dei prodotti per la pulizia della casa in commercio, che sono comunque aumentati di numero nel tempo:

- la concentrazione delle sostanze caustiche è stata spesso



abbassata

- le chiusure sono più sicure (a prova di bambino)
- le etichette sono più complete e le informazioni sulle caratteristiche dei prodotti più dettagliate
- è presente una tendenza verso prodotti più naturali spesso di origine vegetale, costituzionalmente più innocui

Lungi però dal pensare che questi prodotti scompaiano dal mercato (la migliore manovra preventiva) e considerando che la maggior parte degli incidenti avviene nell'ambiente domestico, durante l'impiego del caustico, che spesso non si trova nella sua confezione originale, il secondo passo, stavolta più mirato e focalizzato passa per alcune informazioni di cui devono essere a conoscenza le famiglie.

Questa può e deve essere fatta a diversi livelli e si deve avvalere di numerosi canali.

Bene quindi la pubblicità progresso alla TV, bene le pagine dei giornali femminili e d'informazione (da tenere in sala d'attesa), bene i cartelloni per strada (che si possono attaccare negli ambulatori), bene gli adesivi, e bene anche i depliant illustrativi sugli incidenti da consegnare e illustrare alla famiglia alle età critiche (soprattutto 1-4 anni).

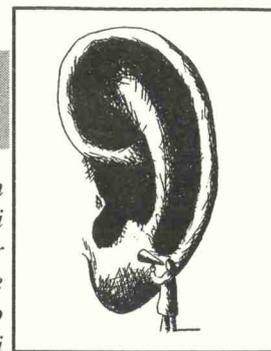
Le visite devono essere occasione per rinforzare l'attenzione degli adulti alla protezione del bambino. Questo non significa inviare messaggi educativi esageratamente ed ossessivamente iperprotettivi, ma significa invitare a seguire il bambino, che deve sperimentare l'uso del proprio corpo in questa fascia di età tipicamente esplorativa, nella sua pratica quotidiana favorendo quegli "automatismi" necessari per la sua sicurezza, educando a eliminare contemporaneamente le fonti di pericolo reali. Basta sottolineare poche cose:

- preferire prodotti con chiusure di sicurezza
- conservarli in luoghi inaccessibili ai bambini
- mantenere i caustici nelle confezioni originali (no alle bottiglie di acqua minerale che contengono chissà

che cosa)

Sembrano banalità ma una indagine svolta a Bologna nel 1988 su questo tema, con visite domiciliari effettuate da assistenti sanitarie, ha messo in evidenza come in più del 50% dei casi i detersivi vengano tenuti in basso, senza alcun accorgimento protettivo.

Nell'ingestione di caustici si possono di fatto verificare diverse condizioni.



1) Il bambino beve chiaramente un prodotto lesivo:

la dinamica è evidente, il prodotto è presente nel luogo dell'accaduto, le condizioni cliniche immediatamente precarie

disfagia, scialorrea, dolore retrosternale e/o addominale, stridore laringeo, lesioni del cavo orale, vomito.....l'evento più frequente è che la famiglia porti immediatamente il bambino al pronto soccorso senza interpellare il pediatra.

Ma può succedere anche che in simili condizioni cerchi il contatto con il medico, di solito tramite il telefono.

In questa situazione è stato definito un piccolo protocollo di comportamento, una procedura standard, che può essere mutuata comunque da chiunque si trovi in queste circostanze (un infermiere che risponda al telefono del Pronto Soccorso, per esempio), che passa attraverso diversi punti:

- chiedere il numero di telefono (se cadesse la linea?)
- chiedere l'indirizzo (se la madre sviene?)
- valutare il livello di pericolosità dell'accaduto mentre avviene la descrizione
- chiedere peso ed età (variabili importanti per la definizione del rischio)
- chiedere il tipo del prodotto ingerito
- informarsi sul tempo trascorso dall'ingestione
- valutare la quantità del prodotto ingerito (considerando per esempio la quantità residua)
- assicurarsi che altri organi non siano lesi (per esempio cute e occhi)

Su questa base possono essere date con certezza alcune indicazioni:

- suggerire, se l'evento è recentissimo, di far bere moderatamente al bambino acqua, cercando comunque di non indurre il vomito e poi mantenere il digiuno assoluto
- se viene deciso per il ricovero, istruire la famiglia a prendere il contenitore del caustico e il materiale eventualmente vomitato che devono essere portati al pronto soccorso
- se si decide di aspettare, tenere comunque sempre pronto il numero del Centro antiveleni e ritelefonare dopo 1/2 ora, 1 ora e 4 ore.

Infatti devono essere ricordati e sottolineati due dati culturali importanti:

esistono dei prodotti che non sono caustici anche se rientrano nel grande panorama dei prodotti per la casa e che generano nella famiglia, se ingeriti dal bambino, un forte panico perché spesso sono emetici. Non possono essere considerati caustici i comuni detersivi o saponi, costituiti da tensioattivi non anionici e anionici e quindi non sono pericolosi i detersivi per bucato, quelli per lavare a mano le stoviglie e le saponette.

2) può accadere invece che i dati dell'ingestione siano incerti.

Ricordiamo che sono pericolosi in ordine crescente i candeggianti, i pulitori per metalli, i detersivi per lavastoviglie e i prodotti per forni e superfici dure anche se non ci sono sintomi chiari e non sono presenti lesioni evidenti del cavo orale, delle labbra e della lingua.

Il bambino deve essere inviato ad un presidio ospedaliero perché venga eseguita una esofagogastroscoopia entro le 24-36 ore dalla sospetta ingestione.

Infatti nel 6-18% dei casi di ingestione di caustici non ci sono sintomi evidenti ma sono presenti lesioni esofagee o gastriche che necessitano comunque di un approccio medico mirato.





IL PERCHE' DI UNA PROPOSTA

Si è svolto il giorno 8/4/95 il seminario riguardante "IL COUNSELLING IN PEDIATRIA". Tale seminario aveva lo scopo di sensibilizzare il pediatra ambulatoriale, dopo l'interessante presentazione del Dr. Bert e della Dr.ssa Quadrino all'ultimo congresso A.C.P. di Firenze, alle tematiche del counseling ed alle sue notevoli potenzialità in campo pediatrico.

Va precisato che quando parliamo di counseling ci riferiamo ad un particolare tipo di scambio comunicativo tra un medico ed un paziente, caratterizzato da una istanza di cambiamento¹.

Non vi è dubbio che i problemi relazionali nel lavoro del pediatra di base stanno assumendo sempre più importanza² e che è indispensabile che il pediatra sia capace di comunicare correttamente e consapevolmente con la diade genitore-bambino per stringere alleanze positive nel sistema familiare.

E' altrettanto certo che nella pediatria attuale lo stile di comunicazione autoritario ha poche possibilità di successo, vista l'attuale evoluzione della società e la richiesta di contrattazione da parte dell'utente.

L'A.P.C.P. di Verona, che raggruppa 50 pediatri di base operanti nelle province di Trento e Verona, ha invitato il Dr. Bert e la Dr.ssa Quadrino a tenere questo seminario di sensibilizzazione che è il primo tenutosi in ambito pediatrico. Hanno partecipato 20 soci dell'associazione che avevano dato adesione precedentemente e la struttura del seminario prevedeva, dopo un'introduzione

IL COUNSELLING IN PEDIATRIA

La SICIM propone un corso di counselling, condotto dal professor Giorgio Bert e dalla dottoressa Silvana Quadrino, riservato ai pediatri ACP.

Il corso si svolgerà a Torino presso la sede formativa della SICIM - via Quintino Sella 133 - e prevede 4 moduli di 2 giornate ciascuno (venerdì e sabato).

L'oratorio previsto (venerdì ore 11 - 18.30; sabato 9 - 16.30) dovrebbe consentire un solo pernottamento a Torino. Sono in corso trattative con l'Assessorato alla Cultura della Città di Torino per individuare alberghi che accordino un trattamento di favore agli iscritti al corso. L'Assessorato metterà inoltre a disposizione di chi fosse interessato biglietti omaggio per le manifestazioni in atto a Torino nei giorni dei corsi.

L'ARCIGOLA è disponibile a organizzare per gli iscritti, nelle serate del venerdì ed eventualmente nel pomeriggio del sabato e della domenica, speciali programmi di cultura enogastronomica (serate di degustazione vini, visite a produttori, ricerca di formaggi DOC, tartufi, ecc).

Il corso si rivolge a un gruppo di non meno di 15 e non più di 20 iscritti.

Prevede momenti teorici (appoggiati dallo studio di testi e articoli che saranno indicati agli iscritti) ed esercitazioni pratiche in simulazione o a partire da sequenze registrate.

La data del primo modulo sarà fissata al raggiungimento del numero minimo di iscritti (15)

I moduli successivi saranno programmati con frequenza bimestrale.

Il costo complessivo del corso è di L. 1.600.000 (esclusi pernottamenti e programmi Arcigola).

Gli interessati possono prendere contatto con la SICIM, tel. 011 8609953, fax 8609278 per segnalare la loro adesione e per ulteriori informazioni.

CORSO DI BASE

Tecniche di counselling in pediatria

PROGRAMMA

Primo modulo

Curare il bambino, comunicare con la sua famiglia

Introduzione alla lettura sistemica delle comunicazioni in pediatria

Prima giornata (ore 11 - 11.30 14.30 - 18.30)

Principi e tecniche per l'analisi della comunicazione

Gli elementi di una comunicazione

Aspetti di contenuto e aspetti di relazione

La comunicazione professionale

La comunicazione in situazioni di crisi

Seconda giornata (ore 9.00 - 13.00 14.00 - 16.30)

La comunicazione nei sistemi umani

Principi teorici di analisi dei sistemi umani

Il sistema famiglia e l'evento malattia

Il sistema medico-famiglia

Sistemi satelliti nelle situazioni di cura (specialisti, ospedale, servizi di territorio).

Secondo modulo

Conoscere il bambino, conoscere la famiglia

Introduzione alla lettura sistemica dei comportamenti, delle comunicazioni, dei sintomi

Terza giornata (ore 11.00 - 13.30 14.30 - 18.30)

L'anamnesi familiare come strumento del counselling in pediatria

Le domande del medico come messaggi informativi alla famiglia

Dall'anamnesi lineare all'anamnesi circolare



Domande sulla storia e domande sulla struttura
Dal "perché" al "a cosa serve?"

Quarta giornata (ore 9.00 - 13.00 14.00 - 16.30)

Comportamenti e sintomi

Osservazione dello stile comunicativo dei genitori con il bambino
Dal sistema nucleare al sistema allargato
Il sintomo come elemento di comunicazione
Il pediatra come elemento del sistema familiare, vantaggi, svantaggi, contromisure.

Terzo modulo

Parlare ai bambini, parlare del bambino

Tecniche di comunicazione consapevole con le famiglie

Quinta giornata

Introduzione al colloquio di counselling

La struttura del colloquio
Come equilibrare gli scambi comunicativi
L'uso del silenzio
Comunicazioni non verbali

Sesta giornata

Aspetti educativi, informativi e prescrittivi in pediatria

Aspetti pragmatici delle comunicazioni e delle informazioni sull'intero sistema familiare
La scelta delle informazioni efficaci
Il colloquio con la coppia dei genitori
La comunicazione diretta con il bambino e l'adolescente

Quarto modulo

Le comunicazioni difficili

Settima giornata

Alleanze e conflitti

Il genitore buono e il genitore cattivo: trappole per ottenere l'alleanza
Genitori disobbedienti: il problema della compliance in pediatria
Segreti e alleanze: il paziente adolescente

Ottava giornata

Situazioni difficili

Comunicazione di diagnosi
Problemi alimentari
Malattie croniche
L'ospedalizzazione del bambino

A conclusione del corso di base, verrà rilasciato il
Diploma di primo livello in Counselling Skills.

Per chi fosse interessato al conseguimento del titolo di secondo livello (riconosciuto dalla European Association for Counselling) è prevista una seconda fase formativa, con momenti di approfondimento teorico e supervisione di casi.

La seconda fase consente inoltre a chi è interessato agli aspetti formativi di acquisire tecniche di formazione al counselling e di entrare a far parte della struttura formativa della SICIM a training concluso.

di concetti generali, sottolineati da efficaci sequenze cinematografiche e/o da reali colloqui ripresi in studi medici, una seconda parte dedicata alla discussione di casi pediatrici preparati dai partecipanti e rivisti dai conduttori.

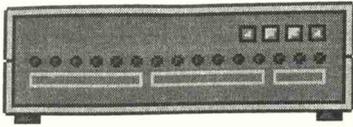
L'importanza di una corretta comunicazione, che sottintende ovviamente una ben precisa dinamica relazionale, è stata evidenziata da questa esercitazione e si è posta attenzione ad un ascolto reale delle richieste del genitore e/o dell'adolescente.

Tutti i pediatri partecipanti si sono mostrati molto interessati alle tecniche del counseling, onvenendo sulla necessità di approfondire tale tecnica e di prevedere un seminario di II° livello organizzato dai conduttori.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BERT G., QUADRINO S., Il medico e il counseling, Roma: Il pensiero scientifico, 1993.
- (2) BRUTTI P. et AL.: Il pediatra ambulatoriale e i problemi psicorelazionali, Medico e bambino 3, 43-48, 1995.





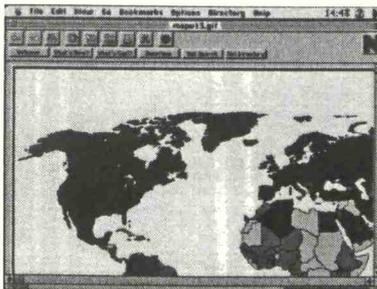
net info

a cura di Salvo Fedele

Da questo numero comincerò a curare una pagina di informazioni su Internet. L'idea nasce dalla voglia di suscitare una qualche curiosità nei lettori sulla "rete delle reti" e nello stesso tempo di offrire a quanti utilizzano normalmente (o con qualche difficoltà) internet una pagina di indirizzi utili, *alla ricerca di Ausili Didattici per il pediatra*, nel più vasto contenitore ipermediale che la tecnologia oggi offre. Con qualche fatica iniziale oggi è infatti possibile *auto-confezionarsi* una completa sessione di aggiornamento (di qualità anche eccelsa) per un singolo pediatra o per un gruppo di pediatri: si possono risolvere casi clinici, affrontare l'esame del CME credit dell'Accademia Americana di Pediatria, consultare una vasta biblioteca di diapositive su casi didattici di oftalmologia, consultare in linea l'ultimo numero del *MMWR* o di *scientist*, fare una vera e propria ricerca bibliografica. Di Internet si parla, non sempre a proposito, quasi dappertutto e purtroppo con un linguaggio spesso inevitabilmente astruso, così probabilmente a qualcuno di voi sarà venuto in mente di chiedersi "cosa ci potrei fare io con Internet?"; niente paura, anche se questa domanda non vi ha mai sfiorato, uno degli obiettivi di questa pagina è quello di farvi fare questa domanda. Per trovare una informazione utile sulla rete delle reti ci sono due possibilità, l'una, come si dice con una metafora forse un po' abusata è "imparare a navigare" (per farlo bisogna avere: 1) un buon programma di navigazione e col tempo, se questa pagina susciterà interesse, parleremo anche di questo; 2) un amico che già si collega a internet per evitare di fare l'autodidatta, un mestiere senz'altro troppo faticoso; 3) l'amico giusto: c'è in giro un numero eccessivo di esperti poco esperti).

L'altra modalità di trovare informazioni interessanti è quella di *digitare al posto giusto l'indirizzo* che qualcuno ti ha consigliato; in questo caso sarà sufficiente che chi vi installa il programma vi dia in poco tempo qualche informazione di base sulle procedure di accesso; una piccola raccomandazione: non provate a installare da soli i programmi di accesso a internet, c'è sempre qualche piccolo inconveniente; un'installazione guidata, anche solo telefonicamente, vi risparmierà tempo e fatica. In questa pagina parleremo prevalentemente di *indirizzi utili per il pediatra*; infatti nei giornali che parlano di internet non avrete difficoltà a trovare l'indirizzo della *Casa Bianca* o quello di *Playboy* (molto richiesto), ma anche quello del *manifesto* (per la verità meno richiesto) e di "*Le monde diplomatique*"; difficilmente, come è ovvio avrete l'opportunità di avere segnalato l'indirizzo non meno interessante per un pediatra dell'*Accademia Americana di Pediatria*, del *Massachusetts Hospital* o del server di *Singapore* che raccoglie le informazioni per genitori e pazienti su tutte le malattie dermatologiche di interesse pediatrico. Internet è una straordinaria fonte di informazioni, il mondo dell'editoria totale: migliaia di indirizzi nuovi ogni mese rendono indispensabili delle vere e proprie pagine gialle che consentano all'utente di fare i primi passi, e infatti pagine gialle di indirizzi, le famose *Internet Yellow pages* sono pubblicate, ma già superate da tempo quando arrivano in libreria (per fare un esempio che direttamente ci riguarda: le ultime Yellow pages che trovate in libreria alla parola chiave pediatria segnalano un solo sito (e poco interessante); con una modesta capacità di *navigazione* utilizzando un "*motore di ricerca*" (uno dei tanti computer collegati a internet che immagazzinano indirizzi utili) in breve tempo potrete scoprire qualche centinaio di siti di interesse pediatrico. Questa lunga premessa vuole servire soltanto a dire che non è possibile cominciare da zero, che bisogna avere qualcuno su cui poter contare ricordando alcune cose:

- 1) diffidate di quanti vi dicono di essere collegati a internet e poi sono in grado di utilizzare soltanto la posta elettronica
- 2) non tutti i *providers* (in pratica la struttura che si collega in modo permanente a Internet, noleggiando una o più linee dedicate e che funge da trait d'union ai suoi clienti) sono all'altezza dei servizi che dicono di garantire
- 3) nelle spese di collegamento a Net dovrete considerare che l'attuale arretratezza del sistema telefonico italiano (rispetto a quella degli altri paesi "ricchi") rende internet terribilmente lenta per cui alla lunga conviene scegliere il provider del proprio distretto telefonico, spendendo anche qualche cosetta in più piuttosto che vedersi recapitare bollette telefoniche astronomiche; quando i providers erano un po' meno numerosi questa era l'unica modalità per i *net-single* (i patiti di internet senza istituzioni di riferimento); per fortuna le cose adesso sono cambiate anche in Italia.
- 4) non rinunciate al "World Wide Web" detto anche "Web", "www", o semplicemente "w3". Il Web non è una moda è la tecnologia che ha favorito il boom di internet; si descrive a fatica, si deve vedere; scrive Giuseppe Salza (un autore che non si entusiasma facilmente, a differenza di quello che si potrebbe pensare leggendo questa breve citazione): "il Web è l'arma rivoluzionaria che ha liberalizzato e decentrato l'accesso al Net: grazie a essa Internet si è trasformato in un oceano virtuale schizofrenico che annulla i concetti di



distanza e frontiera. Il Web è inoltre l'unica tecnologia di navigazione completamente ipermediale: in sostanza Internet diventa una specie di libro planetario illustrato a oltranza" (1); questo è il Web, non una parola è fuori posto nella descrizione di Salza.

5) se qualcuno vi consiglia un collegamento dicendo che anche lì un giorno ci sarà una pagina Web, ringraziate e cambiate aria: il mondo è pieno di provider che promettono di aprire pagine Web e in qualche rara occasione mantengono anche la promessa; ricordate però che aprire una pagina Web è cosa ben diversa dal garantire un accesso al Web. Tutto il popolo della *NExT generation* è potenzialmente in grado di aprire una pagina Web, un'operazione noiosa più che difficile (bisogna avere la voglia e il tempo di imparare l'astruso linguaggio di programmazione con cui queste pagine sono scritte).

6) La maggior parte della gente in Italia è convinta che Internet sia una modalità di comunicazione crittografica. Probabilmente L'onorevole Tiziana Parenti che da quando è diventata famosa non fa che ripetere "*i mafiosi ormai comunicano su internet*" è la principale responsabile di questa diffusa convinzione; in realtà rispetto a quello che offre il mondo della comunicazione via computer internet è preistoria. Per comunicare tra sconosciuti internet offre splendide possibilità, ma i gruppi di discussione sono pubblici e sotto gli occhi di tutti, la grafica e i tempi di comunicazione lenti; per un gruppo di lavoro esistono sistemi ben più efficienti di comunicazione e molti di questi sono in grado o saranno presto in grado di trasformare le informazioni in pagine Web per internet (automaticamente, senza la fatica della programmazione); Internet è anche la posta elettronica, la discussione di gruppi ma è soprattutto un'altra cosa: il sapere con le sue luci e le sue ombre. Speriamo che qualcuno un giorno spieghi queste povere nozioni anche alla "Rossa", la mafia, sono sicuro, è già a conoscenza delle nuove tecnologie di comunicazione.

Fine della lunga premessa, ecco gli indirizzi suggeriti questo mese per una sessione di aggiornamento su internet; ricordate gli indirizzi NET vanno riportati tali e quali, senza aggiungere una virgola e senza cambiare il maiuscolo/minuscolo dei caratteri.

<http://www.aap.org/dogl/dogl.html>

è il Web dell' American Academy of Pediatrics: tutto sugli obiettivi di questa prestigiosa società scientifica, potrete contattare personalmente il server, ricevere informazioni per un viaggio studio o per quel che vi pare.

<http://www.zki.uni-frankfurt.de/>

è l'indirizzo della Kinderklinik della J.W.Goethe Universitat di Francoforte; potrete farvi l'occhio su 56 vetrini di midollo (dalla Leishmaniosi al Neuroblastoma)

<http://wwwOnmac.mgh.harvard.edu/hospitalweb.html>

un classico "motore di ricerca", contiene gli indirizzi www di 94 ospedali, dall'Asia all'America; spostatevi all'indirizzo che vi incuriosisce di più o con un clic sul mouse siete arrivati.

[http:// www.lhl.nab.edu/pedinfo](http://www.lhl.nab.edu/pedinfo)

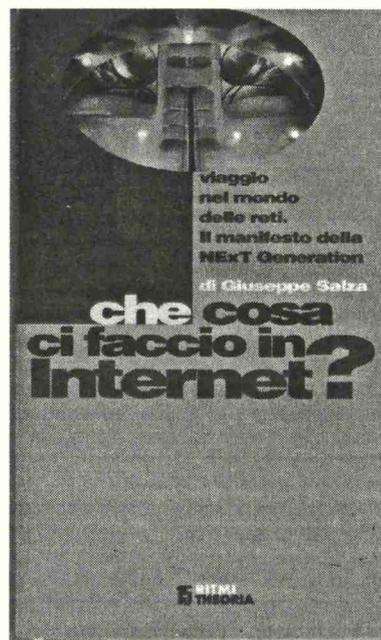
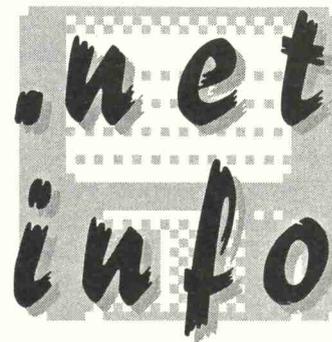
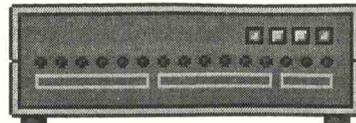
la pagina web di pedinfo è un punto di partenza obbligato per tutto ciò che di interesse pediatrico c'è su Internet: dalle informazioni sulle singole specialità ai programmi di ricerca avviati, alle pagine di educazione sanitaria; ovviamente sarete informati anche degli ospedali pediatrici collegati alla rete delle reti.

<http:// med-aapos.bu.edu>

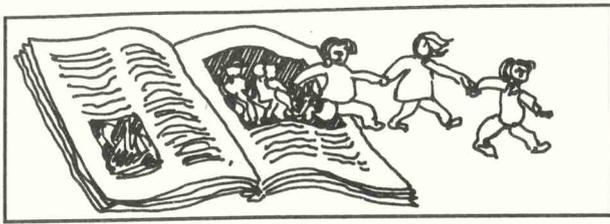
la pagina Web dell'American Association for pediatric ophthalmology and strabismus; il server è per oculisti pediatri ma anche un generalista trova gusto a collegarsi; la mole di informazioni didattiche lascia senza fiato.

<http://www.rad.washington.edu:80/>

è l'indirizzo del server del dipartimento di radiologia dell'università di Washington. Cercate tra i casi pediatrici, troverete un caso di artrite settica dell'anca; imparerete per sempre come si legge un radiogramma nel sospetto di artrite d'anca: c'è uno schema preziosissimo; Se vorrete potrete poi rispondere alle domande del CME credit (ovviamente dopo un'adeguata lezione sull'argomento); il CME credit ha l'obiettivo di farvi studiare non di esaminarvi.



(1) la citazione è tratta da un libro che vi consiglio senz'altro (da leggere dopo che avrete cominciato a fare una qualche esperienza pratica): "*Che cosa ci faccio su Internet*" Teoria, Roma, 1995. Su Internet c'è purtroppo tanta spazzatura in libreria e trovare libri utili e piacevoli da leggere non è facile.



TRAINING PSICOLOGICO PER PEDIATRI AMBULATORIALI

Da settembre un nuovo corso, ideato e condotto da un pediatra, da uno psicologo e da un neuropsichiatra infantile. Un corso che nasce dall'esigenza dei pediatri di dare una risposta qualificata ai problemi dell'area cognitiva, comportamentale e relazionale che, sempre più spesso, affollano l'ambulatorio del pediatra. A questo scopo, sono stati individuati 12 temi di formazione che saranno trattati un sabato pomeriggio per ogni mese nel corso di un anno. Ogni giornata avrà per obiettivo di dare sul tema in oggetto il sapere, il saper fare e il saper essere; si concluderà con un "compito a casa" relativo all'applicazione pratica delle conoscenze assunte.

Nell'incontro conclusivo si discuteranno i più significativi elaborati degli allievi, cui verrà sottoposto un questionario di verifica sulla qualità del lavoro svolto e che dovrà essere restituito per posta.

Questa metodologia, desunta da esperienze simili di formazione svolte in Cile e in Argentina, se accolta con riscontri positivi dagli allievi, potrà essere riproposta in futuro dagli stessi docenti anche in sedi lontane da Cesena, con moduli temporali diversi, compattati in più giornate consecutive.

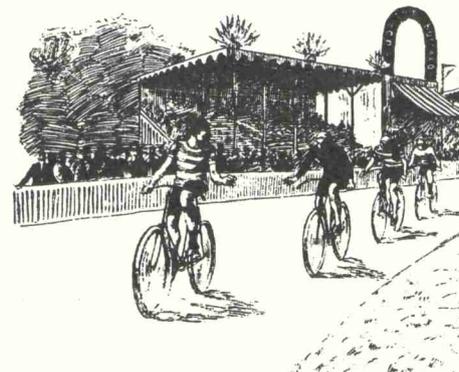
1. Epidemiologia e modalità di rilevazione dei problemi
2. Il colloquio con la famiglia e il bambino
3. Relazioni di attaccamento, costruzione del sé e itinerari di sviluppo
4. L'osservazione in ambulatorio pediatrico
5. L'iperattività
6. I disturbi della condotta

7. I disturbi di linguaggio
8. I disturbi alimentari
9. I disturbi d'ansia
10. I disturbi dell'apprendimento
11. I disturbi sfinterici e psicosomatici
12. Gli handicap neuropsichici (Down, PCI, Sordità)
13. Analisi di casi clinici e sintesi conclusiva.

Numero partecipanti: max 20
Frequenza: circa mensile da settembre '95 a giugno '96
Orario: sabato pomeriggio ore 14.30 - 18.30
Sede: Cesena
Iscrizione: £ 900.000 (Iva esclusa)
Docenti: F. Ciotti - Neuropsichiatra infantile

F. Lambruschi - Psicologo
M. Iaia - Pediatra

Informazioni: dr. M. Iaia, tel. 0547 - 301494.



ACP Palermo XX CORSO DI FORMAZIONE PERMANENTE IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Palermo 1 - 2 settembre 1995

PROGRAMMA

Domande e risposte in tema di:

- a) Immunoterapia specifica
- b) Vaccinazioni
- c) Infettivologia

Discussione su casi clinici

- a) "Dell'allievo"
- b) "Del maestro"

Docenti del corso:

Giorgio Bartolozzi e Giorgio Longo

Il corso, tradizionalmente rivolto al piccolo nucleo dell'ACP Palermo, per la prima volta tenta, in via sperimentale, di rivolgersi a un nucleo più esteso di partecipanti. Per mantenere le modalità didattiche interattive che lo hanno sempre caratterizzato, il numero massimo di iscrizioni sarà di settanta pediatri.

Tassa di partecipazione: £ 200.000, da versare solo dopo la accettazione della domanda di iscrizione con modalità che saranno comunicate.

Domanda di iscrizione da spedire a Rosario Ferracane via Gregorio Ugdulena, 25 - 91022 Castelvetrano (TP)

Cognome.....
 Nome
 anno di nascita
 indirizzo
 città
 CAP..... prov..... Tel
 fax.....

Ospedaliero: Ambulatoriale

Iscritto alla ACP: si no

La domanda dovrà pervenire entro il 10 agosto 1995.

L'accettazione della domanda verrà comunicata almeno 15 gg. prima dell'inizio del corso



Lettere

PERCHE NON RINNOVIAMO L'ISCRIZIONE ALLA FIMP:

Una lettera da Pescara

Siamo 22 Pediatri di Base decisi a non rinnovare l'iscrizione alla F.I.M.P. per una serie di motivi che via via verremo elencando.

Ci sembra una decisione importante e per questo abbiamo pensato di scrivere una "lettera aperta" a quelli che riteniamo i nostri più importanti punti di riferimento professionale: "Medico e Bambino", il Direttore della Clinica Pediatrica di Chieti (a cui, localmente, facciamo riferimento) e la F.I.M.P. stessa (nella persona del suo Segretario Nazionale). Tutti noi (o quasi) siamo iscritti all'A.C.P., un'associazione nella quale ci riconosciamo interamente e alle cui attività da qualche anno abbiamo cominciato a collaborare. Noi pensiamo che "Medico e Bambino", ma anche i Congressi A.C.P., le ricerche in P. di B. (Pediatria di Base), insomma tutte le iniziative targate A.C.P., abbiano cambiato il nostro modo di essere pediatri come niente altro. Dobbiamo, invece, confessare d'aver provato un certo disagio di fronte a molte proposte F.I.M.P. Proviamo allora a descrivere, più in dettaglio, i motivi per questo disagio.

1) Abbiamo da sempre percepito dalla F.I.M.P. (e quando diciamo F.I.M.P. vogliamo riferirci a quei rappresentanti sindacali, locali e nazionali, con cui abbiamo avuto a che fare) una diffidenza nei confronti di tutto ciò che non fosse "made in F.I.M.P.", pediatri universitari, ospedalieri, associazioni come l'A.C.P. Abbiamo, per esempio, sempre pensato che i nostri rappresentanti sindacali non gradissero un granchè le iniziative A.C.P. a cui partecipavamo. Eppure la F.I.M.P. non ha mai fatto molto (almeno nella nostra Regione) per il nostro aggiornamento. Avrebbe, quindi, potuto "delegare" all'iniziativa A.C.P. l'aspetto formativo-culturale dei P. di B. (riservandosi di curare gli aspetti più prettamente sindacali), almeno fino a quando non fosse stata

in grado di attirare sulle sue iniziative culturali lo stesso numero di persone e lo stesso grado di interesse mosso dall'A.C.P.

2) Nella nostra Regione, ma sappiamo anche altrove, diversi articoli dell'Accordo Collettivo Nazionale sono stati e sono ancora oggetto di interpretazioni diverse da parte di funzionari USL, di membri dei vari comitati consultivi, di rappresentanti sindacali, etc.

Interpretazioni diverse, oltre a denotare una poca chiarezza espositiva, generano comportamenti diversi che a loro volta generano ingiustizie.

Può accadere che qualcuno sia vittima di un'ingiustizia, ma bisogna fare il possibile per evitarlo. Questo non sempre è stato fatto dalla F.I.M.P..

3) Noi riteniamo che la qualità del nostro lavoro possa notevolmente migliorare. Pensiamo, infatti, che per migliorare quello che sappiamo e facciamo sia necessario promuovere iniziative come:

a) la ricerca in pediatria di base; b) gli incontri, locali e nazionali, con specialisti di varie branche; c) il "tutoraggio" presso le Scuole di Specializzazione in Pediatria. Per fare tutto o parte di ciò occorre tempo. Per avere tempo è necessario evitare le cose inutili del nostro lavoro quotidiano (bilanci di salute inutili, telefonate inutili, visite domiciliari inutili) studiandone il modo e fissandone l'applicazione sull'Accordo Collettivo Nazionale.

Razionalizzare il lavoro permetterebbe di avere più tempo da dedicare all'aggiornamento (obbligatorio per tutti e fatto con criteri da stabilire).

Non ci risulta che lo sforzo della F.I.M.P., in occasione del rinnovo del contratto abbia privilegiato nei fatti, non a parole, questo aspetto del nostro lavoro.

4) Riteniamo grave la proposta della F.I.M.P. dell'ampliamento a 1000 del massimo degli assistiti. Veramente non riusciamo a trovare una sola ragione sensata a questa proposta. La troviamo ingiusta perché aumenta il nostro carico di lavoro, ed immorale perché toglie la pos-

sibilità di lavoro a colleghi non ancora occupati. Se poi è stata avanzata per giustificare un aumento, pur comprensibile, dei compensi, ci sembra ancor più una debolezza. Non riuscendo, cioè, a farsi concedere un aumento della retribuzione avanzando delle giuste richieste sindacali si sono avanzate delle vere e proprie proposte indecenti. Perché non è stato chiesto alla controparte pubblica un aumento dei compensi dimostrando dati e non impressioni alla mano, che grazie alla P. di B. il SSN ha risparmiato "tot" miliardi? Perché poi "per passare ad una questione di metodo" quando è stato proposto "l'innalzamento a 1000" i nostri rappresentanti sindacali, regionali e provinciali, non hanno tenuto conto di quello che pensava la base (il nostro rappresentante regionale, per esempio ha votato SI all'ampliamento pur sapendo che la quasi totalità di noi era per il NO)?

Queste, ma anche altre, sono le ragioni per cui siamo usciti dalla F.I.M.P. Abbiamo riflettuto, titubato e poi deciso. Abbiamo avuto degli scrupoli (per il timore di una frammentazione del nostro già piccolo mondo di P. di B.), dei rimorsi (per la mancanza di gratitudine verso la F.I.M.P.), dei dubbi (alla lunga sarà conveniente?).

Siamo usciti dalla F.I.M.P. e ci siamo iscritti ad un altro sindacato (C.U.M.I.) perché riteniamo poter far sentire (e forse valere) qualche proposta alternativa a quelle F.I.M.P.

Non riteniamo questa decisione irrevocabile, ma vorremmo che la F.I.M.P. si chiedesse il perché di quanto successo e si concentrasse a riflettere sul suo operato, spesso e volentieri discutibile. Pensando d'aver fatto cosa utile.

Basile Lucio - Bosco Fiorella - Cappellucci Domenico - Carnevale Maurizio - Castiglione Giovanni Battista - Castiglione Matilde - D'Anolfi Sergio - Del Vomano Elettra - De Palma Concetta - Di Giacomo Pasqualino - Di Florio Rossana - Di Teodoro Stefania - Di Tullio Angela - Forcucci Rosella - Gabriele Piera - Laguardia Luigi - La Rovere Maria Pia - Mucci Ornella - Rossi Licia - Santilli Paola - Vincelli Vito Vincenzo.



ISCRIZIONI E RINNOVI

Le quote per l'iscrizione - che dovrebbe essere rinnovata all'inizio di ogni anno - sono ben lungi dall'essere regolari: più o meno solo la metà delle quote ci perviene con puntualità e, certamente, ciò avviene per dimenticanza o distrazione. Per questo, mi permetto di ricordare agli "sbadati" di *regolarizzare* al più presto la loro posizione. Noi crediamo che le associazioni, così come i singoli, perché siano veramente liberi e indipendenti, debbano reggersi con le proprie forze e non legarsi a dipendenze economiche più o meno velate. L'ACP, da sempre, è andata avanti basando la propria esistenza su due sole forze: le quote dei soci e il lavoro volontaristico e dei soci.

Chi vorrà iscriversi all'ACP - o rinnovare la propria iscrizione - dovrà effettuare un versamento di 50.000 lire (quota annuale) usando il c/c postale n° 17010091, allegato ai "Quaderni ACP", intestato alla ACP sez. Sarda, indicando nella causale l'anno di contribuzione. E' pure possibile inviare, tramite "assicurata convenzionale", un assegno del proprio conto bancario intestandolo a: Franco Dessì ACP - via Montiferru 6 - 09070 Narbolia - Oristano; infine, si può anche effettuare un bonifico bancario al c/c 15621 del Banco di Sardegna Ag. 1 di Sassari, intestandolo all'Associazione Culturale Pediatri. I soci potranno controllare la propria "situazione quote" leggendo nella parte bassa dell'etichetta con il loro nome e indirizzo, incollata alla busta dei "Quaderni"; in questa compaiono i versamenti che ci risultano effettuati negli ultimi tre anni: NO significa non pervenuto; 30 vuol dire che ci sono arrivate solo 30.000 lire anziché 50.000. Quelli che vogliono iscriversi per la prima volta (e per iscriversi non occorre essere pediatri e nemmeno medici) dovranno farci

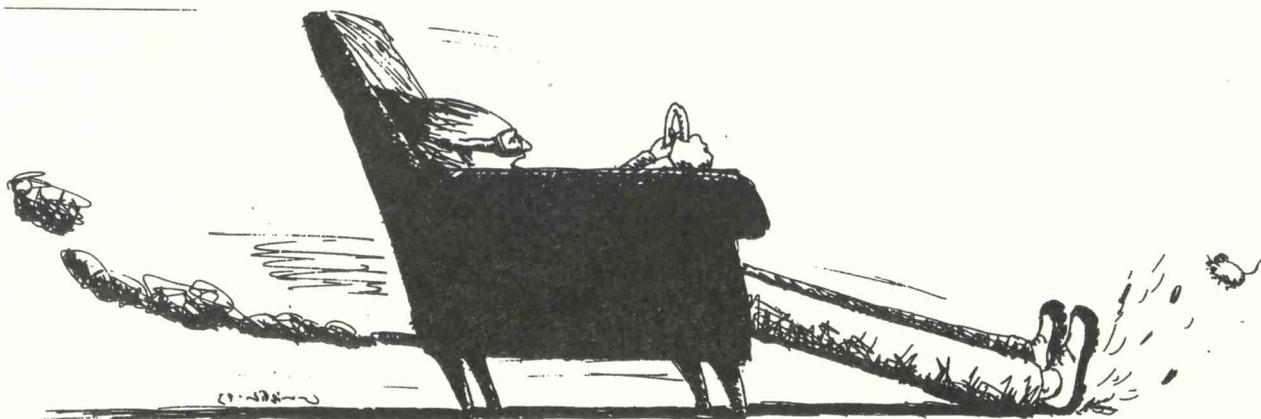
I S C R I Z I O N I e r i n n o v i

pervenire, oltre al loro nome e cognome, l'indirizzo esatto completo di Cap, l'anno di nascita e la loro attività (per esempio: pediatra di base, medico di base, pediatra di comunità, primario ospedaliero, metalmeccanico, eccetera); potranno essere utili il numero di telefono e il campo di interesse culturale. L'iscrizione all'ACP dà diritto a ricevere i "Quaderni" e i vari supplementi, per un totale di 6 numeri all'anno (esenti da sponsor ..."impegnativi"), inviati bimestralmente; e su questo dobbiamo spendere qualche parola:

Una delle caratteristiche dell'ACP è quella di puntare ad una gestione delle risorse estremamente efficiente; individuato un progetto, lo si sostiene per tutta la prima fase, ma poi si punta ad una gestione autonoma, anche dal punto di vista finanziario del progetto stesso. In pratica per il 1995 Quaderni ACP dovrà dimostrare di potersi reggere sulle proprie forze; per far questo, il Progetto di Formazione continua dovrà puntare su un numero minimo di abbonamenti (circa 200) in grado di sostenere tutte le iniziative senza perdite di gestione; chi fosse interessato all'argomento, a pag. 31 troverà tutte le informazioni sul Programma e le modalità di abbonamento.

Per quanto riguarda "Medico e Bambino" i soci ACP non avranno più diritto all'invio gratuito del giornale per il 1995 e dovranno rivolgendosi direttamente alla Edifarm, poiché, tale abbonamento non ha alcuna relazione con l'iscrizione all'ACP, anche se ai soci ACP verrà riservato un consistente sconto. Una delle domande che ci facevano qualche tempo fa era: "Quali sono i vantaggi dell'iscrizione all'ACP"? Certamente non sono le iniziative editoriali la ragione principale per voler far parte dell'ACP; i motivi infatti, dovrebbero davvero essere altri: dimostrare tangibilmente di voler condividere la linea culturale e politica dell'Associazione (o contribuire a modificarla), cercare l'occasione per conoscere l'attività dei vari gruppi, voler partecipare direttamente ai lavori, eccetera. Ma chi non si riconoscesse nel sentimento che anima l'Associazione e volesse semplicemente abbonarsi ai "Quaderni ACP", può farlo (siamo magnanimi), utilizzando il solito bollettino postale e specificando la sua richiesta (a pagina 2 troverà le tariffe di abbonamento).

Franco Dessì



Appuntamenti

VI GIORNATE PEDIATRICHE SIRACUSANE
16 -18 giugno 1995

XX CORSO DI FORMAZIONE PERMANENTE
IN PEDIATRIA AMBULATORIALE
Palermo, 1 - 2 settembre 1995

II CORSO DI FORMAZIONE A METODICHE
VALUTATIVE PER PEDIATRI OSPEDALIERI
Cesena, 5 - 7 ottobre 1995

CONGRESSO NAZIONALE ACP
Tabiano (Parma) 13/14/15 ottobre 1995

VII MEETING DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI
RICERCA IN PEDIATRIA AMBULATORIALE
Zurigo, 4 - 5 novembre 1995

LA PEDIATRIA DI COMUNITÀ
Messina, 23 - 24 novembre 1995

IL COUNSELLING IN PEDIATRIA
Torino, *data da definire*

TRAINING PSICOLOGICO PER PEDIATRI
AMBULATORIALI
Cesena, *data da definire*

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



GIULIANI S.A. - Lugano (Svizzera)
Rappresentante per l'Italia **Bracco s.p.a.**