

# Aquaderni P

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

## I Pediatri non giocano più



Un tempo si sceglieva la pediatria perché si voleva bene ai bambini; si sapeva giocare con la lucina prima di guardarli in gola...

Ora, invece, si incontrano tredicenni che hanno ingoiato quattro dosi di crack, ragazzetti che spesso sono portati dalla polizia invece che dal padre.

È tempo allora di educare i Pediatri e gli specializzandi alla conoscenza della tossicodipendenza e della filosofia delle gang almeno come del morbillo.

*J.S. Steinkuller*



**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.

Nel 1981 ha iniziato la pubblicazione di "Novità in pediatria" che ha preceduto la pubblicazione di "Medico e Bambino"

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 Tamburini.

**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 Ghirotti, 286 - 47023 CESENA

**Le illustrazioni** di questo numero sono tratte da: *101+1 Èves a magyar plakát Története 1885-1986* Műcsarnok, Budapest 1986.

**La foto di copertina è di:** Stuart Franklin/ Magnum (Manchester, '86)

**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° 3/4 - Maggio - Agosto 1995

L'editore riconosce i diritti ai legali aventi diritto.

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

# I CONTI DELLA SERVA

E' ragionevole pensare che ciò che accade in Gran Bretagna, il cui Servizio Sanitario (NHS) è stato, per primo, toccato dal demone del Mercato, abbia per noi italiani una non trascurabile importanza. All'inizio dell'estate il Partito Laburista (PL), che è stato l'ideatore dei sistemi di sicurezza sociale (SSS) che si sono sviluppati in Europa, ha pubblicato un suo libro bianco sul NHS in Inghilterra. I problemi di maggior peso che oggi devono essere affrontati sono, secondo i laburisti inglesi, il crescente peso della popolazione anziana, il costo crescente delle tecnologie e la finitezza delle risorse: i nostri stessi problemi. Ma come affrontarli? Il libro bianco porta il segno della marcia da sinistra verso il centro che il nuovo leader, Tony Blair, ha impresso al PL. La sinistra inglese riconosce la fondatezza dei principi che sono stati alla base delle riforme introdotte dai conservatori al servizio sanitario; si limita a dire che l'obiettivo del Labour Party è quello di "preserving the best but changing the worst": che non è, come si vede, un proclama rivoluzionario ma la rivoluzione di Blair - come quella di tutti gli attuali leader della sinistra europea che stanno cercando di adattarsi al vento "liberale" in voga nel continente - è proprio caratterizzata dall'addio alla rivoluzione. Del resto, l'affermazione che il mercato possa essere in grado di raggiungere l'obiettivo di fornire servizi di eguale qualità a tutti i membri della società dà la dimensione del cambiamento percorso in 50 anni dal laburismo inglese fra Clement Atlee e Tony Blair. Fra le esperienze, introdotte nel NHS dai conservatori e che Blair ritiene da rimediare, alcune rivestono qualche interesse anche per noi italiani dato che in Italia vengono proposti da più parti, come elemento risolutivo della crisi economica del sistema, i più volte invocati budget sia per i medici di medicina generale che per i pediatri di base. I laburisti sostengono che il sistema del "fondo", adottato dal NHS, ha provocato *ineguaglianze nell'accesso alle cure, anche ospedaliere. La istituzione del "fondo", inoltre, ha provocato una grossa burocratizzazione ed un altissimo costo della gestione amministrativa.* Il Labour poi, richiamandosi in tal caso alle proprie origini, sottolinea che vi è stato, con tutto il nuovo sistema, un allargamento delle differenze in fatto di mortalità fra classi ricche e povere. Ha scritto Lancet (8 luglio 1995): nel documento laburista c'è "a curious lack of passion" ma, a parte questa notazione di colore, il rischio - sempre secondo Lancet - è che tutto questo parlare di mercato e di "ingegneria finanziaria applicata alla sanità" finisca col fare dimenticare che per i servizi sanitari esistono *anche* problemi di efficacia: in sostanza spendere poco va bene, purché i malati continuino a guarire. Insomma, per usare un linguaggio dell'ACP, "fare con meno" è ragionevole purché sia dimostrato che con meno si possa "fare meglio" o, per lo meno, "non peggio". Si ha l'impressione che gli economisti sanitari di questo piccolo particolare tendano a dimenticarsi, tutti infervorati a "coprire un nuovo campo di competenze", come ha scritto qualcuno di loro. Un poco di scetticismo non farebbe male ai saniteconomisti: a loro raccomanderemmo di ricordarsi ogni tanto del detto di Montaigne che è salutare e produttivo mettere in dubbio le capacità della propria ragione e della propria scienza. *Facendo* - come volgarmente si dice - *i conti della serva*, togliere dai prontuari gli antiulcera va bene perché si spende di meno, purché non si sia costretti a tornare a fare le resezioni gastriche che costano di più degli antiulcera (e danno pure qualche problema di qualità della vita).

Giancarlo Biasini

## S O M M A R I O

- 4 ACP, atto secondo  
Giancarlo Biasini
- 8 VII Congresso nazionale ACP  
Appuntamento a Tabiano
- 10 Prescrizione di antibiotici a Cesena  
Roberto Ponti
- 11 Valutazione Costo efficacia della terapia antibiotica nella faringite SBEA  
A. Pedrini e coll.
- 13 DRG e ricovero sociale  
P. Siani e coll.
- 14 Valutazione di un prototipo di un libretto di salute in Pediatria di base  
S. Uccella e coll.
- 15 Il diritto della madre di non riconoscere il neonato  
ACP info
- 16 Tre appelli dal terzo mondo  
ACP info
- 18 Il mondo dei bambini  
Le Statistiche correnti di Carlo Corchia
- 20 Ora mi sento meno sola  
Una lettera di Carmela Di Maio
- 22 Lo sciopero delle malattie  
Roberto Piumini
- 24 Spioni, i bambini e la mafia  
Roberta Torre
- 26 Libri  
Le recensioni di Nicola D'Andrea
- 28 Appuntamenti  
I prossimi convegni ACP
- 30 Perché non possiamo non dirci di sinistra?  
Una lettera di Francesco Ciotti
- 32 AUSILI DIDATTICI  
Sommario

# ACP, atto secondo

*Come consuetudine, pubblichiamo in anteprima la relazione che il presidente, professor Giancarlo Biasini, terrà al VII congresso Nazionale della nostra Associazione.*

## L'ATTIVITÀ DELL'ACP NELL'ULTIMO ANNO

Vorrei quest'anno, trattare diffusamente delle motivazioni che stanno alla base della necessità che l'ACP continui ad esistere. Ho scelto, pertanto, di ridurre la parte della relazione che riguarda le attività congressuali e corsistiche organizzate dall'ACP allo specchio di Tab.1.

Per lo stesso motivo, per le attività dei gruppi regionali vi rimando al volumetto con il sunto delle medesime che verrà distribuito in sede congressuale.

Per l'attività delle segreterie e dei gruppi di lavoro mi limiterò a riassumere la situazione nella Tab. 2.

## AVANGUARDIA?

Qualcuno recentemente si è chiesto, in un nostro convegno, se c'è ancora bisogno di "avanguardie" nel mondo della pediatria, oppure se gran parte delle cose che dicevamo che dovevansi fare oramai sono patrimonio comune di chi si occupa di diffusione della cultura pediatrica, dato che questa, e non altra, è la funzione che

### Tabella 1

#### CONVEGNI E CORSI DI FORMAZIONE: ANNO 1994/95

- X giornate perugine di aggiornamento per pediatri dell'Italia centrale. Perugia. Settembre 1994
- Corso residenziale "Sirmione 6". Canavì (Ferrara). Settembre 1994.
- VI congresso nazionale ACP. Firenze. Ottobre 1994.
- Corso di epidemiologia per pediatri. Bergamo. Novembre 1994.
- Corso di formazione in genetica di comunità. Milano. Novembre 1994
- I segnali di allarme di disagio psichico nel bambino. Cesena. Novembre 1994
- Corso di pediatria di comunità per pediatri delle regioni meridionali. Soverato(CZ). Dicembre 1994.
- Corso di epidemiologia per pediatri. Bergamo. Marzo 1995
- Fare meglio con meno. (ACP-Lazio) Roma. Marzo 1995
- Strategie di razionalizzazione degli interventi in pediatria di base. Chieti. Aprile 1995
- Corso di formazione valutativa per pediatri ospedalieri. Cesena. Aprile 1995
- Corso di pediatria di comunità. Milano. Maggio 1995
- I bambini nelle catastrofi. Milano. Maggio 1995
- 17° incontro fra pediatri delle regioni meridionali. Copanello (CZ). Maggio 1995
- Il pediatra ed il bambino a rischio sociale. Napoli. Maggio 1995
- Giornate siracusane di formazione in pediatria. Giugno 1995.

ci siamo proposti di svolgere. Ma, anzitutto, chiediamoci: l'ACP è stata un'avanguardia? E se lo è stata, come lo è stata? A me pare che lo sia stata in due tempi.

### ANNI '70:

#### LA PRIMA AVANGUARDIA

La prima occasione di esserlo fu negli anni '70, quando i quarantenni attorno a "Prospettive" provarono a promuovere il rinnovamento culturale partendo dai con-

tenuti accademici e della ricerca della pediatria italiana; e poi provarono ad effettuare il rinnovamento di una SIP fatta di notabili e di amministratori della tradizione, cambiando lo statuto, la struttura del congresso e, per qualche tempo, il modo di lavorare che divenne per obiettivi. Di questo modo di lavorare, qualcosa (con le presidenze di Rubino ed anche di Salvioli, le altre è meglio dimenticarle) è rimasto e qualcosa è finito.

### Tabella 2

#### ATTIVITÀ DEI GRUPPI DI LAVORO AD HOC: ANNO 1994/95

- 1) il gruppo coordinato da Acerbi ha condotto a termine il lavoro di elaborazione delle linee di valutazione della pediatria di comunità che sono ora disponibili e saranno presto pubblicate.
- 2) un gruppo, coordinato da Baronciani, sta conducendo il lavoro di rivalutazione degli screening (quali fare, quali no, come farli).
- 3) il gruppo di lavoro su "fare meglio con meno" ha completato la ricerca; i primi risultati saranno presentati al congresso di Tabiano.
- 4) è stato istituito un gruppo, coordinato da Santucci, per lavorare nel campo dei DRG a proposito dei quali continuano i corsi di approfondimento e formazione. (Quello della formazione valutativa sembra rappresentare un campo per una assai utile attività nel settore ospedaliero).
- 5) il gruppo sui problemi sociali del bambino, coordinato da Tamburlini, ha espresso il convegno di Napoli sul bambino a rischio sociale di cui si parlerà più avanti.
- 6) è uscito il primo numero della rivista dell'Eurotrend (Bambini sani) per gli ambulatori dei pediatri con collaborazione ACP mediata da Venturelli.
- 7) è giunto a maturazione il nuovo "ACP quaderni-ausili didattici" sul quale vorrei avere le vostre impressioni ed i vostri giudizi; la iniziativa editoriale, è stata giudicata, da osservatori esterni, di buona qualità ed originalità. Se qualcuno vuole conoscerne i costi, in assemblea, se ne potrà dare conto.
- 8) Il gruppo ospedaliero ha prodotto lo studio sull'appropriatezza dei ricoveri (il primo di respiro nazionale condotto in pediatria in Italia) che sentiremo al congresso di Tabiano.
- 9) Si è concluso lo studio sull'allattamento al seno coordinato dall'ACP dello Stretto. Sarà presentato al congresso di Tabiano.
- 10) Lo studio nazionale "ACP-Negri" sulle malattie croniche, sotto forma di articolo elaborato da Marchetti, è stato accettato per la pubblicazione su Acta Paediatrica (ex Scandinavica). Comparirà nel numero di Dicembre o di Gennaio.

## ANNI '80:

## LA SECONDA AVANGUARDIA

La seconda occasione di essere "avanguardia" (ma forse -stavolta- semplicemente di essere a contatto con il proprio tempo) è venuta quando la convenzione per la pediatria di base cambiò d'un colpo e radicalmente -e molti non se ne accorsero- il modo di essere della pediatria italiana.

*Vediamo come.*

Prima del 1979 il rapporto fra chi stava nelle cliniche e negli ospedali e chi lavorava nella pediatria pratica specialistica, di tipo libero professionale, era di 10 ad 1. La predominanza delle cliniche e degli ospedali era assoluta. Dopo il 1979 il rapporto si invertì e divennero predominanti quei pediatri che, non più specialisti e consulenti dei medici generalisti, trasferirono il loro lavoro nell'area delle cure primarie perdendo la caratteristica di specialisti. Il compito della università diventava allora quello di formare personale radicalmente diverso da quello di prima, la cui funzione era quella di fornire consulenza al medico di base, mentre il nuovo pediatra era, esso stesso, medico di base. Questo lo poneva a contatto, senza più intermediari, con la realtà assistenziale del quotidiano; questo faceva nascere, per il pediatra, la necessità di occuparsi delle famiglie, dei loro problemi, di tenere i rapporti con i servizi sociali, sanitari, amministrativi delle uu.ss.11. Questa novità il direttivo della SIP di Burgio la intravide ma non ebbe il tempo di affrontare. In un documento di quel direttivo era detto che la nuova pediatria territoriale avrebbe dovuto sostituire "il pediatra" con il "team pediatrico" di primo livello. Dicevo che non ebbe il tempo di fare di più (ma era già molto, sul piano della intuizione) perché la reazione accademica, nell'autunno del 1979, tolse di mezzo il tentativo riformatore, che si esprimeva nella candidatura di Paolo Nicola.

Questa radicale trasformazione della funzione del pediatra il mondo accademico non la capì; rimase immobile. E, si deve dire, non molto è cambiato dopo 15 anni nella formazione del pediatra. L'ACP di allora, invece, avvertì che qualcosa era radicalmente mutato e rivolse a questo cambiamento tutta la sua attenzione e gran parte delle iniziative formative. E' certamente eccessivo sostenere che questo è stata "avanguardia": è stata semplicemente capacità di intendere l'ovvio. Ma

in verità, anche, "Prospettive in pediatria", negli anni 70, aveva il semplice significato di rimanere in Europa. Questo nuovo interesse dell'ACP fece nascere, nell'ambito della formazione del pediatra, prima "Novità in pediatria", poi "Medico e bambino" con la funzione specifica di rivolgersi ai pediatri orfani dell'università. Questo coagularsi di nuovi interessi formativi ha poi fatto nascere, quasi da sola (a testimonianza di un bisogno diffuso), una rete di gruppi che - dopo essersi occupata della propria formazione - è poi naturalmente passata alla ricerca in pediatria pratica (la routine espletata correttamente è -essa stessa- ricerca), saldando lo *jatus* (che in Italia c'è sempre stato) fra ricerca e pratica: sono nate così la ricerca sulle malattie croniche, sull'allattamento al seno, sul fare meglio con meno. Forse neppure questo era "avanguardia" ma era semplicemente, anche questo, arrivare in Occidente, facendo comunicare in modo attivo l'universo della ricerca e quello -esiliato- della pratica clinica. Se si guardano, infatti, gli indici degli "Archives of pediatrics and adolescent medicine" o di "Pediatrics" ci si accorge facilmente che in ogni numero vi sono almeno da 3 a 5 articoli dedicati ai problemi dell'area delle cure primarie. Nella RIP se ne trova uno ogni tanto. Alla fine del percorso associativo ci si è accorti che si può giungere a produrre cultura, beninteso in certi ben delimitati ambiti, anche senza l'aiuto della accademia, ma non senza maestri. E ci si è accorti che la collettività pediatrica può, essa stessa, diventare "maestro". Ciò è successo particolarmente con la pediatria di comunità: un ambito culturale di enorme importanza (così la definisce l'OMS, non noi) per chiunque si occupi di problemi di salute ma sconosciuto nell'universo accademico italiano. Qualcuno ha manifestato, al corso di pediatria di comunità tenuto in Calabria, quasi la sua sorpresa per avere trovato nelle usl calabresi pediatri di comunità con notevoli capacità professionali, autoapprese, proprio nell'ambito della funzione di pediatria di comunità. A dimostrazione che l'assenza di maestri "ufficiali" non impedisce la crescita culturale. Così alla fine è emerso che le iniziative in pediatria di comunità sono state un'altra scommessa sulla capacità dei pediatri di essere capaci di darsi una cultura assolutamente al di fuori di quello che l'università, con poche eccezioni (forse due: Padova e Monza),

ha loro insegnato. Mi pare che si debba riconoscere che gli strumenti culturali per questa crescita li hanno dati i corsi ed i convegni acipini, ognuno dei quali era una sorpresa ma non certo per quei pochi che avevano fortemente creduto nella importanza fondamentale di queste funzioni assistenziali. La pediatria di comunità ha trascinato gli approfondimenti sul "bambino a rischio sociale": che è cosa ben diversa come difficoltà di inquadramento ma anche come dimensioni del problema, dal più volte enfatizzato bambino immigrato o extracomunitario: si tratta del problema del bambino "comunitario" delle città del sud o delle periferie metropolitane del nord le cui condizioni culturali, economiche e sociali lo pongono in situazione di rischio grave per la sua salute. In questo ambito si deve dire che un contributo non trascurabile all'approfondimento ed alla comprensione dei problemi lo hanno dato -con rigore- il gruppo di epidemiologia pediatrica con il suo convegno di Roma sulla epidemiologia della ineguaglianza e le riunioni scientifiche di Varenna. Del resto si può dire che anche quello della epidemiologia, descrittiva e - ancor più - valutativa, è un altro dei buchi neri della cultura accademica pediatrica e di questo si occupa da tempo l'ACP. Bisogna forse studiare dei raccordi fra il gruppo di epidemiologia e l'ACP.

Il convegno di Napoli è stato, a mio parere, un punto di partenza e non di arrivo per un nuovo percorso di ricerca e di attività organizzativa.

Approfondimenti sono quindi utili e necessari ma il convegno ha sottolineato la necessità di avviare il raggiungimento di obiettivi anche minimali. Anche questo "non rifiuto dell'ovvio", come è stato detto a Napoli, è una caratteristica del lavoro ACP: vi ricordate i primi tempi di M&B con gli "articoli come capitoli di un libro" e la pediatria di comunità quando ancora non c'era il manuale che è stato scritto poi, nei corsi, piano piano, capitolo dopo capitolo ed a più mani?

Questo del bambino a rischio sociale è un libro ancora da scrivere per il quale è necessario certamente la collaborazione di molti: fuori e dentro l'ACP.

Voglio ricordare a questo proposito l'editoriale di gennaio dell'Arch. Pediatr. Adolesc. Med. che sostiene che i bambini del 21° secolo possono augurarsi che i nuovi pediatri siano cittadini che escano

dagli ospedali e dagli ambulatori per gettarsi nei problemi della vita sociale, per imparare a conoscere, oltre al morbillo ed alla varicella, anche la tragedia dei problemi emotivi dell'adolescenza, la tossicodipendenza e la violenza: solo così potranno -dice l'editoriale- portare speranza ai bambini d'America. Questo è il nuovo modo -è scritto ancora nel citato editoriale- per dire "io voglio bene ai bambini", che era un tempo lo stimolo per studiare pediatria. Non sembra una eco del convegno di Napoli?

## L'ACP E LA SIP

Queste considerazioni, sul metodo di lavoro di una associazione culturale, permettono di affrontare un secondo argomento. Come si ricorderà, perché discusso al congresso ACP di Firenze, è in vigore il nuovo statuto della SIP da un anno. Lo statuto è stato pensato e portato a compimento, all'interno della SIP, dal nostro Fabio Sereni con il pieno accordo -si deve dire- del presidente dell'epoca Armido Rubino mentre l'attuale presidente Rondini era pur esso parte della commissione. Vale la pena di ricordare che la riforma dello statuto si basava sulla formazione, elettiva, di commissioni permanenti: università, ospedale, neonatologia (che è sia ospedale che università! E si tratta, a mio parere, di un equivoco sovrappotere della neonatologia), pediatria di base e comunità, società affiliate. Avevamo interpretato, in sede ACP, il senso di queste commissioni come strumenti di lavoro che sembravano potere rompere il potere accademico centrale. A me era, anzi, sembrato che nella scelta dei riformatori dello statuto fosse pesata l'esperienza dell'ACP che ha sempre lavorato per "gruppi-obiettivo". Mi pareva, insomma, che le commissioni avrebbero dovuto essere dei gruppi-obiettivo. Dovevano essere il motore della società. Al comitato direttivo sarebbe spettato, oltre alla rappresentanza, il compito di stimolo, coordinamento e il controllo che il lavoro delle commissioni non avesse debordato dagli interessi "generali" della pediatria. La presenza dell'ACP, nel direttivo della SIP, aveva secondo i riformatori (e secondo la mia interpretazione) il compito di lavorare per questa visione generale delle funzioni della pediatria, nella sede della formazione "politica" del consenso fra le

varie commissioni.

## GENEROSA UTOPIA?

Purtroppo, finora, l'ipotesi Sereni (la chiamo così perché mi pare che egli sia stato il primo motore della iniziativa) si è dimostrata una "generosa utopia". Nelle associazioni scientifiche americane le cariche sociali sono intese "not as an honour, but as a call to action". La Società Italiana di Pediatria invece ha sempre inteso la sua funzione come organo di rappresentanza e non di lavoro. Così anche le commissioni -per le quali non è stato fissato alcun regolamento, né alcuna determinazione d'indirizzo- hanno inteso la loro funzione come un sistema di rappresentanza nel direttivo dei singoli settori: università, ospedali, etc. Probabilmente questo malinteso è stato favorito dalla larghezza della composizione (addirittura 11 membri per le commissioni permanenti dei gruppi di studio). In questo ambito il consiglio direttivo -che avrebbe dovuto avere il compito di suscitatore di progetti e di energie- ha continuato ad avere i compiti di quello precedente, tra l'amministrativo ed il rappresentativo: compiti certo non trascurabili, ma che, nel nuovo statuto non erano certo i soli del direttivo. Tipica la riunione sui DRG: l'iniziativa è nata in consiglio direttivo e non nelle commissioni come avrebbe dovuto. In questo ambito la presenza dell'ACP in seno al consiglio non è venuta ad acquisire il significato che ci sembrava dovere avere, cioè di contribuire a

dare una visione generale degli interessi e dei problemi della pediatria. L'ACP si è vista accomunata ad una istituzione di vertice per la quale -come spirito associativo- siamo obiettivamente poco tagliati. Ciononostante, come rappresentante dell'ACP nel direttivo della SIP ho cercato di dare tutta la collaborazione possibile. In questa situazione di "non realizzazione della riforma" qualcuno pensa ad una "riforma della riforma". Pensa cioè di tornare alla situazione preesistente. Credo di non potere essere d'accordo con questa posizione in quanto il tentativo riformatore deve, a mio parere, essere portato avanti correggendo il correggibile, ma non abolendo, sic et simpliciter, le innovazioni. Fra le novità introdotte dallo statuto c'è anche il nuovo tipo di congresso della SIP (la settimana pediatrica di settembre a Bologna): su questo avremo dei dati al congresso nazionale di Tabiano che proveremo a discutere, ma ora abbiamo l'impressione che la suddivisione delle relazioni sia, come sempre, avvenuta con il bilancino delle potenze accademiche, piuttosto che delle competenze.

## QUANT'È CAMBIATA LA PEDIATRIA?

A conclusione: è cambiato tanto nella pediatria italiana? Direi proprio di no; qualcosa è certo cambiato, ma sicuramente non il tipo di insegnamento che continua ad escludere completamente l'esperienza di coloro che operano nell'area delle cure primarie (di base e di comunità) e di coloro che si occupano dei problemi delle famiglie e del rischio sociale, di coloro che affrontano un problema importante come la identificazione del ritardo mentale. Del Giudice e Andria (Prosp. Ped. 1995. 98. 115) hanno scritto che, relativamente al ritardo mentale, manca nel curriculum formativo dello specializzando qualsiasi obiettivo specifico. Nello stesso articolo sono pubblicati tutti i riferimenti bibliografici italiani. Di poco è cambiato il tipo di formazione post-laurea che rimane di tipo accademico: non è un caso che i congressi di Trieste, Perugia, Copanello, Roma (ACP Lazio) -dove si parla effettivamente di problemi dell'area delle cure primarie, e dove l'aggiornamento è attivo e basato in gran parte sui gruppi di studio- siano, in Italia, i congressi con il maggior numero di partecipanti. (Devo fare, a questo pro-



posito, un inciso: ho assistito al convegno dell'ACP del Lazio con una formula originale: l'aggiornamento, in congresso, è condotto dai pediatri stessi con, alle spalle, un tutor-esperto. Una formula da diffondere nel passaggio dall'etero-aggiornamento all'auto-aggiornamento). Le funzioni dei pediatri di comunità sono magari declamate nei documenti ma accettate superficialmente e, probabilmente né intese né digerite: del resto la disciplina non fa parte (se si escludono le eccezioni di cui sopra si è detto) del curriculum formativo dello specializzando (e, del resto, chi -nelle università e nelle cliniche pediatriche, fatte di superspecialisti-potrebbe insegnarla?).

## ALLORA?

Allora? Forse l'ACP non è oggi "avanguardia" perché le cose che va dicendo non sono più "sconfermate" dall'establishment: esse non sono, però, per nulla accettate. Si pensi all'utilizzo di pediatri di base e di comunità nell'insegnamento post laurea che negli USA è imposto alle scuole di pediatria ed a proposito del quale abbiamo bombardato, del tutto inavvenevolmente, di sollecitazioni i direttori delle scuole e i presidenti della SIP ottenendo apprezzamento e rassicurazioni ma senza modificare, in nulla, la realtà dell'insegnamento. In questo ambito si riscrive ogni anno -per dirla con Gobetti- l'auto-

biografia dell'accademia. Semplicemente le cose che diciamo sono dichiarate apprezzabili ma non applicate, secondo un vecchio sistema instaurato nella prima repubblica. "Dandoti ragione non potrai parlar male di me". Quanto al fare, è un altro discorso. Invece, la necessità di fare diventare cose le parole rimane immutata.

Questa necessità può anche far continuare la solitudine, perché ci obbliga a fare, da soli, le cose che riteniamo utili. Ma è, a mio parere, una strada obbligata che, peraltro, ha già dato frutti.

Non ultima quella di avere fatto crescere un cospicuo gruppo di giovani pediatri (sono giovani i quarantenni?) capaci di produrre iniziative culturali di qualche conto.

## QUALCHE PROBLEMA DA RISOLVERE

Per fare questo è stato necessario produrre un minimo di struttura organizzativa in modo che chi ha voluto fare le cose che stanno alla base di una associazione che organizza cultura sapesse a chi rivolgersi, dove rivolgersi ed in che modo cominciare. E tutti sapessero quali erano le cose che si stavano producendo, anche, ma non solo, per potervi collaborare. Il tentativo di questi anni è stato, per l'appunto, questo ed è servito a mettere in piedi, e sopra-

tutto a portare a termine (rapporto progetti/produzione molto vicino all'unità), un buon numero di PROGETTI che sono quelli riassunti nella Tab.2. Abbiamo però, oggi, un altro problema da risolvere sul piano della organizzazione dell'ACP. Si tratta del problema del rapporto fra singoli iscritti all'ACP non aderenti ai gruppi ed i gruppi stessi. Può esistere -ad esempio- un iscritto all'ACP in Friuli Venezia Giulia non aderente al gruppo giuliano o un aderente all'ACP in Lombardia non aderente ad alcuno dei gruppi locali lombardi. Questi colleghi (in genere universitari o ospedalieri) sono, ovviamente, al di fuori di ogni circuito associativo regionale. I loro rapporti con l'ACP possono esclusivamente avvenire in sede di congresso nazionale. In questa situazione si trovano un numero molto cospicuo di iscritti. La dimensione del problema è cioè alta. Mi pare necessario pertanto avviare -laddove non esistono- una fase di costruzione di strutture regionali dell'ACP, in cui tutti gli iscritti trovino la loro collocazione. Alcune esperienze hanno puntato su un coordinamento regionale fra i gruppi; questo non ha risolto, peraltro, il problema cui si è sopra accennato: il risultato è stato infatti deludente. I singoli sono rimasti al di fuori del circuito associativo. Mi pare che sia, invece, necessaria una struttura regionale ACP che lasci ai gruppi locali ogni autonomia sul piano della formazione e dell'adesione a gruppi di ricerca, dato che, in genere, i gruppi sono nati attorno a questa fondamentale esigenza che è stata -ed è- una delle ricchezze dell'ACP.

Compito della struttura regionale è invece quella della rappresentanza e della presenza pubblica nei riguardi delle istituzioni, SIP regionale compresa, la organizzazione di manifestazioni congressuali o di corsi di formazione ai quali tutti gli iscritti, e non solo i gruppi, devono potere dare il loro contributo. Non si deve dimenticare infatti che un'altra delle ricchezze dell'ACP deriva dall'accettazione del contributo di chiunque abbia voglia di darlo. Questo tipo di struttura regionale deve rappresentare tutti gli iscritti; non può nascere perciò che da una consultazione diretta di tutti gli iscritti della regione che eleggono un direttivo ed un coordinatore regionale con un turn-over tendenzialmente rapido.

Ma di tutto questo si potrà più a lungo discutere a Tabiano.



VII  
CONGRESSO NAZIONALE  
ACP

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

Centro Congressi Grande Albergo Astro

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 pernottò più piccola colazione alla tariffa di Lire 100.000, oppure il solo pernottò 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.

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.

*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**



**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 (Apref) 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*

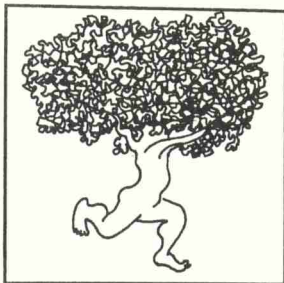
*ore 10.00 Significato delle alterazioni del sonno nel lattante  
- Paola Ferrari, Modena*

*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



## PRESCRIZIONE DI ANTIBIOTICI A CESENA: i dati del 1991 confrontati con quelli del 1994

di Roberto Ponti - pediatra di base - Cesena

Dopo circa tre anni dalla commercializzazione dei nuovi antibiotici per uso orale ci si è chiesto quale è stato l'impatto sulle prescrizioni ambulatoriali nel nostro territorio. Per questo motivo abbiamo richiesto all'Ufficio Farmaceutico della nostra A.USL i dati computerizzati, relativi alle prescrizioni di antibiotici per os effettuate dal nostro gruppo, composto da 21 pediatri di base negli anni 1991 e 1994.

Nel 1991, prima dell'immissione in Prontuario di questi nuovi farmaci, le nostre prescrizioni erano così suddivise:

Tab. 1

27.2%	Macrolidi	22.5%	Eritromicina
		4.7%	Iosa + Miacamicina
20.2%	Cefalosporine	18.7%	Cefaclor
		1.5%	Altre
		30.4%	Amoxicillina
45.4%	Penicilline	7.3%	Amoxi+clavulanico
		5.3%	Fenossimetilpenic.
		2.4%	Altre
7.2%	Altri	6.6%	Cotrimoxazolo

Nel 1994 abbiamo effettuato le seguenti prescrizioni:

Tab. 2

39%	Macrolidi	9.5%	Eritromicina
		14.7%	Claritromicina
		10.8%	Azitromicina
		4%	Altri
27.9%	Cefalosporine	12.2%	Cefaclor
		11.8%	Cefixime
		3.4%	Ceftibuten
		0.5%	Altre
30.9%	Penicilline	20.5%	Amoxicillina
		4.6%	Amoxi+clavulanico
		5.8%	Fenossimetilpenic.
2.5%	Altri	1.2%	Cotrimoxazolo

Dai dati esposti si evidenzia come, nel triennio in esame, le prescrizioni dei "classici" antibiotici per uso pediatrico si siano, in termini di percentuale, più che dimezzate per quanto riguarda l'Eritromicina, ridotte di un terzo per l'Amoxi ed il Cefaclor mentre il Cotrimoxazolo è quasi scomparso.

Nel 1994, dei nuovi antibiotici risultano molto prescritti i macrolidi Claritromicina ed Azitromicina (assieme contano di più di un quarto di tutte le prescrizioni di antibiotici orali); in aumento, anche se meno cospicuo, le prescrizioni di cefalosporine grazie alle nuove molecole Cefixime e, in minor misura, Ceftibuten.

Per quanto riguarda le implicazioni economiche di questo "viraggio" di scelte, abbiamo calcolato con approssimazione che se le nostre prescrizioni del 1994 fossero state solo di Amoxicillina fra le betalattamine e di Eritromicina fra i macrolidi (con la conseguente sostituzione di tutte le prescrizioni degli antibiotici più costosi), avremmo avuto la spesa complessiva per questa categoria di farmaci all'incirca dimezzata. (Tab 3/4)

Distribuzione della prescrizione di antibiotici per os per classe e costo nel periodo compreso dal 01/04/91 al 30/06/91

Tab. 3

ANTIB. PER OS	N° PEZZI	% SUL N° TOT	COSTO	% SULLA SPESA
cefalosporine	906	20,2	16.439.752	29,0
cefaclor	842		15.288.970	26,9
<b>penicilline</b>	<b>2042</b>	<b>45,4</b>	<b>23.365.895</b>	<b>41,2</b>
amoxi.	1367		10.395.920	18,3
amoxi.+clav.	326		6.948.890	12,2
fenossimetilp.	238		1.419.670	2,5
altri	175		4.601.415	8,1
<b>macrolidi</b>	<b>1222</b>	<b>27,2</b>	<b>16.093.555</b>	<b>28,4</b>
eritromicina	1011		12.284.985	21,6
altri	211		3.808.570	6,7
<b>altri</b>	<b>323</b>	<b>7,2</b>		
cotrimossazolo	297			
<b>n° totale</b>	<b>4493</b>		<b>56.684.430</b>	<b>100</b>

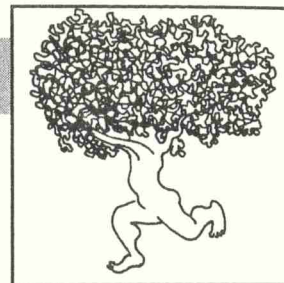
Distribuzione della prescrizione di antibiotici per os per classe e costo nel periodo compreso dal 01/04/94-30/06/94

Tab. 4

ANTIB. PER OS	N° PEZZI	% SUL N° TOT	COSTO	% SULLA SPESA
cefalosporine	1680	27,8	42.941.150	38,1
cefaclor	735		13.331.350	11,9
cefixime	711		21.926.600	19,5
ceftibuten	207		6.940.900	6,1
altri	27		742.300	0,6
<b>penicilline</b>	<b>1861</b>	<b>30,9</b>	<b>16.751.500</b>	<b>14,8</b>
amoxi	1235		9.852.700	8,7
amoxi+clav	278		4.845.600	4,3
fenossimetilp	348		2.053.200	1,8
<b>macrolidi</b>	<b>2346</b>	<b>38,8</b>	<b>53.128.300</b>	<b>47,1</b>
eritromicina	571		7.006.000	6,3
claritromicina	887		16.833.700	14,9
azitromicina	653		22.978.000	20,3
altri	235		6.310.600	5,6
<b>altri</b>	<b>150</b>	<b>2,5</b>		
cotrimossazolo	71			
<b>totale</b>	<b>6.037</b>	<b>100</b>	<b>112.820.950</b>	<b>100</b>

A questo proposito però, in accordo con l'opinione del Prof. Assael di Milano che è recentemente intervenuto ad un nostro incontro di aggiornamento sull'antibioticoterapia ambulatoriale, è stata sottolineata l'opportunità di valutare il calcolo dei costi reali di una terapia ambulatoriale senza prescindere dalla valutazione dell'efficacia in termini non solo economici ma anche di rapidità nella risoluzione dei segni clinici e dei sintomi della patologia in trattamento, nonché dei costi sociali conseguenti (durata dell'assenza da scuola, giornate di lavoro perse dai genitori).

Per questo motivo il nostro gruppo intende aderire allo studio sull'antibioticoterapia in clinica ambulatoriale che il Prof. Assael sta progettando con alcuni pediatri di base di Milano che avrà come obiettivo la valutazione "sul campo" dei nuovi antibiotici rispetto ai vecchi.



## VALUTAZIONE COSTO-EFFICACIA DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA NELLA FARINGOTONSILLITE STREPTOCOCCICA:

Un percorso di razionalità e di metodo all'interno della pratica ambulatoriale

### A cura di:

A. Pedrini\*, R. Bussi\*\*, V. Murgia\*\*, P. Schievano\*\*, M.P. Giusti\*\*\*, F. Marchetti\*\*\*.

### Gruppo di ricerca:

A. Baggiani, R. Bussi, S. Drago, E. Ferrara, C. Funghi, G. Giancola, L. Lovison, R. Luchelli, V. Murgia, S. Pasquato, M. Pavan, L. Saretta, P. Schievano, R. Serragiotto, M.P. Sidran, C. Silvan, G. Spinale, A. Vozzi(\*\*)

P. Bonin, F. Camonico, P. Fait, M. Finco, N. Grassi, M. Marcadella, R. Scala, L. Todesco(\*\*\*\*)

S. Bonati, M. Capozzo, E. Ciscato, D. Pittarello, S. Sassolino, C. Trevisan(\*\*\*\*\*)

\* Farmacista USSL n°20 Camposampiero (PD)

\*\* Pediatri del gruppo APREF di Padova

\*\*\* Ricercatore presso il Consorzio Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro (Chieti)

\*\*\*\* Pediatri del gruppo ACP "J. Da Ponte" di Bassano del Grappa (VI)

\*\*\*\*\* Pediatri del gruppo ARP di Vicenza.

### PREMESSA

In un precedente numero di *Quaderni ACP* (n°3/94 pagg. 10-11) sono stati pubblicati i risultati di uno studio condotto da un gruppo di 32 pediatri del Regione Veneto, che aveva l'obiettivo di verificare, attraverso uno studio prospettico osservazionale della durata di 4 settimane, se e quanto un approccio terapeutico con antibiotici indicati dalla letteratura più accreditata come farmaci di prima scelta nella cura della faringotonsillite acuta streptococcica (FTA da SBEA), dell'otite media acuta e della sinusite acuta, comportasse un risultato in termini di guarigione clinica.

Relativamente alla FTA, era prevista per la diagnosi l'esecuzione obbligatoria del tampone faringeo e l'utilizzo dei seguenti farmaci di riferimento: l'eritromicina (50mg/kg/die in 3 dosi per 10 giorni) o la penicillina V (50000 UI/kg in 3 dosi per 10 giorni) o, in alternativa, la josamicina, in caso di impossibilità ad usare i farmaci precedenti. Il ricorso a farmaci diversi da quelli di riferimento doveva essere segnalato, unitamente alle motivazioni che lo avevano determinato.

### USO ED EFFICACIA DELLA TERAPIA DI RIFERIMENTO

Dei 415 bambini con FTA, 264 presentavano un tampone faringeo positivo per lo SBEA. In 121 casi la terapia antibiotica è stata intrapresa prima della conoscenza dell'esito del tam-

pone e nel 78% dei casi il risultato di tale tampone è risultato positivo. Complessivamente i casi per i quali a giudizio del pediatra è stato necessario instaurare una terapia antibiotica (prima o dopo la conoscenza dell'esito del tampone faringeo) sono stati 293.

Dei 264 pazienti con FTA da SBEA, 245 (93%) sono stati trattati con la terapia di riferimento e 19 con farmaci alternativi. Con la terapia di riferimento si è ottenuta la guarigione clinica nel 97% (237/245) dei casi, di cui 185/191 trattati con eritromicina, 35/35 con penicillina V e 17/19 con la josamicina. Degli 8 casi di insuccesso terapeutico, 7 erano dovuti alla mancata compliance. Nove bambini hanno manifestato una intolleranza alla terapia che tuttavia non ha determinato la sospensione del trattamento.

### VALUTAZIONE FARMACOECONOMICA DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA

Un aspetto importante nella definizione della validità di una scelta terapeutica è il rapporto costo-beneficio di un determinato trattamento.

A completamento del presente studio, che ha confermato la validità d'uso degli antibiotici di riferimento, è stata condotta una semplice valutazione farmacoeconomica calcolando il costo della terapia realmente effettuata e di quella che sarebbe derivata dall'uso esclusivo di ciascuno degli antibiotici di nuova generazione, utilizzati come farmaci alternativi.

Sono stati inclusi nella valutazione i 293 casi per i quali, a giudizio del pediatra, è stato necessario instaurare una terapia antibiotica, prima o dopo l'esito del tampone faringeo.

Di questi, 270 sono risultati complessivamente i trattati con uno dei tre antibiotici di riferimento (40 con penicillina V, 208 con eritromicina, 22 con josamicina) e 23 con antibiotici alternativi (utilizzati nei casi di intolleranza già nota ai farmaci di riferimento, compliance non garantita, farmaco disponibile in casa).

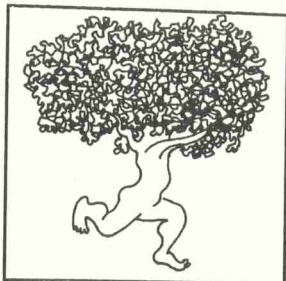
La spesa sostenuta per la terapia è stata calcolata sulla base del numero di confezioni necessarie per completare il ciclo terapeutico (=confezioni prescritte), tenendo conto della composizione per fasce d'età del campione.

E' stato considerato come peso di riferimento, per singola classe d'età, quello corrispondente al 50° percentile.

Per il calcolo dei costi sono stati utilizzati i prezzi per confezione in vigore a novembre '94.

La spesa reale sostenuta per i 293 casi, data la scelta di trattamento realizzata nell'ambito dello studio, ammonta a £ 5.704.600, di cui £ 4.943.100 riferiti ai 270 casi trattati con uno dei tre antibiotici di riferimento e £ 761.500 riferiti ai 23 casi con antibiotici alternativi.

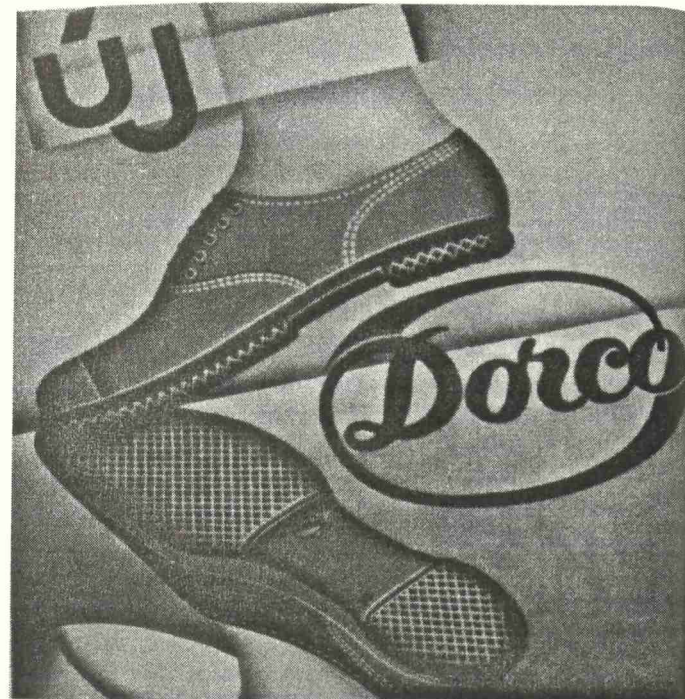
Se per i medesimi 293 casi fosse stato utilizzato esclusivamente uno degli antibiotici di nuova generazione impiegati dai Pediatri nello studio come farmaco alternativo, si sarebbe



determinata una spesa pari a  
 £ 10.313.600 per l'Azitromicina, a  
 £ 11.220.000 per la Cefixima, a  
 £ 11.373.000 per la Amoxicillina  
 +Acido clavulanico, a £ 12.927.500  
 per la Claritromicina, a £ 14.784.000 per il Cefitibuten, a  
 £ 17.403.300 per l'Acetilcefuroxima.

In pratica, se il pediatra avesse scelto di routine uno degli antibiotici alternativi indicati in Tabella, ne sarebbe derivata una maggiorazione di spesa variabile dal 100 al 200%: da 10 a 17 milioni, a seconda dell'antibiotico scelto, anziché i 5,7 milioni realmente spesi.

E' importante sottolineare che il diverso costo di questi antibiotici non è da riferire esclusivamente al costo per confezione ma anche alla quantità di principio attivo in esso contenuto (concentrazione e volume) e quindi al numero di confezioni che è necessario prescrivere, per completare il ciclo terapeutico nelle varie fasce d'età.



## COSTO DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA PER FASCE D'ETÀ (ciclo terapeutico di 10 gg )°

Eritromicina	13500	13500	13500	13500	13500	13500	27000	27000	27000	27000
Josamicina	24000	36000	36000	48000	48000	48000	60000	60000	60000	72000
Azitromicina*	35200	35200	35200	35200	35200	35200	35200	35200	35200	35200
Claritromicina	18500	37000	37000	37000	37000	37000	55500	55500	55500	73000
Cefixima	31000	31000	31000	31000	31000	31000	31000	62000	62000	62000
Acetil Cefurox.	27450	27450	54900	54900	54900	54900	54900	82350	82350	82350
Ceftibuten	38500	38500	38500	38500	38500	38500	77000	77000	77000	77000
Penicillina V	4200	4200	4200	4200	4200	4200	8400	8400	8400	8400
Amox.+Ac.Clav.	17000	34000	34000	34000	34000	34000	51000	51000	51000	68000
fino a	Anni 1	Anni 2	Anni 3	Anni 4	Anni 5	Anni 6	Anni 7	Anni 8	Anni 9	Anni 10
"	Kg 10		Kg 15			Kg 20	Kg 25		Kg 30	Kg 35

°Calcolo effettuato ai prezzi di novembre 1994 e relativamente alla forma farmaceutica sciroppo/sospensione.

\*Costo calcolato per 5 giorni di terapia in quanto rispondente allo schema terapeutico consigliato in letteratura e adottato dai pediatri partecipanti allo studio (10 mg/kg il 1° giorno; 5 mg/kg gli altri 4 giorni).

Se i dati sovraesposti vengono riferiti alla popolazione pediatrica totale del Veneto, pari a circa 660.000 bambini nella fascia 0-14 anni, per estrapolazione di dati, si può dedurre che l'aderenza ai protocolli terapeutici di riferimento comporta risparmi notevoli.

Infatti, poiché i 293 casi trattati nello studio corrispondono all'1,25% dei 23.500 bambini in carico ai 32 pediatri di famiglia partecipanti alla ricerca, si può presumere, per lo stesso periodo di un mese, un numero pari a 8.250 bambini, probabilmente affetti da FTA, in totale nella regione Veneto.

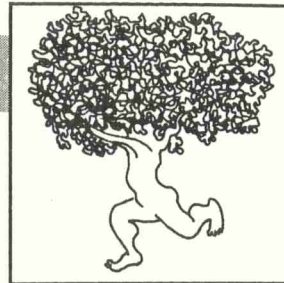
La spesa che deriverebbe dal medesimo trattamento antibiotico attuato sulla popolazione reale dello studio (che tiene conto sia della possibilità di opzione fra antibiotici di riferimento che della necessità di ricorrere in casi selezionati a molecole alternative), ammonterebbe a 160,5 milioni di lire.

Essa varierebbe invece da 290,4 a 478,5 milioni di lire, in caso di ricorso esclusivo a uno degli antibiotici alternativi.

Pertanto, il risparmio riferibile a un mese di media morbosità, conseguibile nella regione Veneto, nel trattamento della sola FTA in età pediatrica, a parità di risultati clinici, sarebbe compreso tra 130 e 318 milioni di lire.

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Dippel DWJ, Touw-Otten F, Habbema JDF. *Management of children with acute pharyngitis: decision analysis.* J Fam Pract 1992; 34: 149-159.
2. Markowitz M. *Treatment of streptococcal pharyngotonsillitis: reports of penicillin's demise are premature.* J Pediatr 1993; 123: 579-685.
3. Shvartzman P, Tabenkin H, Rosentzwaig A, Dolginov F. *Treatment of streptococcal pharyngitis with amoxycillin once a day.* BMJ 1994; 306: 1170-1172.
4. Little PS, Williamson I. *Are antibiotics appropriate for sore throats? Costs outweigh the benefits.* BMJ 1994; 309: 1010-1011.
5. Shvartzman P. *Careful prescribing is beneficial.* BMJ 1994; 309: 1011-1012.
6. Davey PG, Malek MM, Parker SE. *Pharmacoeconomics of antibacterial treatment.* Pharm Ec 1992; 1 (6) 409-437.
7. Coen D. *Prescrivere economicamente.* Ricerca & Pratica 1993; 51: 72-81.
8. Venturini F, Di Pasquale R, Romero M. *La letteratura di farmaeconomia.* Giornale italiano di Farmacia Clinica. 1993; 7: 169-178.



## DRG E RICOVERO SOCIALE

P. Siani°, G. Cirillo\*, L. Cimaduomo°, A. M. Livolsi\*\*, S. Lodato°, L. Amato\*, A. Coletta°.

° 28ª Divisione Pediatria - Azienda Ospedale di rilievo nazionale A. Cardarelli - Napoli

\* Associazione Culturale Pediatri - Campania

\*\* Settore Epidemiologia - Direzione sanitaria - Azienda Ospedale Cardarelli - Napoli.

### PREMESSA

Obiettivo dello studio è stato quello di analizzare tutti i ricoveri effettuati, presso la 28ª Divisione di pediatria dell'Azienda Cardarelli, nei primi 3 mesi del 1995, in rapporto alle nuove tariffe di pagamento stabilite dai DRG.

Nostre precedenti segnalazioni hanno messo in evidenza che:

1) i bambini che risiedono in quartieri degradati della periferia di Napoli sono a rischio di ricovero multiplo, doppio rispetto a quelli che abitano in zone non degradate, a parità di distanza chilometrica dall'ospedale, e per patologie per lo più non rilevanti.

2) i bambini a rischio sociale usano meno spesso i servizi di prevenzione e il pediatra di base e di più l'ospedale, anche per patologie banali.

Alla luce delle predette evidenze abbiamo voluto verificare quindi il peso economico che il "ricovero sociale" (definito come ricovero per patologie non rilevanti in bambini provenienti da aree territoriali degradate) assume con il nuovo sistema tariffario ospedaliero.

### RISULTATI

Nel primo trimestre del '95 sono stati ricoverati 433 bambini, la degenza è stata di 4,7 giorni in media. Soltanto in 4 casi è stato superato il numero di giorni massimo previsto dal DRG. Le diagnosi sono state raggruppate in 42 DRG, 7 DRG però (DRG 26 - DRG 98 - Asma, DRG 184 - Gastroenteriti, DRG

284 - Malattie minori della pelle, DRG 322 - Infezione delle vie urinarie) comprendono il 76,9% dei bambini ricoverati (n.333).

Di questa ultima popolazione di bambini (n.333) è stata analizzata la diagnosi, la zona di residenza e il costo del singolo DRG (Tab.1).

Le zone di residenza (vedi Tab.2) sono state classificate in:

Zona 1: zone socialmente degradate;

Zona 2: altre.

Le diagnosi (Tab. 2) sono state raggruppate in:

Diagnosi A: non rilevante

Diagnosi B: rilevante

TAB. 2

#### RESIDENZA

1.

Secondigliano, Marano, Arzano, Gigliano, Mugnano, Barra, Ponticelli, Napoli centro storico (n. 296 ricoveri - 88,9%).

2.

Paesi vesuviani, Vomero, Extra-Provincia, Extra-Regione (n. 37 - 11,1%)

#### DIAGNOSI

A.

Gastroenteriti DRG 184

Infezioni alte vie respiratorie DRG 70

Malattie minori della pelle DRG 284

B.

Convulsioni DRG 26

Asma DRG 98

Polmonite DRG 91

Infezioni vie urinarie DRG 322

Ad esclusione di n. 37 bambini (11,1%), tutti gli altri (n. 296 - 88,9%) provengono da zone territoriali di degrado (a conferma dell'uso dell'ospedale come modalità costante di accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione a rischio sociale). Per quanto sopra, la nostra successiva analisi può anche essere letta come valutazione del sistema DRG in aree socialmente depresse.

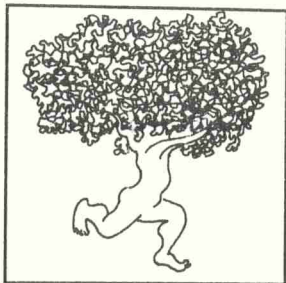
La nostra analisi conferma l'uso inappropriato dell'ospedale da parte della popolazione a rischio sociale: l'88,9% dei bambini infatti, proviene da zone a rischio sociale, il 37,3% del fatturato è ascrivibile a patologie non rilevanti.

Sarebbe auspicabile anche per l'evidente alto costo di questi "ricoveri sociali" (£ 355 milioni in 3 mesi - diagnosi A), sviluppare programmi che si occupino attivamente di questa fascia della popolazione che raggiunge al Sud proporzioni notevoli (almeno il 20% della popolazione infantile).

Si potrebbe in questo modo avviare un processo di razionalizzazione delle risorse che tenga conto da una parte dell'alto costo di prestazioni inappropriate (ricovero ospedaliero sociale) e dall'altra della utilità di programmi di prevenzione e assistenza primaria.

DRG	DIAGNOSI	N. BAMBINI	COSTO UNITARIO x 1.000	COSTO TOTALE x 1.000
<b>Diagnosi A</b>				
70	Infezioni alte vie respiratorie	59	2.638	155.642
184	Gastroenterite	70	2.546	178.220
284	Malattie minori della pelle	6	3.531	21.186
<b>Diagnosi B</b>				
26	Convulsioni	29	3.170	91.930
98	Asma	137	2.859	391.683
91	Polmoniti	22	3.357	73.854
322	Infezioni vie urinarie	10	4.192	40.192
		333		952.707

Totale fatturato Diagnosi A: 355.046 (37,3%)  
 Totale fatturato Diagnosi B: 597.659 (62,7%)  
 Costo unitario medio/bambino/Diagnosi A = 2.629.985  
 Costo unitario medio/bambino/Diagnosi B = 3.018.480



## VALUTAZIONE DI UN PROTOTIPO DI LIBRETTO DI SALUTE INDIVIDUALE MEDIANTE SPERIMENTAZIONE SUL CAMPO DA PARTE DI UN GRUPPO DI PEDIATRI DI BASE

Uccella S. (\*), Bonacci M.(\*\*), Calia V. (\*), Carducci C.(\*\*), Coltura E. (\*), Corgioli M. (\*), Costantini A.M.(\*\*), Criscione M.L.(\*\*), D'Erasmus A.(\*\*), De Angelis R.(\*\*), De Benedetto B.(\*\*), Gazzotti T. (\*), Marolla F. (\*), Marolla L. (\*), Melideo F.(\*\*), Morano D.(\*\*), Montani P.(\*\*), Oliviero L. (\*), Traditi M. (\*), Vinci C.(\*\*), Zand R. (\*),

(\*) Pediatri di base, Pedibas-R e Associazione Culturale Pediatri Lazio.

(\*\*) Pediatri di base, Associazione Culturale Pediatri Lazio.

**Introduzione:** sulla base di esperienze presenti in altre regioni italiane ed in paesi europei, è nata negli ultimi anni, da parte dei pediatri di famiglia romani, l'esigenza di poter disporre sul territorio di un Libretto di Salute (LDS) individuale (contenente la maggior parte dei dati riguardanti lo sviluppo psicofisico, le tappe evolutive e le patologie principali del soggetto dalla nascita fino all'età adulta), inteso anche come strumento di educazione sanitaria a disposizione dei genitori e dei medici.

**Scopo dello studio:** valutare l'accettabilità di un prototipo di LDS mediante una sperimentazione sul campo da parte di un gruppo di pediatri della provincia di Roma.

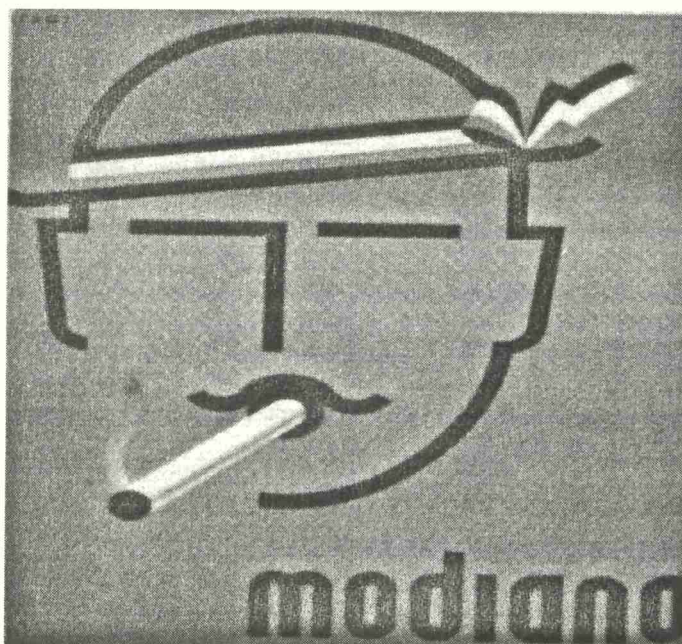
**Tipo di studio:** di coorte, prospettico, randomizzato.

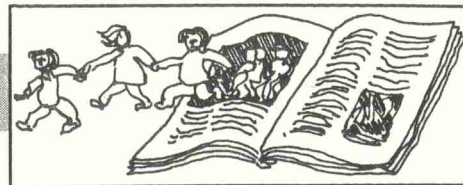
**Materiali e metodi:** lo studio ha riguardato bambini di età compresa fra la nascita e 3 anni che si sono presentati consecutivamente in visita, presso gli studi medici degli AA. nei mesi di maggio e giugno 1994, per un totale di circa 50 bambini per ciascun pediatra. Ai genitori di ciascun soggetto è stato consegnato un questionario (Q1) per la valutazione del livello di conoscenza dei problemi dell'infanzia, delle tappe di sviluppo del bambino e del rapporto medico-paziente. Dopo la visita medica è stata effettuata la assegnazione randomizzata del soggetto al gruppo con Libretto (CL) o senza Libretto (SL) in base alla data di nascita (pari o dispari). Quindi è stato consegnato ai genitori del gruppo CL un LDS (che costituiva la sintesi di un anno di lavoro del gruppo Pedibas-R e stampato con la collaborazione della Mellin), accompagnato da una breve spiegazione verbale sul suo corretto uso. Il follow-up ha previsto: a) la registrazione di ciascuna visita effettuata successivamente; b) la somministrazione dopo 8 mesi dello stesso questionario dell'arruolamento (Q2) a tutti i genitori dei soggetti; c) la somministrazione di un ulteriore questionario (Q3) solo ai genitori del gruppo CL per la valutazione del gradimento da parte della famiglia del LDS e del suo uso.

**Risultati:** al momento dello studio 15 pediatri (71%) svolgeva la propria attività alla periferia della Capitale, due dei quali in paesi limitrofi. Sono stati arruolati 1035 bambini (50,1% CL). I due gruppi non sono risultati differenti per età e sesso dei bambini, età e livello culturale dei genitori e condizioni socioeconomiche della famiglia. L'analisi di Q1 (compilato nel 74% dei casi dalle madri) ha evidenziato che, tra le madri, il livello di conoscenze generali sullo sviluppo psicofisico del bambino è direttamente proporzionale al grado d'istruzione ( $\chi^2 = 12,8$ ; 2 g.d.l.  $p < 0,002$ ). Ciò non si è evidenziato tra i padri che in

generale rispondono meno esattamente delle madri (test di Mann-Whitney  $p < 0,02$ ). Riguardo le vaccinazioni a cui era stato sottoposto il bambino, sia le madri, (test di Mann-Whitney  $p < 0,0001$ ) che i padri ( $p < 0,003$ ) con grado d'istruzione più elevato rispondono con maggiore sicurezza. L'analisi di Q2 (51,6% di Q1) ha confermato i risultati precedenti. Inoltre, il confronto tra CL e SL ha evidenziato piccole, ma interessanti differenze: il "recall" riguardo le vaccinazioni si riduce in ambedue i gruppi, ma significativamente solo nel SL ( $\chi^2 = 7,4$ ; 2 g.d.l.  $p < 0,02$ ): il livello di conoscenze tende ad aumentare in ambedue i gruppi ma significativamente nel gruppo CL ( $\chi^2 = 11,7$ ; 2 g.d.l.  $p < 0,003$ ). I due gruppi non si sono mostrati differenti per numero di visite periodiche, urgenti e domiciliari svolte dal pediatra (830 casi analizzati, 80,2%). Nel gruppo CL, nel 73% delle visite effettuate è stato riportato il LDS; ciò è avvenuto indipendentemente dal livello d'istruzione dei genitori, dallo stato socioeconomico della famiglia e dal medico curante. L'analisi di Q3 (48% di CL) ha evidenziato un'ottima accoglienza del LDS da parte delle famiglie (oltre il 98% lo considera uno strumento utile e comprensibile). Meno diffusa sembra invece la capacità di usarlo in proprio (solo il 58% delle famiglie ha annotato personalmente sul libretto notizie relative alla salute del bambino). Il 25% ha mostrato il libretto ad altri medici dei quali il 70,3% si è mostrato favorevolmente impressionato.

**Conclusioni:** l'introduzione del LDS è certamente in sintonia con le aspettative e i desideri delle famiglie e sembra agire positivamente come strumento educativo. Il grado di istruzione delle famiglie deve essere sempre considerato dal pediatra nella sua attività professionale. Infine riteniamo che il LDS sia uno strumento utile anche per il pediatra per valutare l'attenzione della famiglia ai problemi del bambino.





## IL DIRITTO DELLA MADRE DI NON RICONOSCERE IL NEONATO

I mezzi di informazione, con grande frequenza, nell'ultimo anno hanno riferito casi di abbandono dei neonati da parte delle madri e anche casi più gravi, di infanticidio. Tali episodi si sono verificati, con allarmante frequenza sia nel nord che nel sud del paese a testimonianza della esistenza di condizioni drammatiche di conduzione di gravidanze difficili, non accettate e certamente vissute in una solitudine drammatica. In un convegno tenuto a Milano il 27/28 aprile 1995, promosso dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale, dal Centro Internazionale Studi sulla Famiglia, dalla rivista Prospettive Assistenziali e dalla Associazione Promozione Sociale, è stata sottolineata la necessità che le donne che vivono questa drammatica fase della loro vita siano messe al corrente che la legge italiana permette loro una via d'uscita dal loro dramma. E si è auspicato che il ginecologo che entra in contatto con queste donne - o forse più frequentemente l'ostetrica - diano a queste donne la corretta informazione di questa possibilità. È, invece, probabile che fra le cause che stanno alla base di queste situazioni ci sia una inadeguata informazione, sia sul piano giuridico che sociale. Il pediatra quasi certamente non incontra questo tipo di problema nel momento della sua maggiore drammaticità ma noi crediamo che esso debba egualmente conoscere le possibilità giuridiche attraverso le quali queste donne possono uscire dal loro dramma, senza nuocere al loro bambino e a se stesse.

Per questo riassumiamo qui brevemente alcuni dati giuridici.

È possibile, sia per la donna sposata che per la donna che abbia avuto un figlio al di fuori del matrimonio, non accettare il proprio figlio.

L'art. 15 del codice civile dice infatti che il padre e/o la madre possono riconoscere il loro figlio, ma possono anche non riconoscerlo.

Qualunque donna partorienti poi, secondo una sentenza della corte costituzionale (sentenza 171 del 5 maggio 1994) può

*"chiedere di non essere nominata nell'atto di nascita"*.

In questo caso il bambino viene dichiarato "figlio di donna che non consente di essere nominata" ed il tribunale dei minori inizia le procedure di adottabilità per il bambino.

Dal punto di vista statistico, tra il 1984 ed il 1990 dei 3125 bambini adottati 1000 erano figli di ignoti, cioè neonati non riconosciuti alla nascita.

La scelta di non riconoscere il bambino può essere fatta alla nascita o può essere rinviata a un secondo momento.

La legge (N°184 del 4 maggio 1983 art. 11, commi 2 e 3) prevede, infatti, il diritto di essere informati sulla possibilità di usufruire di un periodo di riflessione per chiedere la sospensione della procedura di adottabilità, cioè in sostanza per recedere dalla richiesta di non riconoscere il figlio. Tale periodo di riflessione, concesso dal tribunale dei minori, è di 60 giorni ma può essere rinviato sino al sedicesimo anno se la madre non li ha compiuti. In questi casi, fra la madre ed il bambino - anche se questo vive separato - permane un qualche rapporto.

In sostanza alle donne che hanno problemi drammatici in gravidanza dovrebbe essere offerta la possibilità anticipata di riflettere e di decidere con serenità ed autonomia, facendo loro presente che:

1. un neonato, nato nel matrimonio o fuori di questo, può non diventare, giuridicamente, figlio di chi lo ha procreato;
2. si può partorire un bambino, conservando il segreto, quando non si intenda riconoscerlo.

Per parte loro, coloro che si trovano di fronte a una madre che richiede il non riconoscimento del proprio nato dovrebbero tenere conto che questa può essere considerata anche come una manifestazione di maturità e di responsabilità nei confronti di una vita che la madre non si considera pronta ad accettare.

Il gesto può consentire al neonato di crescere bene in una famiglia adottiva che ha di lui una completa accettazione.

## ABUSO SESSUALE: DIVERSA INCIDENZA IN GRAN BRETAGNA FRA INGLES E ASIATICI

In questa estate dedicata dalla stampa all'enfasi sulla violenza sessuale, senza che sia stato riportato alcun dato sulla reale dimensione del problema, è comparso un articolo sugli Archives of disease in childhood (1995 ; 72:346) in cui viene confrontata la incidenza degli abusi sessuali commessi a Leeds da asiatici e dalla restante popolazione (inglesi inclusi).

La definizione di abuso è quella definita nella letteratura, la fonte sono gli ospedali di Leeds, i servizi sociali, i medici, la scuola, la polizia. L'incidenza è di 0,5 per mille per la popolazione asiatica, del 2 per mille per gli altri.

L'andamento negli anni (1985-1993) è stato costante e non c'è stato alcun aumento negli ultimi tempi.

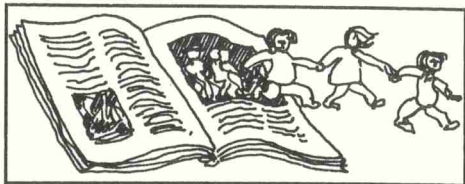
La motivazione della differenza è, secondo gli autori, in rapporto con la importanza che gli asiatici danno alla cultura ed alla religione della famiglia.

## AUGURI A CORCHIA E ORZALESI

Carlo Corchia ha vinto, nell'agosto, il concorso per primario neonatologo presso l'ospedale di Cosenza.

La redazione di ACP-Quaderni, che lo annovera fra i collaboratori più autorevoli, e l'ACP tutta gli formulano i migliori auguri di buon lavoro. Carlo Corchia saprà certamente ripetere in Calabria i successi nella salute materno-infantile che ha contribuito così decisamente a raggiungere in Sardegna.

Marcello Orzalesi, che è stato presidente dell'Associazione Culturale Pediatri, ha vinto il concorso per primario neonatologo presso l'Ospedale "Bambino Gesù" di Roma. È uno dei pochi esempi di passaggio dalla Università all'Ospedale. Gli amici dell'ACP gli formulano i migliori e i più affettuosi auguri di buon lavoro nel nuovo importante incarico e sperano di potere contare sulla sua collaborazione.

**APPELLI VIA ACP****IL DR MULLICK  
DA CALCUTTA CHIEDE...**

IL DR. B. MULLICK, 34/a Shashi Bhushan De Street CALCUTTA, chiede attraverso due suoi tirocinanti australiani:

1. un I.B.M. 486 per leggere i CD Rom che gli ha regalato un suo benefattore.
2. un fax per collegarsi col mondo.

Il dr Mullick è un ginecologo molto battagliero che opera a Calcutta. E' il segretario della Humanity Association fondata nel 1924 da Gandhi. Dirige una attività di consulenza, attraverso strutture di tipo consultoriale, sui problemi della salute. Si occupa di AIDS ed HIV ed è un fermo sostenitore della necessità di diffondere l'uso del profilattico nella sua India e, per questo, è da tempo in amichevole polemica con Maria Teresa di Calcutta. Si è particolarmente dedicato all'insegnamento del family planning. Alla sua associazione aderiscono 28.000 health workers che operano in tutte le parti dell'India. Chi ne vuole sapere di più, legga Lancet del 10 giugno 1995, pg. 1493-4. Se qualcuno lo vuole aiutare ci scriva o gli scriva.

**IL DR. ALAMI  
DA GAZA CHIEDE...**

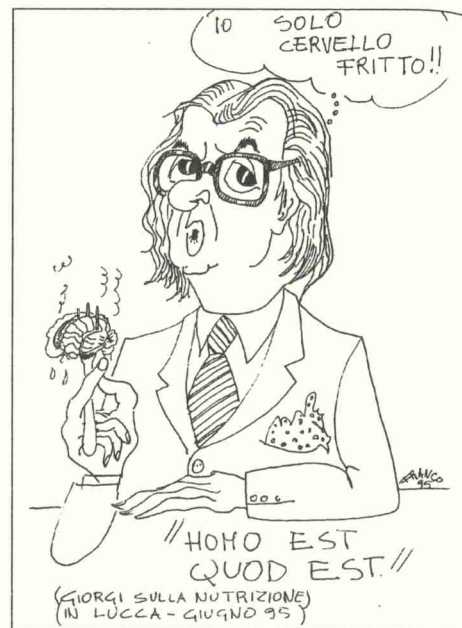
Una delegazione della università di Oslo ha visitato le università della striscia di Gaza e si è resa conto, fra l'altro, della carenza di libri di medicina che caratterizza quelle istituzioni. Naturalmente non mancano solo i libri, mancano attrezzature, stabili, farmaci e così via. Per i libri però è ragionevole pensare che anche l'aiuto dei privati e dei medici in genere possa essere risolutivo. Servono buoni libri in lingua inglese di ogni argomento: medicina generale, medicina di comunità epidemiologia, statistica. Indirizzare a: Dr Muhamed D Alami Planning and Research Center PO box 51681. East Gerusalem. Via Israel.

**IL GOVERNO  
PALESTINESE CHIEDE...**

Il ministero della sanità vuole conoscere quali professionisti sanitari palestinesi operino fuori dalla striscia di Gaza e specialmente nei paesi occidentali. Le professioni interessate sono: medici, dentisti, infermieri e paramedici in genere, antropologi, demografi, epidemiologi, economisti sanitari.

Lo scopo è quello di costruire un database di possibili disponibilità.

Si può ottenere il questionario all'indirizzo della Planning & Research Center (PRC) di Gerusalemme.

**MOLTIPLICA I CASI,  
MA IL CINESE LO SCOPRE**

**S**ul New England Journal of Medicine del 9 febbraio 1995 è comparso un articolo sull'utilizzo della ecografia transesofagea nella diagnosi della rottura dell'aorta, compilato da due ricercatori della Università del Kentucky. I casi erano 121, raccolti in 2 anni. Sul numero di agosto dello stesso giornale è comparsa una lettera di tre ricercatori della università cinese di Hong Kong i quali fanno notare che gli stessi autori avevano pubblicato, nel 1993 e nel 1994, articoli dello stesso argomento: il primo su 69 casi ed il secondo su 160 casi.

I tre curiosi cinesi chiedono se si tratta di "altri" 121 casi. In tal modo il totale dei malati studiati ammonterebbe a 350. Oppure se quei 121 sono una riesumazione dei 160+69: in tal caso i soggetti studiati sarebbero 229. Oppure, ancora se sia i 121 casi che i 69 fanno parte dei 160.

Dicono, maliziosamente, i cinesi che il significato della tecnica sarebbe assai maggiore nel primo caso, cioè se i casi studiati fossero 350. Sempre secondo i cinesi questa sarebbe la sola motivazione della loro richiesta. Dal che si conclude che anche i cinesi dicono le bugie.

I lettori del New England sanno infatti che, per pubblicare un articolo su quel

giornale, bisogna allegare tutti gli altri articoli sullo stesso argomento che gli autori abbiano pubblicato. Ciò proprio per evitare ripubblicazioni o "ridondanze". Ecco perché le domande dei cinesi non possono che essere maliziose.

Gli autori dell'articolo rispondono che effettivamente 93 (!) casi dei 121 erano già stati pubblicati fra i 160 dello studio precedente e si riconoscono colpevoli di una "sostanziale ridondanza".

Riconoscono anche di non avere allegato all'articolo inviato per la pubblicazione quello, già pubblicato, dei 160 casi.

Il giornale pubblica anche un commento editoriale dell'editor in chief e dell'executive editor.

Il commento è un po' spazientito per questo ed un altro paio di episodi nei quali però i revisori della rivista si sono accorti per tempo della "ridondanza".

Ed hanno evitato alla rivista la brutta figura.

Dicono gli editori:

"È sorprendente che queste pratiche accadano ancora nonostante la generale riprovazione".

*Che ne dite di importare un po' di cinesi di Hong Kong per snasare dentro le riviste italiane, pediatriche e no?*





## BAMBINI NELLE CATASTROFI: IL RWANDA

Abbiamo deciso di prestare servizio, nell'ambito di progetti per l'emergenza UNICEF ed ECHO, come volontari AVSI. (Associazione Volontari per il Servizio Internazionale). L'AVSI, già nota ai lettori di questa rivista, vanta una presenza ventennale con progetti sanitari ed agricoli in Rwanda nel vicino Uganda in cui erano coinvolti anche rwandesi rifugiati per precedenti vicende politiche. Ciò ci ha permesso di creare un team unico nello scenario delle ONG operanti in Rwanda, qualificato da una grande eterogeneità di operatori (italiani, belgi, ugandesi, rwandesi sia tutzi che hutu) eppure unitario nelle motivazioni e metodologie di lavoro. Il team si è avvalso, oltre che dei pediatri, di un NPI (dr. G. Galli), di ortopedici (dr. C. Tersalvi, dr. C. Garavaglia), di un chirurgo (dr. G. Salandini), di una psicologa (A. Devreux), di psicopedagogisti locali (Doreen Musirankoni ed altri).

Il lavoro è consistito in prevalenza nel seguire:

- l'orfanotrofio di Nyanza (100 km. a sud di Kigali), ospitante circa quattrocento bambini 'non accompagnati';
- il centro di riabilitazione di Gatagara per handicappati, mutilati, ciechi (circa 150 bambini);
- il dispensario annesso al Centro di Gatagara per la distribuzione di cure primarie in favore della popolazione della prefettura di Gitarama.

L'operare in condizioni di emergenza su bambini traumatizzati nel fisico e nello spirito ha comportato la cura di tre aspetti:

1) *Recupero del trauma psichico* conseguente a violenze dirette o viste in prima persona. Molti bambini hanno assistito al massacro dei familiari, subito ferite o mutilazioni; tutti sono fuggiti in altri centri o in campi profughi; alcuni hanno partecipato agli eccidi. Il lavoro effettuato per piccoli gruppi di analoga età (fra 4 e 15 anni), seguiti dallo psicopedagogo con la supervisione NPI, è consistito nel far emergere il trauma, estraendolo dal subcosciente attraverso dialoghi, scritti, disegni, preghiere, canti, drammatizzazione della guerra e delle prospettive di

pace. I bambini presentavano una vasta gamma di sintomi quali: disturbi del linguaggio, del sonno, dell'alimentazione, del comportamento, enuresi, encopresi dovuti a ciò che avevano visto e vissuto. Successivamente i sintomi sono andati attenuandosi con ritorno alla capacità di relazione, gioco, frequenza scolastica, scomparsa di fobie, etc. Rilevante è notare come al termine del trattamento i bambini più piccoli non nutrissero odio per gli assalitori. A titolo di esemplificazione citiamo il racconto di un bimbo dell'orfanotrofio di Nyanza che così giustificava l'accaduto: "I grandi erano come ubriachi, devono aver messo del veleno nell'acqua che bevevano. I ragazzi infatti erano meno malati e i piccoli che succhiavano latte dalla madre non erano avvelenati affatto. Il veleno penso si chiami 'politica'".

2) *Assistenza e recupero della malnutrizione e delle patologie intercorrenti*, dovute al sovraffollamento, carenza d'acqua, di servizi igienici adeguati, difficoltà di approvvigionamento alimentare, alla privazione materna. Numerosi bambini con marasmi e Kwashiorkor sono stati seguiti al centro nutrizionale organizzato nell'orfanotrofio e nel dispensario di Gatagara. Sono state sviluppate strategie di massa per la cura delle parassitosi intestinali (da *Ascaris*) e cutanee (Scabbia, Tinea) con metodiche semplici: lavaggio dei bimbi, Benzoato di Benzile, cambio effetti lettereci. Sono state prestate terapie della malaria, diarree, forme respiratorie maggiori e minori.

3) *In collaborazione con assistenti sociali assunti in loco, si è svolto il lavoro di 'Family tracing'* - ricerca delle famiglie di appartenenza e reinserimento dei bambini in famiglie di origine o adottive.

Un ulteriore importante aspetto dell'intervento ha riguardato l'*organizzazione dei servizi*:

- la riattivazione delle strutture sanitarie preesistenti (ambulatori, distribuzione di farmaci, vaccinazione dei bimbi inferiori a cinque anni, centro nutrizionale);
- servizio mensa con integrazione calorica per i bambini dell'orfanotrofio- valo-

rizzazione e formazione delle risorse umane locali disperse per i massacri o le migrazioni- collaborazione con le strutture statali locali già funzionanti;

- utilizzo e distribuzione capillare degli aiuti alimentari, medicinali, indumenti (i quali rischiano di giacere ammassati e inutilizzati nei magazzini);

- contributo alla riattivazione delle attività di base: scuole, mercati, coltivazioni. Dall'esperienza svolta è risultato evidente come il valore del volontariato organizzato derivi dalla maggior *agilità e mobilità* nell'adeguare le risorse ai bisogni senza lungaggini burocratiche e dalla *motivazione degli operatori* che non fa arretrare di fronte alle difficoltà, agli imprevisti, alle carenze di struttura e di competenza. Aspetti come la condivisione del bisogno, la gratuità dell'intervento, la passione per la libertà delle persone incontrate, una certezza sulla positività della vita in qualunque circostanza si sono infatti dimostrati decisivi anche sul piano dell'efficacia operativa.

### SVILUPPI FUTURI

L'ACPM valutando positivamente la ricca esperienza rwandese ha organizzato in collaborazione con AVSI nei giorni 20-21 maggio '95 a Milano, un primo corso di sensibilizzazione e formazione in pediatria d'emergenza, al quale potrebbero seguirne altri di approfondimento. L'aspetto più interessante scaturito dal corso è stato il riconoscere come in fondo la posizione umana degli amici partiti per il Rwanda fosse valida anche per la nostra professione quotidiana. Il prof. Raundalen, neuropsichiatra norvegese consulente UNICEF con esperienze decennali nei più svariati scenari di guerra, docente al Corso per la collaborazione prestata in Rwanda, raccontava come ad un recente congresso internazionale sul volontariato tenuto ad Oxford, richiesto di stilare la classifica di validità degli interventi svolti dalle varie nazioni abbia affermato: "Gli italiani (AVSI e CUAM ndr) sono i migliori perché tenacemente attaccati alla possibilità anche nelle situazioni più drammatiche", come dire la Speranza con la 'S' maiuscola.

Chiara Mezzalana, Alberto Bettinelli,  
Lucia Castelli - ACP Milano

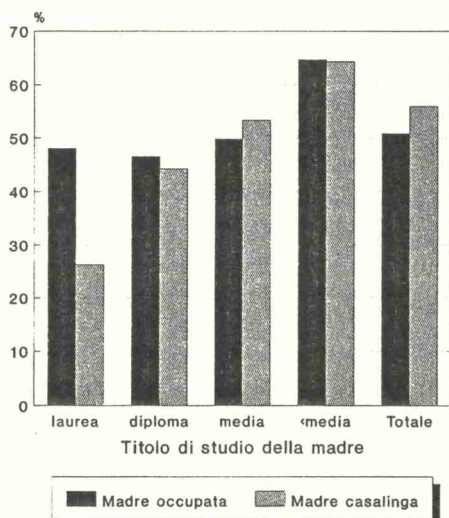
## IL MONDO DEI BAMBINI

Per un imperdonabile errore di impaginazione nel numero 2/1995 l'articolo di Corchia sul MONDO DEI BAMBINI è stato troncato bruscamente rendendo incomprensibile il messaggio finale; ripubblichiamo per intero l'articolo, scusandoci con l'autore e i lettori.

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

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



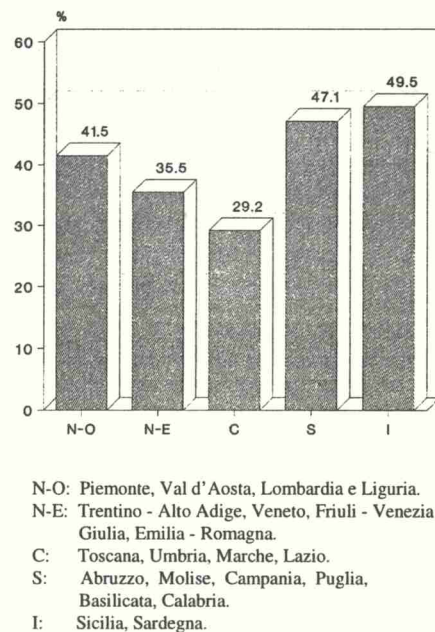
sulla salute, gli stili di vita e il ricorso ai servizi sanitari. Ho ritenuto utile presentare in questo numero dei Quaderni alcuni dati del volume "Il Mondo dei Bambini". Si tratta indubbiamente solo di esempi (il volume conta oltre 270 pagine), che possono tuttavia dare un'idea dell'interesse che una 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 extra-

domestico (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

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

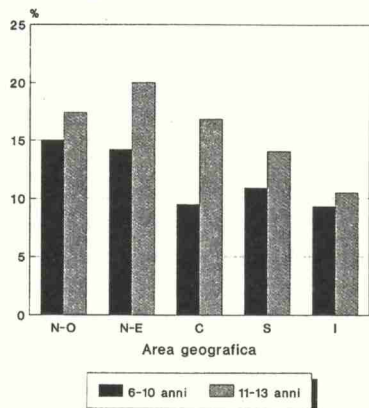


esempio, che le laureate che non lavorano abbiano più tempo a disposizione per portare dal medico i figli, soprattutto quando i lavori domestici sono svolti, per intero o in parte, da qualcun altro.

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



### Uso di occhiali e apparecchi per i denti

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

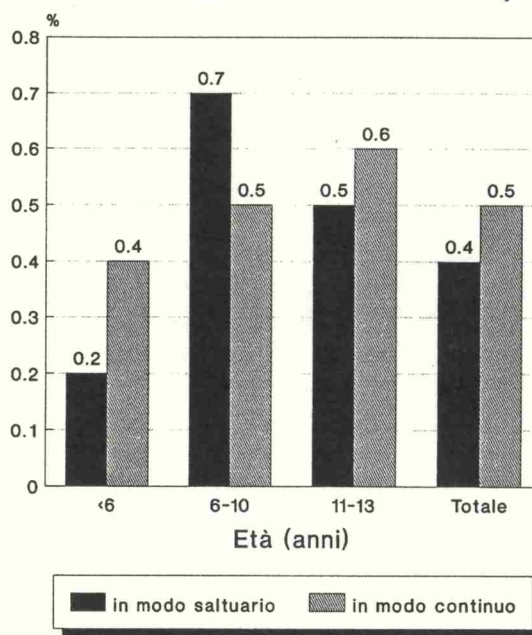
Quasi il 15% dei bambini di 11-13 anni e il 13% di quelli di 6-10 anni passa 3 ore o più al giorno a guardare la televisione (Fig. 5). I bambini del sud e delle isole guardano più televisione di quelli del nord e del centro. L'andamento per area geografica delle percentuali di bambini che passano meno 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'ironia 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

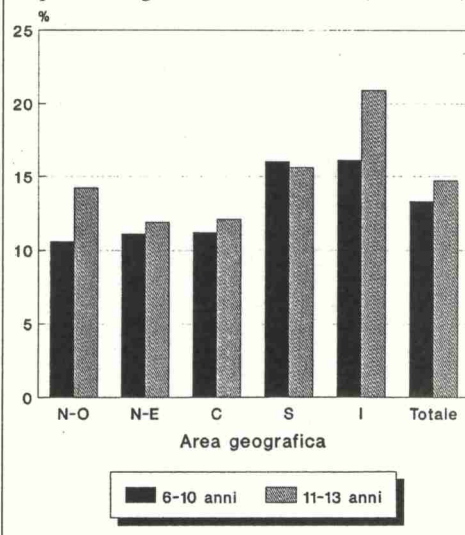
Il mio compito in questa rubrica è solo quello di presentare dei dati e di commentarli brevemente. Mi sia però consentita una notazione conclusiva. La situazione dell'infanzia in Italia è caratterizzata da profonde differenze di mortalità, di ricorso ai servizi sanitari, di fruizione della propria vita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

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



tuassimo a questa situazione al punto da considerarla normale e convivere tranquillamente, così come i bambini ospedalizzati separati dalle madri si "abituano" gradualmente a questo distacco e diventano "buoni" e facilmente gestibili.

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



(1) Istituto Nazionale di Statistica. Indagine Multiscopo sulle Famiglie. Anni 1987-91 "Il Mondo dei Bambini" Istat. Roma, 1994.



- J.S.S.
- Napoli?
- No... Texas.

Un tempo si sceglieva la pediatria, come specialità, perché si voleva bene ai bambini; si sapeva giocare con la lucina prima di guardarli in gola e gli si tirava l'orecchio prima di guardargli il timpano per vedere se si allungava come quello di Topolino.

Ora, invece, ad Houston, nel Texas, si incontrano tredicenni che hanno ingoiato quattro dosi di crack; ragazzetti che spesso sono portati dalla polizia invece che dal padre. E' tempo allora di educare gli specializzandi alla conoscenza della tossicodipendenza, della filosofia delle gang e della depressione almeno come del morbillo. Bisogna fargli imparare che altrettanto importante della "compassione" per il bimbetto malato è la partecipazione ai bisogni emotivi dell'adolescente. Così scrive l'A. dell'articolo sottocitato. E l'editorial comment dice che effettivamente "more needed to be said" e ancora, la speranza dei bambini del 21° secolo è che i pediatri sappiano più di queste cose, che i pediatri escano dagli ospedali e dagli ambulatori "into the social and political arena", attivamente impegnati nei problemi che stanno sotto il cambiamento della loro professione.

(J.S. Steinkuller. Arch. Ped. Adolesc. 1995. 149 12-3)



lettere



## ORA MI SENTO MENO SOLA

Mi è venuta voglia di scrivere dopo l'incontro di fine maggio, a Napoli.

Dunque, tutte le volte che mi chiedono cosa io faccia, dopo qualche attimo di esitazione imbarazzata, rispondo: "la pediatra sociale" suscitando spesso la curiosità dei miei interlocutori.

Ebbene sì, faccio la "pediatra sociale" ormai da tanti anni. Da tanti anni lavoro infatti nella scuola e nel consultorio.

All'inizio ho dovuto faticare non poco per superare una sorta di senso di colpa e forse di inferiorità (ma poi, l'ho veramente superato!?) che mi venivano dall'aver lasciato l'ospedale - a cui devo buona parte della mia scienza - per lavorare nel territorio dove si è rafforzata la mia coscienza.

Tante volte ho ripensato, con un pizzico di nostalgia, al laboratorio dove ho passato tante ore e che mi permetteva di pensare al mio lavoro nei termini di una concretezza e di un pragmatismo in nome dei quali agire con risultati visibili in tempi, tutto sommato, brevi; i tempi dell'ospedale, i tempi della terapia e prima ancora della diagnosi. I miei tempi attuali sono diversi; sono i tempi dell'educazione sanitaria, della informazione. Sono i tempi dell'accoglienza, della fiducia, dell'apertura e infine del dialogo, nel tentativo di stemperare tensioni e modificare comportamenti. Sono, quindi, tempi lunghi, a volte frustranti, costellati però da tanti piccoli episodi, che mi danno forza e mi fanno capire meglio il senso di ciò che giorno dopo giorno scelgo di fare. Come quando il papà di assunta mi ha detto: "Dotto', voi fumate? - e al mio diniego ha proseguito - Dottore', i vaggia fa 'nu rialo perché... perché voi parlate cchiù e 'nu privato" ("Dottorressa, vi debbo fare un regalo perché voi parlate più di un medico privato).

Lavoro in un quartiere periferico e degradato di Napoli ed è proprio qui che ho potuto far venire fuori i miei "talenti" di insegnante, animatrice, assistente sociale e psicologa, dimenticando pian piano il

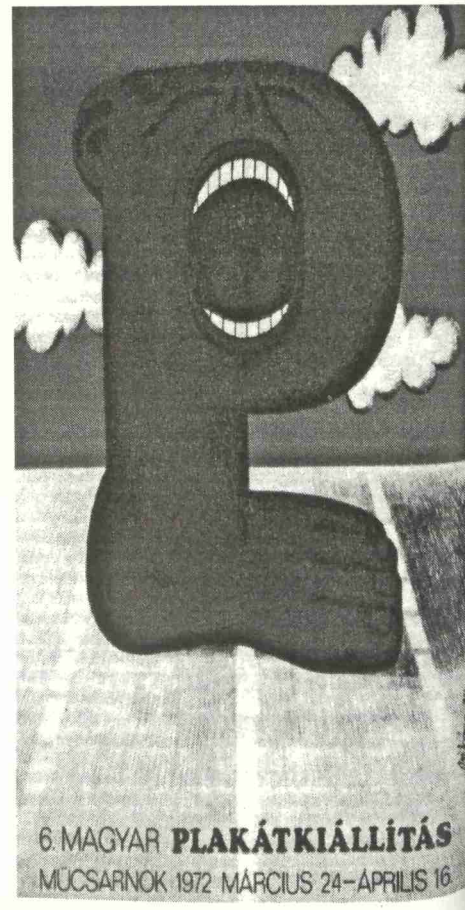
laboratorio e la corsia.

Ho accennato prima a un senso di inferiorità da cui non mi sono del tutto liberata e che mi deriva dall'aver una scala di valori che vede l'ospedale al primo posto, in una sorta di fascia A, mentre la medicina territoriale è relegata in fascia B.

Ebbene, i due giorni di relazioni, progetti, confronti e discussioni sul bambino a rischio sociale mi hanno regalato entusiasmo, nuova energia e voglia di fare e, soprattutto, rivalutazione del mio ruolo riportando il mio impegno, dandomi non la speranza ma la certezza di non lavorare a un progetto personale ma a un progetto comune.

Ora mi sento meno sola

Carmela Di Maio  
Secondigliano (Napoli)





# ELENCO REFERENTI GRUPPI LOCALI ACP

1. ACP- Amici della Fonte: Giovanni Cerimoniale - via Guglielmo Marconi 19 - 04028 Scauri (LT)
2. ACP- Brescia: Giovanni Calciulli viale stazione 12 - 27122 Brescia
3. ACP- Campania: Luciano De Seta Via D. Fontana 128 - 80128 Napoli Tel. abit. 081 77 02 18 Tel. Osp. 5634265 Fax 5634335
4. ACP - Chieti: Luigi Marchione - 66038 San Vito Chietino (CH)
5. ACP - Emilia (ACPE): Giuseppe Boschi - via Grandi 5/33 - 42020 Albinea (RE) Tel 0522 29 65 31
6. ACP - Empedocle: Vincenzo Montalbano - Casella Postale 127 - 92019 Sciacca (AG)
7. ACP - J.Da Ponte: Renata Scala.Via Piave 3/B/3 -36061 Bassano del Grappa (VI) Tel. 0424 37142 Fax 0424 34 853
8. ACP- Lazio: Enrico Buccisano - via di Villa Grazioli 3 - 00198 Roma 28
9. ACP- Marche: Franca Di Girolamo - via Sabotino 68 - 63039 San Benedetto del Tronto (AP) Tel./fax 0735 83 169
10. ACP- Milano: Mario Narducci - via Puccini 25 - 20040 Covegnano Brianza (MI) Tel.02 95 33 91 23
11. ACP- Palermo: Salvo Fedele - via Galilei 99 - 90145 Palermo. Tel. 091 20 15 53 Fax 091 40 66 86
12. ACP- Palermo II: Biagio Amoroso - via Puccini 52 - 90145 Palermo
13. ACP- Puglia: Liuzzi Maria Stella - C.da Caso Pietro 7 - 70014 Conversano (BA)
14. ACP- Romagna: Arturo Alberti - via Mura F. Comandini - 47023 Cesena (FO) Tel. 0547 64 52 62
15. ACP- Sarda: Franco Dessì - via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR) Tel 0783 57 401
16. ACP- Siracusa: Carlo Gilistro - via Teracati 16 - 96100 Siracusa
17. ACP - Sondrio: Gilberto Bonora - c/o Ospedale Civile via Stelvio - 23100 Sondrio Tel.0342 67 111
18. ACP dello Stretto: Sergio Continibali - viale Italia, Complesso Mita 16 -98100 Messina Tel 090 67 99 59
19. ACP-Toscana: Monica Pierattelli - via Corcos 12 - 50100 Firenze Tel. 055 732 13 35
20. ACP - Umbria: Carla Berardi - via XX Settembre 74 - 06100 Perugia Tel. 075 5733639
21. APCP -Verona : Michele Gangemi - via Carlo Ederle 36 -37126 Verona.Tel. e fax 045 95 35 40.
22. APREF - Padova: Roberto Bussi - via Ghiberti 16 - 35100 Padova
23. ARP - Bergamo: Leo Venturelli - via Pacinotti 36 - 24100 Bergamo Tel. 035 34 23 75
24. ARP- Vicenza: Fabrizio Fusco - Via G.Cracco 33 - 36078 Valdagno (VI) Tel. e fax 0445 41 21 55.
25. Associazione Culturale "M. Coltellessa": Alessandra Magnelli - via D'Aragona - 66100 Chieti
26. Gruppo Giuliano ACP: Mario Canciani - via Solferino 5/a - 34067 Ronchi dei Legionari (GO)
27. Gruppo Pediatri ACP Ragusa: Rolando Genovese - 97100 Ragusa
28. Mondo Pediatrico: Giuseppe Gullotta - via Casale dei Greci P.A. - 95031 Adrano (CT)
29. Pe. Ter: Maria Merlo - via Madama Cristina - 99 -10126 Torino
30. ACP Abruzzo: Bosco Fiorella - via G. Marconi - 144 - 65100 Pescara

## Amicizie & Marijuana

In redazione l'onorevole Pannella non gode di moltissime simpatie, nonostante sia stato amico del direttore in tempi lontan(issimi), e così anche quando dice o fa cose sensate finisce per ...; abbiamo cercato disperatamente una buona ragione per non essere d'accordo con Lui a proposito della MARIJUANA, alla fine l'abbiamo trovata:

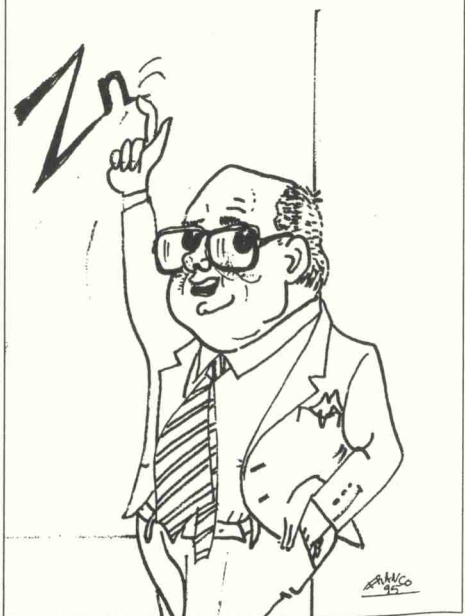
### I FIGLI DELLA MARIJUANA DORMONO MENO

In uno studio di 18 bambini di 3 anni con esposizione prenatale alla marijuana (M) ed in 20 bambini di controllo è stato dimostrato che i figli della M. hanno risvegli notturni più frequenti:

8,2 più o meno 5,3 versus 3,2 più o meno 4,6 ( $p < 0.003$ ). Hanno inoltre una minore efficienza di addormentamento. Dahl R.E. et al: Arch. Ped. Adolesc. Med. 1995;149:145-50

P.S: sarà vero?

IL SEGNO DEL (di)TORO!



**A** leggere questo racconto di Roberto Piumini pubblicato nel volume: "Il giovane che entrava nel palazzo", Nuove Edizioni Romane, Roma 1978, viene da pensare che non è veritiero il detto popolare "l'importante è la salute" ma il suo opposto, "l'importante è la malattia", purché sia curabile attraverso le colonne di inserti, di riviste patinate, ancora meglio se di medicina alternativa, per difendersi e difendere i propri figli dalla salutosi cronica...

Nicola D'Andrea

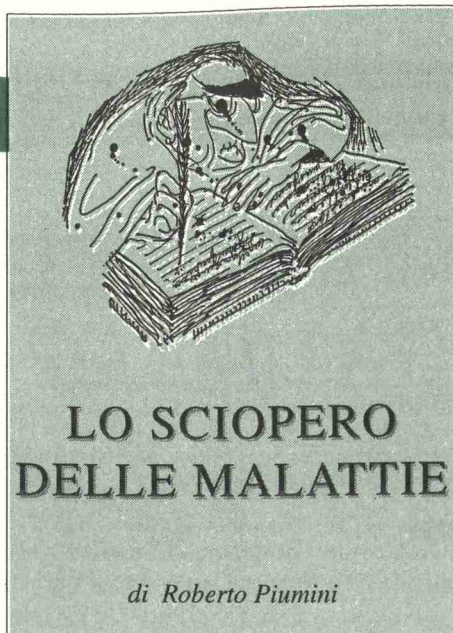
In una valle verde e fiorita sul versante austriaco dei Pirenei, si radunarono un giorno a congresso le malattie. Le aveva convocate il Raffreddore, che era il loro segretario durante l'estate, avendo in quel periodo poco da fare.

"Amiche malattie e amici malanni" cominciò con la sua voce roca, "già da molto tempo era necessario questo congresso, ma soltanto ora lo si è potuto riunire per la difficoltà di raggiungerci in tutto il mondo e soprattutto di trovarvi liberi da impegni. Finalmente, eccoci qua, e io spero che riusciremo a risolvere i nostri problemi".

Si alzò a parlare la Scarlattina, una giovane tutta rossa in viso: "Cari colleghi, è semplicemente ora di finirla con i medici, le medicine e tutte le altre diavolerie che ci combattono. Non è più possibile sopportare che ci rendano tanto difficile la vita. Non solo per tutti noi è sempre più raro lavorare indisturbati per qualche settimana, ma con tutti i vaccini, le immunizzazioni e via dicendo, alcuni di noi sono praticamente disoccupati da anni e, se non cambiano le cose, non c'è dubbio che spariranno dalla faccia della terra. Ora, io vi chiedo, si può continuare così?".

"Non si può!" gridarono in coro le malattie pestando i piedi sull'erba.

"Una volta ci combattevano con le erbe e gli impacchi, ed era una lotta leale" disse un vecchietto tutto storto che era il Reumatismo. "Oggi invece ci bombardano



con intrugli misteriosi, ci prendono alla sprovvista e ci umiliano".

"E' vero" disse il Vaiolo, tutto chiazzato "e poi una volta si curava soltanto chi aveva preso una malattia, mentre adesso si curano tutti prima ancora di prenderla".

"E' ora di finirla!" tuonò l'assemblea.

"E i medici, poi?" piagnucolò il semplice Mal di Testa che voleva dire la sua.

"Già, i medici" disse secca la Bronchite "con quei loro camici bianchi e i loro tubicini di gomma! Ti tormentano dal principio alla fine, ti inseguono fin negli angolini più segreti, ti combattono con i solidi, con i liquidi e persino coi gas".

"E poi si danno delle arie" disse la Gotta



"e non ammettono nemmeno i loro errori. Figuratevi che una volta in Alaska uno di loro mi ha preso per un Gelone!".

"Bisogna dargli una lezione!" Gridarono tutti insieme.

"E' quello che penso anch'io, cari colleghi" riprese la Scarlattina, calmando con un gesto l'assemblea, "però bisogna trovare il modo giusto e, soprattutto, bisogna agire tutti insieme".

"Ma come si fa?" intervenne la Scabbia. "Noi siamo diversi e agiamo in luoghi e in tempi diversi. Vi figurate come potrebbero agire insieme, che so io, la Diarrea e la Stitichezza?"

Tutti scoppiarono a ridere.

"Signori! Signori!" intervenne il Raffreddore battendo le mani "non siamo qui per divertirci, ma per trovare una soluzione. Fate delle proposte sensate e discutiamone con calma".

"Si potrebbero scambiare i luoghi" disse la Carie. "Per esempio, le malattie tropicali potrebbero spostarsi a Nord e viceversa. Oppure, le malattie dei bambini potrebbero colpire le persone anziane, e viceversa. Questo creerebbe certo parecchia confusione tra i nostri nemici".

"Fino a un certo punto, però" rispose il Cimurro. "Non dimentichiamoci che con quei loro libri e giornali tutti i medici del mondo sono informati sul nostro modo di agire, e in breve saremmo al punto di prima".

"Questo è vero" riconobbe il Raffreddore. "La proposta della Carie è bocciata".

"Perché non ci concentriamo tutti in un punto del mondo?" disse l'Influenza con gli occhi lucidi.

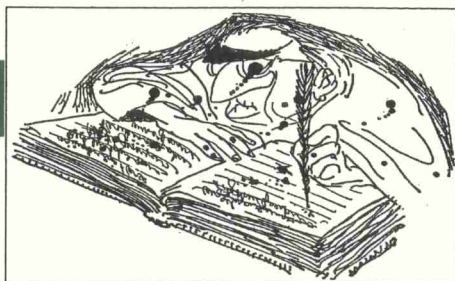
"Li avremmo tutti addosso" ribattè la Varicella "e sarebbe persino un vantaggio per loro sapere dove trovarci tutti insieme".

"La proposta dell'Influenza è respinta" gridò il segretario.

"Vediamo un pò" disse la Meningite che a forza di frequentare i cervelli si era fatta svelta a ragionare "il nostro problema non è forse quello di combattere i medici e le loro medicine?".

"Sì, è questo il nostro problema" rispose in coro l'assemblea.

"E allora, perché stiamo a perder tempo con le chiacchiere e con piani di battaglia? Per combattere i medici e le medicine, noi dobbiamo fare una sola cosa" disse la Meningite e tacque.



“Che cosa?” chiese in coro l’assemblea con il fiato sospeso.

“Scioperare” disse la Meningite, e non aggiunse altro. Quando il brusio di sorpresa si fu calmato, fece un gran gesto con la mano e continuò. “Se noi scioperiamo, nessuno più si ammalerà e allora che cosa accadrà? Accadrà che nessuno andrà più dal medico, e nessun medico prescriverà più medicine”.

“D’accordo” disse la Scarlattina interessata “ma noi cosa ci guadagneremo?”.

“Bisogna aver pazienza per un po’” spiegò la Meningite “e resistere alla tentazione di tornare a lavorare. E quando sarà passato un periodo abbastanza lungo, tutti crederanno che noi non esistiamo più: allora i medici scompariranno, le medicine non saranno più prodotte, i libri e i giornali di medicina verranno bruciati e in breve nessuno ricorderà più niente di noi e del modo di combatterci”.

“Ma bisognerà scioperare almeno per cent’anni!” si lamentò la Nevrosi che era una malattia giovane e voleva far carriera. “E cosa sono cent’anni, per noi, che lavoriamo sulla terra da milioni di anni?” disse la Meningite sorridendo. La Nevrosi non osò replicare, e si tirò in disparte rosicchiandosi le unghie. “Ai voti la proposta!” gridò il Raffreddore. “Chi è favorevole alzi la mano”.

Tutta la valle si riempì allora di mani, mani grasse e magre, gialle e rosse, flaccide e stecchite, e anche di qualche moncherino.

“Approvato all’unanimità” disse il Raffreddore, e fu così che le malattie cominciarono a scioperare.

Da quel momento, all’improvviso, tutti quelli che erano malati cominciarono a sentirsi meglio e quelli che erano sani continuarono a esserlo. I malati si stupivano di quelle improvvise guarigioni e chiamarono il medico.

“Sto bene, dottore” dicevano e il medico rispondeva: “Vediamo” e li visitava attentamente. Alla fine della visita i malati, anzi i sani, guardavano il medico negli occhi e chiedevano: “Non è vero, dottore, che sto bene?”.

“Star bene, star bene” brontolava il medico; “una cosa è star bene e un’altra è esser guariti”.

“Ma non sento più nessun disturbo” dicevano i sani.

“Questo non significa niente” rispondeva il medico “anche i morti non sentono disturbi, ma non si può certo dire che siano in buona salute”.

“Già” rispondeva la gente, e non sapeva cosa replicare, perché su come stavano i morti non era informata.

“In ogni caso, sarà meglio non interrompere la cura” riprendevano i medici “non sappiamo cosa può succedere”.

E così, la gente, pur stando bene, continuava a curarsi, e a forza di curarsi finì per ammalarsi di nuovo. “Ma come è possibile - direte voi - se tutte le malattie erano in sciopero?”. “Certo che erano in sciopero - rispondo io - ma solo quelle che esistevano al momento del congresso sui Pirenei”. Il fatto è che le medicine che i sani continuavano a prendere, ammucchiandosi e litigando dentro i loro corpi sani, riuscirono a produrre delle nuove malattie, mai esistite prima, che non sapendo niente dello sciopero lavoravano notte e giorno. I medici dicevano: “Avete visto? Altro che star bene: chissà cosa sarebbe successo se avessimo interrotto le cure!”.

Tuttavia, gli ospedali non erano più pieni come una volta, perché la gente che era sana all’inizio dello sciopero delle malattie non aveva più avuto disturbi di alcun genere, e dai medici non andava più. Allora i medici fecero un grande congresso mondiale in Canada, in cui scoprirono che un nuovo, sconosciuto e terribile malanno si era abbattuto sull’umanità. Per un mese i giornali, la radio e la televisione non parlarono d’altro. L’Epidemia (cioè, questo grave malanno che si stava diffondendo su tutta la terra) si chiamava Salutosi Cronica e probabilmente veniva dal pianeta Giove.

“Quali sono i sintomi?” scriveva o telefonava, la gente piena di spavento.

“Non ci sono sintomi generali, se non il fatto di stare apparentemente bene” rispondevano i medici sui giornali e alla televisione “ma ognuno ha certamente dei sintomi particolari, e per scoprirli deve farsi una accurata visita medica”.

In breve gli studi dei medici si riempirono fino al tetto di gente che stava benissimo,

e dunque temeva di avere la Salutosi Cronica.

“Mi sento terribilmente bene, dottore” disse un tal Pietro “Che ne pensa?”.

“Vediamo” rispose il medico “che cosa fa, al mattino, appena svegliato?”.

“Apro gli occhi” disse Pietro.

“E quale per primo?” insistette il medico.

“Non ricordo precisamente” disse Pietro, corrugando la fronte.

“In lei la Salutosi Cronica agisce sulla memoria, come vede” disse il medico, e cominciò a scrivere una ricetta fitta come la paglia.

“Sto benissimo, purtroppo” dichiarò al medico una certa Carlotta. “Che ne dice?”.

“Vediamo” rispose quello “mi canti una bella canzone”.

La signora Carlotta cantò *La farfalla torera* che le piaceva tanto.

“E adesso me la canti alla rovescia, parole e musica” disse il medico mettendosi una mano dietro l’orecchio. La signora Carlotta ci provò, ma avrebbe fatto meglio a tacere.

“Il suo sintomo di Salutosi Cronica è chiarissimo” disse il medico. “Disturbo ai nervi reciproci. Si curi così e così”.

La visita di un tal Simone fu molto breve.

“Si sieda” gli disse il medico. Simone si sedette. “Come sta?” gli chiese il medico.

“Bene” rispose Simone. “Nient’affatto” ribatté il medico. “Lei sta seduto. Con la sua forma di Salutosi deve essere molto prudente: si curi così e così”.

E chi in un modo e chi in un altro, tutti quelli che andavano a farsi visitare rivelavano sintomi così precisi e preoccupanti che gli ospedali furono strapieni in un batter d’occhio e gli unici a godere di buona salute erano i medici e i fabbricanti di medicine.

Allora le povere, vecchie malattie, visto come stavano andando le cose, decisero di sospendere lo sciopero e di buttarsi a lavorare a capofitto.

Ma ormai era troppo tardi: incontrarono un mare così denso e sterminato di vaccini, antibiotici, disinfettanti, disintossicanti e sciroppi che ad una ad una annegarono tutte.

L’ultima ad annegare fu la Meningite che si era aggrappata a una stampella e che fino all’ultimo respiro tentò invano di capire, intelligente com’era, com’erano andate le cose.

*Roberta Torre è autrice di video-inchieste a Palermo. Il testo che segue è tratto dal suo **Spioni**, realizzato con i bambini delle scuole di Palermo.*

Francesco, Benito, Santino, Matteo, Fabio e Angela abitano in, uno dei quartieri della lunare periferia palermitana. Uno dei quartieri con la più alta densità mafiosa. Uno dei quartieri che sembrano abbandonati da ogni tipo di politica cittadina, uno dei quartieri dove scuole e case mai finite di costruire sono l'abituale nascondiglio di rapinatori e tossicodipendenti. Lo sanno tutti, nel quartiere. E anche fuori.

Tutti questi ragazzini hanno da dieci a tredici anni, vanno saltuariamente a scuola e passano i loro pomeriggi per strada a giocare.

Alcuni lavorano come venditori ambulanti, panettieri, garzoni: lo stesso lavoro che fanno i loro padri quando non sono disoccupati... Non sono necessariamente figli di mafiosi ma è come se appartenessero alla mafia per cultura e vicinanza ideologica.

Dalla mafia si ottengono favori e, soprattutto, lavoro. Può sembrare agghiacciante, ma per chi nasce in questo quartiere, la mafia costituisce l'unica possibile forma di protezione, l'unica forma di risorsa economica. Sostituisce uno Stato che non riesce davvero a sembrare rassicurante.

Tutti perciò, fin da piccoli, hanno le idee chiare sulla mafia, sui pentiti e sul rapporto che si deve avere con la Giustizia e con ogni forma di manifestazione che derivi in qualche modo dallo Stato: nessuna complicità, neppure per legittima difesa. Negare sempre, accettare e utilizzare la violenza ogni volta che serve. Comprendere subito che il potere è una questione di forza e che la mafia produce denaro, innanzitutto.

Neppure la scuola riesce a creare una cultura alternativa, perché il controstato in cui sono nati e cresciuti è molto più forte. Queste testimonianze sono state raccolte nel maggio 1995.

*Francesco ha dodici anni e frequenta la prima media, scuola Piersanti Mattarella, quartiere Sperone. Quando gli abbiamo chiesto se voleva fare un'intervista ci ha detto che se volevamo poteva anche rubare qualcosa per noi o*

# SPIONI

## I BAMBINI E LA MAFIA

di Roberta Torre

*guidare un'auto o trovarci la droga. Gli abbiamo detto che ci interessava solo parlare, sembrava sorpreso.*

*Tu lo sai chi sono i pentiti?*

Sì... sono spioni... vanno dagli sbirri e dicono: Chistu fece chistu... fece la rapina... fece lo scippo...

*E che ci guadagnano?*

Soldi... Io lo so bene che cosa vuol dire... perché una volta sono andato con un amico mio da sua zia... lui doveva rubare qualcosa e mi ha mischiato pure a me... lui poi è scappato e mi hanno acchiappato a me... Mi hanno detto: chi era quello e che cosa facevi con lui... mi hanno dato legnate... un sacco di legnate, ma io me le sono sopportate senza parlare... Io sì che sono stato uno al cento per cento...

*Allora perché i pentiti parlano?*

Perché si scantano (si spaventano) delle legnate... Quando la polizia li acchiappa e li porta in caserma gli dice: "Se tu parli ti faccio andare a casa..." Loro iniziano a parlare e si fanno pentiti... ma la polizia prima li ammazza a legnate e poi li tiene dentro... vanno a prendere quello che era con lui e poi li massacrano tutti e due.

*Così se io ti dico "sbirro" che significa? Uno che va a prendere le persone che non c'entrano niente...*

*Benito ha 15 anni. Vive nello stesso quartiere, a scuola non ci va più. Ha quattro condanne in corso: rapina a mano armata, spaccio, estorsione. Per gli amici è Spirdatu (Spiritato).*

Io ho avuto un po' di guai con la Giustizia... ho fatto rapine, scippi, cose così... Dopo che sono stato dentro la prima volta e sono uscito e subito ne ho fatto un'altra... e mi hanno denunciato a piede libero.

Il giudice quando mi ha visto mi ha detto: "Benito che cosa dobbiamo combinare?" E così io: "Va bè... non lo faccio più...". Però poi non ho mantenuto... Ma è successo per caso...

Insomma io andavo dal dentista... mentre stavo lì per farmi curare i denti... mentre che lui mi trapanava i denti io gli ho sfilato il portafoglio... Ma è stata una cosa così...

Lui non ha caputo niente, vè... Poi gli è mancato il portafogli e se n'è accorto... con i suoi soldi, si capisce...

Poi ho dato 30.000 lire al tassista e mi sono fatto portare a casa.

Adesso ci vado ancora e lui mi cura i denti... però solo se mi presento con mia madre. Da solo non mi fa entrare.





**F**rancesco, 8 anni, è l'ultimo di sei fratelli. Il padre fa il parcheggiatore abusivo. La madre è casalinga.

*Chi è il boss?*  
U' capo.

*Il capo di chi?*  
Dei mafiosi.

*E che fa?*  
Comanda.

**A**ngela, 7 anni. Vive al quartiere Sperone a Palermo, frequenta la seconda elementare alla scuola Piersanti Mattarella.

*A scuola che ti dicono della mafia?*

Che sono delle persone che sono state arrestate. Però da quando le hanno arrestate hanno chiuso tutti i cantieri e i nostri padri non lavorano più... se li riaprono i nostri padri lavorano ancora... La mafia certe volte è buona e certe volte è cattiva... è cattiva quando ammazzano le persone, è buona quando costruiscono le cose.

*Secondo te che caratteristiche debbono avere quelli che fanno i boss?*  
Devono essere cattivi.

*E come sono fisicamente?*  
Grassi.

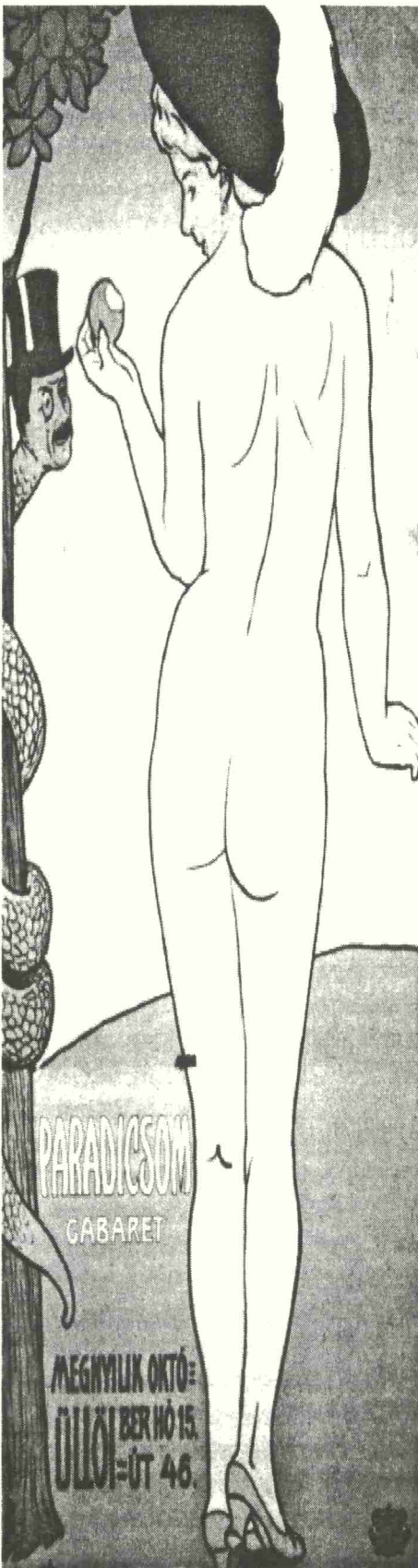
**M**atteo, 13 anni, frequenta la prima media.

*Tu che ne pensi dei pentiti?*

Che prima fanno quella cosa e poi si pentono... se fossi al posto loro me ne starei zitto... La mafia è gente buona... I pezzi grossi lavorano tutto il giorno. Per esempio mandano i killer per ammazzare la gente e comandano, così guadagnano soldi... Campano loro e ci fanno campare... E' gente buona perché danno il lavoro... I pezzi piccoli invece rubano, spacciano droga... così.

*Da quanto tempo c'è la mafia?*  
Da tanto tempo.

*E per quanto tempo ancora ci sarà?*  
Per sempre, ci sarà.



**P**ietro, 9 anni. Lavora con suo fratello vendendo il sale in giro per i quartieri.

Per me la mafia è una cosa buona... per me... Per questo i pentiti sono persone indegne di camminare sopra la terra...

*Secondo te un capo che carattere deve avere?*

Deve essere tutto mafioso...

**S**ergio, 13 anni. Va a scuola allo Sperone, in prima media.

Prima i mafiosi lavoravano e facevano lavorare gli altri. Ora hanno arrestato tutti e non si può più lavorare... Un boss deve essere intelligente, deve sapere pure dove mettere le mani, deve sapere quasi tutto, deve sapere anche tutte le leggi, perché se è fuorilegge...

**F**elice, 12 anni.

Mi feci la prima media e poi la scuola era troppo lontana. Io non ho voglia di andare là... è troppo lontana e l'autobus non passa mai...

Da quando hanno arrestato i pentiti hanno chiuso tutti i cantieri... così io chiedo se è possibile farli uscire... per colpa dei pentiti che sono spioni e sbirri!

La mafia è buona perché dà lavoro ai nostri padri...

**R**osario, 9 anni. Lavora in una macelleria come garzone.

*Chi sono i pentiti?*  
Spioni.

*E boss che cosa vuol dire?*

Boss? Che a tutti comanda... boss: che comanda a tutti!

*E com'è il boss, ricco o povero?*  
Ricco!

*Sempre?*

Certo, vende droga, fa rapine, perciò è ricco...

*E quelli che lavorano con lui?*  
Pure ricchi, si capisce!

Qualche sforzo per contrastare che la malattia sia curata dai mass-media viene fatto, ma ha una diffusione talmente limitata da essere un granello in un deserto di sabbia: parliamo di un granello molto prezioso.

Domenighetti è un economista e dirige da 25 anni il Servizio di Sanità Pubblica del Canton Ticino, esperto di economia sanitaria e di valutazione delle tecnologie mediche. In questo libro egli riassume (ricorrendo a un gran numero di dati) l'ideologia e gli sforzi compiuti per conferire potere e capacità di scelta al paziente, sottraendolo alla persuasione occulta di un sistema sanitario portato all'eccessiva medicalizzazione.

Nel libro le ricerche esposte rendono giustizia di una certa cultura (oggi sempre più in auge) per cui la promozione "dell'interventismo" inutile e i rattoppi finanziari e contabili possano permettere un controllo della spesa, controllo giudicato dalla popolazione come assolutamente utile e indispensabile.

L'autore risponde esaurientemente alle domande: "Come arginare una richiesta di cure e prestazioni sanitarie potenzialmente illimitata, di fronte a una limitazione delle risorse disponibili? Quali sono la misura e l'intensità del rapporto fra risorse impegnate (costi) e risultati ottenuti, in termini di efficacia e di benessere per gli individui e le popolazioni?"

Un'attenzione particolare è riservata al protagonista più "debole e sprovveduto", che opera sul mercato della salute: il consumatore.

Gianfranco Domenighetti, **Il mercato della salute**

CIC Edizioni Internazionali, Roma 1994, pp 183, £ 25.000.

L'ultimo capitolo di questo libro (*Per violino solo* di Aldo Zargani) si intitola *Congedo* ed ha un'atmosfera un po' melanconica: "Non ti scrivo però da un periodo felice e ti confesso che da qualche tempo sento di nuovo i brividi di stagioni dimenticate, forse sta tornando l'inverno: un'epoca, la mia, è finita e un'altra ne comincia, e questo in sé non è un male... Si sono spente giorno dopo giorno molte speranze alle quali eravamo avvezzi tanto da farle divenire, con grande imprudenza, certezze. Però i fallimenti precedono i nuovi successi - non sempre a dire il vero - e aprono alla vista nuove strade che conducono ad avventure, illusioni, svolte felici che non possono essere immaginate prima di essere percorse e che, quando avrai letto questa mia, avrai vissuto".

Così al nipote: anche a lui è toccato nascere ebreo, come il nonno Aldo Zargani (nato il 1933 a Torino) e che ripercorre in queste pagine il periodo da lui vissuto dal varo delle leggi fasciste al 1945. *La mia infanzia nell'Aldiqua*: è il sottotitolo. Credo sia una delle poche testimonianze di ebrei perseguitati, deportati, molto realistica che pur è permeata da un'ilarità che scaturisce dalla spensieratezza degli anni fatati dell'infanzia; l'autore rivive le traversie sue e della sua famiglia in quei "sette anni di guai": la perdita del lavoro del padre violinista, l'esclusione dalle scuole, l'espatrio fallito, la fuga da Torino attraverso il Piemonte, l'arresto dei genitori, il collegio. "Nel Collegio dei Salesiani sono riuscito a sviluppare la più fulminante carriera della mia vita: accettai le regole, sopportai i disagi, evitai la teppaglia contro la quale Roberto (il fratello) aveva dichiarato guerra perenne, cercai di capire, o fingere di capire, e non subii punizioni.

Dopo che ebbi imparato rapidamente il latino delle preghiere, altrettanto incomprendibile ma più facile dell'ebraico, l'universalità della Chiesa, potenziata dalla cultura del Direttore e dalla sua ansia di mimetizzarci, mi ammisi al servizio della Messa come chierichetto e infine, con l'abito talare rosso, a quello dei Vespri.

Se si esclude un incidente, quando mi sfuggì il carbone dal turibolo, che sparse sulla tovaglia ricamata dell'altare tizzoni ardenti, fui sempre impeccabile.

Quella volta però il Consigliere, che diceva funzione cantata, mentre spegneva le centinaia di piccoli fuochi, scongiurava, fra una nota e l'altra, approfittando delle lungaggini del canto gregoriano: - Fatelo smettere, per carità-.

Una devota mi abbracciò all'uscita con le lacrime che le solcavano il volto per il ridere e mi disse: - Grazie bambino mio, non mi sono mai divertita tanto e ne avevo bisogno-".

Piacevolissimo il capitolo che narra della scuola elementare, dove i bambini ebrei non ricchi ricevevano piccoli sussidi in danaro o in libri di scuola o in oggetti da

Aldo Zargani

## Per violino solo

La mia infanzia nell'Aldiqua  
1938-1945



Il Mulino

# Libri

Le Recensioni  
di Nicola D'Andrea

cancelleria dalle "patronesse". "La mia cancelleria, costituita da oggetti che formerebbero l'orgoglio di un collezionista di oggi, allora per me non era che il marchio della povertà. I compagni abbienti tiravano fuori dalle cartelle lussuosi portapenne e portamatite di falsa pelle di cocodrillo... I nettapenne me li faceva la mamma, ritagliando con amore da pantaloni smessi di papà pezzetti di tessuto elegantissimo vent'anni prima... Mi vergognavo e inghiottivo fiele, preparando l'inconscio ad albergare concetti come rivoluzione, giustizia sociale, comunismo, lotta di classe, l'irrompere delle masse nella storia... Debbo confessare che la mia fede socialista ha tratto origine più dai nettapenne di mia mamma che dalle esili e sonnacchiose letture di Marx".

A un certo punto sembra di entrare in dialogo con lo sconosciuto Zargani: c'è davvero chi racconta la storia e chi te la fa rivivere, chi ti enumera le idee e chi te le accende, anche sommessamente.

Aldo Zargani, **Per violino solo**

Il Mulino, Bologna 1995, pp 237, £ 20.000.

**U**n altro libro di memorie dello stesso periodo, in Germania, è *Il rogo di Berlino* dell'autrice Schneider: è un racconto crudele, dove il ricordo sembra liberare una rabbia troppo a lungo taciuta; è un libro fin troppo attuale dove si possono scambiare i nomi di persone e di luoghi e descrivere gli odierni orrori, che avevamo creduto di non rivedere mai più: un libro che ci fa rivivere i morsi della fame, la solitudine dei vicini, la paura dei bombardamenti, la voce del Führer che echeggia nel bunker della Cancelleria, dove Hitler ospitava per alcuni giorni i bambini che venivano nutriti con le più prelibate delizie (come Mladic a Sebrenica accarezza un bimbo o come Saddam ripreso dalle tv di tutto il mondo in espressione molto gioviale con un bambino americano nei giorni della guerra del Golfo), la lunga reclusione in una cantina fino al giorno in cui i primi soldati russi avanzano in una Berlino ormai completamente distrutta (un libro pubblicato lo scorso anno dal Gruppo Abele ha per titolo *Mamma non voglio andare in cantina - voci di bambini da Sarajevo!!*).

La narrazione è struggente nel ricordo delle angherie subite dalla matrigna e dei rapporti con il padre ed il fratello più piccolo, dopo la cui nascita "mia madre scoprì di aver sbagliato carriera. Ben presto si convinse che servire la causa del Führer fosse più onorevole dell'allevare i propri figli; così ci abbandonò in un appartamento di Berlino e si arruolò nelle SS. Era l'autunno del 1941 e le forze tedesche se la passavano male sul fronte russo".

Per la maggior parte delle pagine si respira un odore acre, un'afflizione forse eccessiva in qualità di diario postumo, non sempre facile risulta procedere nella lettura delle atrocità di vita quotidiana che l'uomo può procurarsi.

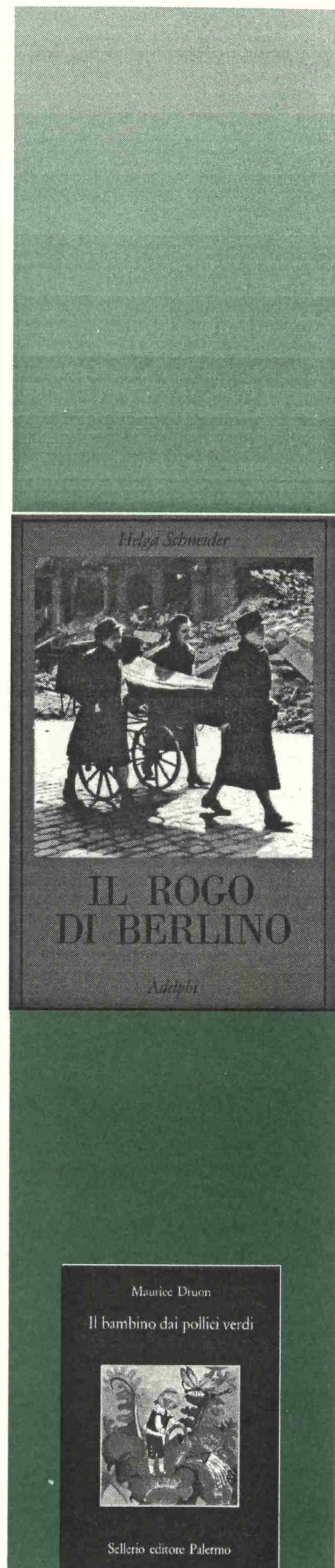
Helga Schneider, **Il rogo di Berlino**

Adelphi, Milano 1995, pp 229, £ 26.000.

**P**er chi è interessato all'idea di far leggere i bambini, i ragazzi, i giovanissimi, la proposta è quella di legger loro (con loro) questo delizioso racconto, "scritto per diletto", quasi per riposarsi dalle fatiche dei romanzi storici, da Maurice Druon, Accademico di Francia: è la storia del bambino Tistou che possiede una magia di cui si serve per modificare alcune cose del mondo che non vanno; i nomi dei personaggi hanno un significato simbolico, quasi "onomatopeico". *E' evidente però - scrive l'Autore nella prefazione - che Tistou non è un bambino come gli altri e me lo dimostra con gli amici che m'ha fatto incontrare in tutto il mondo e che sono di tutte le età.*

Maurice Druon, **Il bambino dai pollici verdi**

Sellerio, Palermo 1995, pp 142, £ 15.000.



## CONVEGNO ACP DELLO STRETTO

Città di Messina

LA PEDIATRIA DI COMUNITÀ

GIOVEDÌ 23 NOVEMBRE 1995

ore 15.30

La Pediatria di Comunità - G. Biasini  
(Cesena)

ore 16.30

**Tavola Rotonda**

IL BAMBINO E LA CITTÀ

Moderatore: G. Tamburlini (Trieste)

Partecipanti: N. D'Andrea (Acquaviva delle  
Fonti), A. Di Giulio (Milano).

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

VENERDÌ 24

ore 9.00

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

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. Baroncini (Lecco),  
S. Giambelluca (Palermo), G. Perri (Lametia),  
R. Ovallesco (Castellammare di Stabia)

I progetti a Messina: F. Aiello, M.L.

Trimarchi

ore 15.00

**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)

I progetti a Messina: S. Conti Nibali, E. Foti,  
M. Deodato, E. Sofo, L. Natoli

SABATO 25

ore 9.00

La settimana tipo di un operatore di  
consultorio della Romagna e della Sicilia -  
L. Contarini (Ravenna), A. Marcazzò  
(Messina), L. Barbaro (Messina)

ore 9.30

**Tavola Rotonda**

LE STRATEGIE VACCINALI

C'è veramente bisogno di nuovi vaccini?

Moderatore: G. Lombardo (Messina)

Partecipanti: Tozzi, Mele (Roma), Vajro  
(Napoli),

La valutazione delle campagne vaccinali. La  
gestione di un ufficio di vaccinazione.

Partecipanti: Contarini (Ravenna), Puliafito  
(Messina), Ciriminna (Palermo)

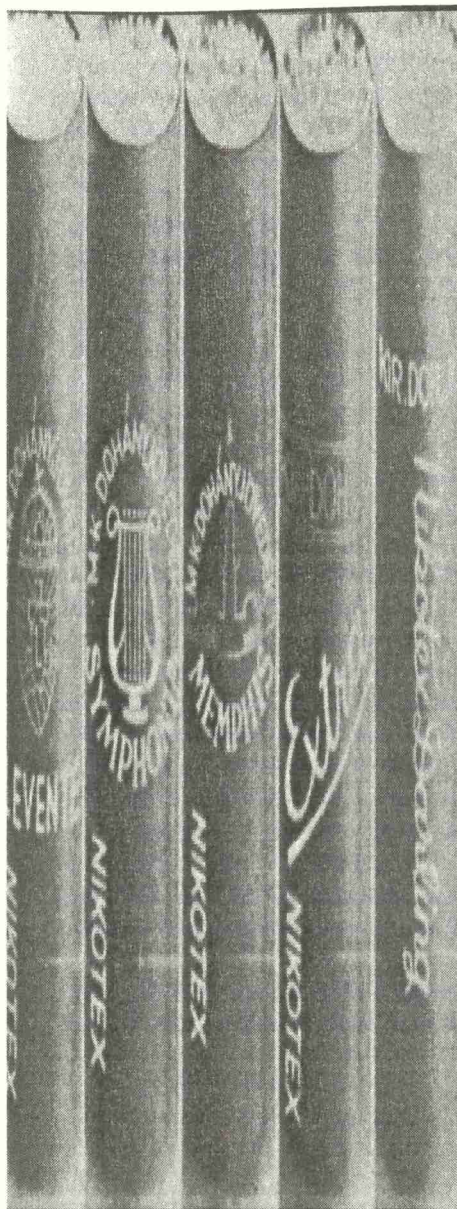
Quota di iscrizione £ 80.000

Segreteria scientifica: Sergio Conti Nibali,

Maria Francesca Siracusano

Segreteria organizzativa:

Agenzia Vamos Amigos tel. 090/661600



nikotex

## 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 VALU-  
TAZIONE DELL'ATTIVITÀ.  
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 valuta-  
zione dell'attività ospedaliera con partico-  
lare riguardo ai DRG. (dr. T. Carradori.  
Cesena).

Le metodologie della codifica (dr. S. Ser-  
rao. Pesaro)

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

4° modulo. I Centri di costo (dr. C. Mon-  
talti. Cesena)

5° modulo. L'audit Interno (dr. F. Mar-  
chetti. 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 Fran-  
co Lanzoni. U.O. Materno infantile A. UsI  
Cesena Viale Ghirelli 286.  
47023 Cesena

Cognome.....

Nome.....

anno di nascita.....

indirizzo.....

città .....CAP.....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 comunica-  
ta almeno 20 gg. prima dell'inizio del corso

## CORSO RESIDENZIALE A VILLA COLOMBELLA (PERUGIA) PER PEDIATRI DI COMUNITÀ

GIOVEDÌ 9 NOVEMBRE ore 15:

### INTRODUZIONE AL CORSO

- G.Barro (coordinatore regionale dei servizi socio-sanitari della regione umbria)
- P. Menichetti. (Direttore generale azienda usl 2. Perugia)
- V. Panella (responsabile servizi sanitari territoriali azienda usl 2 Perugia)

### PRESENTAZIONE DEL CORSO

PEDIATRIA DI COMUNITÀ:  
DEFINIZIONE DEI MODELLI  
POSSIBILI  
(G.Biasini)

VENERDÌ 10 NOVEMBRE  
ORE 9-13 15-19

SORVEGLIANZA DELLA SALUTE  
DELLA COMUNITÀ':  
STRUMENTI ESSENZIALI  
(M. Petrella. Perugia, M. Farneti. Cesena)

IL CONTROLLO  
DELLE MALATTIE INFETTIVE  
NELLE COMUNITA' INFANTILI  
(F.Bauleo. Perugia, L. Contarini. Ravenna)

(M.Marri. Perugia, N.D'Andrea  
Acquaviva delle Fonti, Bari)

IL BAMBINO IMMIGRATO  
(L. Acerbi. Melegnano, Milano)

SABATO 11 NOVEMBRE ORE 9-13

VACCINAZIONI FACOLTATIVE:  
LE STRATEGIE VACCINALI  
(G.Giovannini. Perugia, L.Contarini, Ravenna)

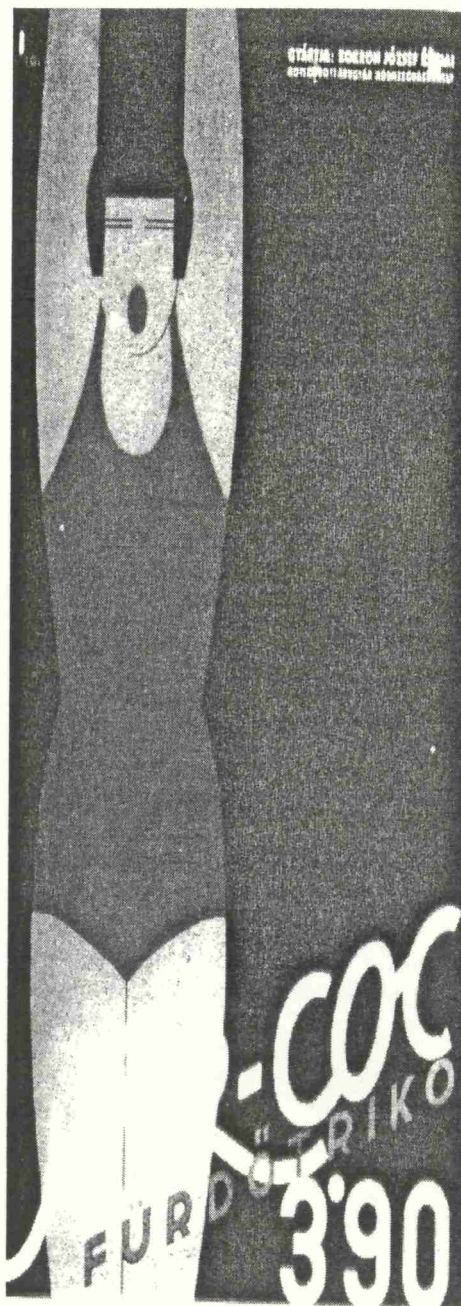
### NOTE ORGANIZZATIVE

Segreteria: Carla Berardi, F. Passalacqua,  
L.Piermarini, C. Rossetti

Domande di iscrizione (Entro il 10  
ottobre): Carla Berardi Via XX settembre  
74 - 06124 PERUGIA Fax 075 583  
7630 Tel 075 5736735/5733639

Saranno ammessi solo 30 corsisti.

Quota di partecipazione con diritto a:  
partecipazione al corso, pensione  
completa per 2 giorni, pernottamento per  
2 notti, cena sociale: £ 280.000



## SEMINARIO RESIDENZIALE "SIRMIONE SETTE"

*Argomento del seminario:*

La gestione dei gruppi di lavoro e  
la creazione di un ambiente  
motivante nel reparto pediatrico

Cannaviè (Ferrara)  
19 - 21 Ottobre 1995

Segreteria organizzativa:

Prof. G. Mastella

Centro Fibrosi Cistica -Verona

tel: 045 8072370

fax: 045807242

## 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



## PERCHÉ NON POSSIAMO NON DIRCI DI SINISTRA

Le vacanze, si sa, sono tempo non solo di riposo ma anche di letture, bilanci, riflessioni su se stessi e il mondo intorno a noi. Così per caso, o forse no, in questo agosto '95 più imbronciato del solito, dopo aver riletto "Destra e Sinistra" di Norberto Bobbio, mi è arrivato l'ultimo numero di *quaderni ACP*. La sua lettura e l'inevitabile raffronto con il libro di Bobbio mi hanno fatto concludere che il nostro movimento, pur di composizione così eterogenea, non può non dirsi di sinistra, come ogni altra associazione culturale, come la Cultura tout court.

A mio avviso, infatti, se la Natura è necessariamente di destra, la Cultura è necessariamente di sinistra.

Non tanto per il contrasto tra emisfero destro ed emisfero sinistro, proposto da Panizon in un suo celebre articolo su "Medico e bambino", quanto per la sovrapposizione nel nostro cervello della neocorteccia, esistente solo nei primati, ai cervelli filogeneticamente più antichi delle altre specie. Il sistema motivazionale sociale collaborativo o paritetico, per il quale più membri della stessa specie collaborano a pari livello per il raggiungimento di un fine comune, non esiste nelle specie prive di neocorteccia in cui dominano invece i sistemi motivazionale - agonistico e gerarchico. La Natura, prima dell'avvento della neocorteccia, è di destra: risponde alla lettura biologica di Darwin e psicologica di Nietzsche che per cui i più forti eliminano i più deboli e questo porta al miglioramento della specie.

Quale uomo di cultura oggi potrebbe proporre, anche per la specie umana, la validità di questa Legge Naturale?

Il lento cammino evolutivo della neocorteccia ci ha portato invece gradualmente, anche se mai definitivamente, ad affermare (come recita l'art. 3 della nostra Costituzione, per altro simile a quelli di molte altre Costituzioni democratiche) che: "Tutti i cittadini hanno parità sociale e sono uguali davanti alla Legge senza distinzioni di sesso, razza, lingua, religio-

ne, opinioni politiche, condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

Le categorie che la nostra Costituzione elenca nell'art. 3 quali irrilevanti come criterio di divisione fra gli uomini, rappresentano bene le tappe che la storia della cultura umana ha percorso nel processo di eguaglianza. E' questo stesso principio che fa dire a Biasini nella presentazione del Convegno di Napoli sul bambino a rischio sociale: "Il diritto alla

salute è garantito solo da quel minimo di condizioni che assicurano l'uguaglianza: il lavoro, la scolarizzazione, la casa, la razione alimentare... Per entrare in tema oggi largamente discusso a noi sembra difficile accettare che si debba affidare alle leggi di mercato la soddisfazione di questi diritti che a noi sembrano invece valori primi, garantiti dalla affermazione costituzionale che questa è una Repubblica fondata sul Lavoro".

La stessa destra politica non osa oggi a parole mettere in discussione il principio di uguaglianza dei diritti di tutti gli uomini, salvo poi nei fatti promuovere, ogni volta che ha il governo, disuguaglianza e discriminazione che privilegiano le oligarchie e i potentati del momento. Anche la destra oggi non può non riconoscere in linea di principio il valore dell'uguaglianza, che è stato accettato come valore civile dalla rivoluzione francese e che - è pur vero - quale valore sacro proviene dalle grandi religioni monoteistiche occidentali. A ragione, perciò, Giorgio Bert nel suo articolo "Specialista Professore" può dire che: "Senza Robespierre l'inumano, Saint Just il folle, l'orrido Marat medico e sardo, senza tutti costoro la neovandeano in tailleurino lilla non potrebbe oggi gridare al genocidio né esaltarsi al Puy-du-Fou, quella redditizia Disneyland di De Villiers".

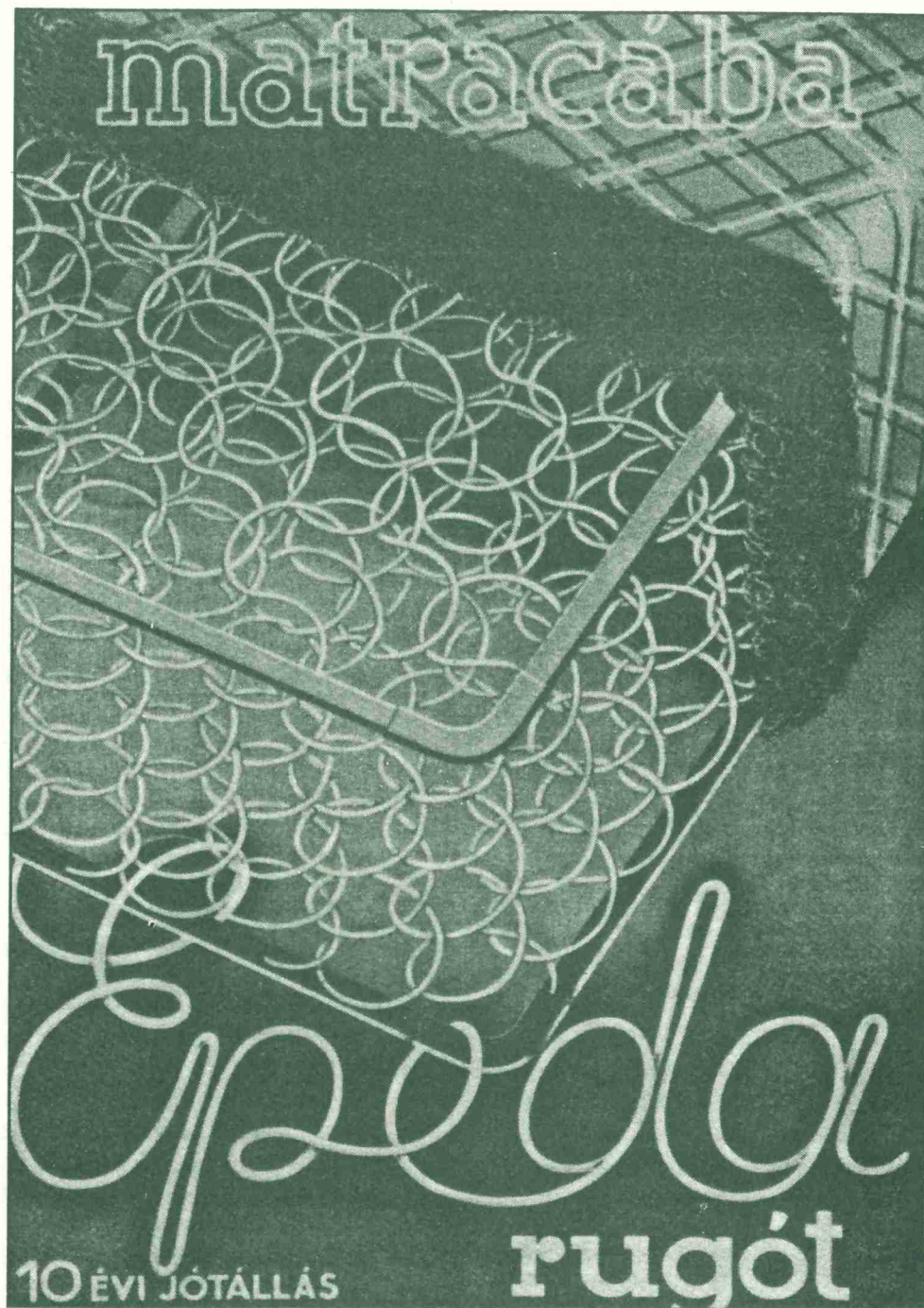
Ha torto Bert, invece, quando - preso dallo sconforto di poter cambiare una realtà difficile - sembra ripiegare su un esercizio della professione chiuso e asettico o su un pensionamento anticipato. No. La nostra professione, la nostra cultura, è anche visita per il rinnovo della patente, per l'invalidità, per l'esenzione dal ticket, per la gravidanza, per le pratiche adottive, perché rispondiamo a diritti che tutti i cittadini hanno nei confronti dell'istituzione che noi rappresentiamo, Ma è anche, come suggerisce Biasini, coinvolgersi in "tutte le condizioni che si connettono con la perdita della salute: dalla cattiva società alla cattiva scuola, al cattivo quartiere, al cattivo modo di organizzare la sanità e così via". No. Non è proprio l'ora di andare in pensione, caro Bert. Il bello deve ancora venire. E sono proprio curioso di vedere come andrà a finire.

Francesco Ciotti - Cesena



# Ausili didattici

supplemento al n. 3/4 - 1995 di Quaderni ACP



*all'interno:*

- **Saying Good Bye:**

Le Emozioni risparmiate allo specializzando italiano

Le Proposte per la formazione ambulatoriale

- **Il Programma di Formazione Continua:**

*il video:* ABC di dermatologia per il pediatra (parte II)

*Il Saper fare:* I diritti assistenziali dei malati cronici

*Archivio Bibliografico:* Segnalazioni pratiche per persone pratiche

*Informazioni per genitori e pazienti:* Ingestione di piante velenose

Supplemento al n° 3-4/1995 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 Ghirotti, 286 - 47023 CESENA

**Progetto grafico e videoimpaginazione:** Toni Sietta

**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

## “SAYING GOOD BYE”:

### EMOZIONI RISPARMIATE ALLO SPECIALIZZANDO ITALIANO

Negli USA i programmi per la formazione dei pediatri prevedono obbligatoriamente una esperienza di assistenza nell'ambito della primary care. Anzi tale funzione formativa è necessaria per l'accreditamento delle cliniche universitarie. Ai residents vengono affidati un certo numero di bambini ai quali essi devono fornire la assistenza di base in tutti i suoi aspetti: dalla educazione sanitaria, alla cura di malattie, ai bilanci di salute, alla collaborazione con i medici ospedalieri in caso di ricovero.

Si tratta, insomma, di una esperienza di assistenza globale; questa dura tre anni. Poi il resident, se vuole continuare, in altri campi, l'esperienza, può passare nei fellowship programs di subspecialità (ciò accade assai di rado tant'è che l'88% dei 53.000 pediatri americani è "boarded in general pediatrics") o ad altre esperienze formative, come la pediatria di comunità (Pediatrics: 1995:95; 924)

Alla fine del triennio il resident, oramai formato nelle cure primarie, "passa" i suoi assistiti ad un altro collega che li segue per altri tre anni: questo momento è chiamato del "good bye". Non v'è alcun dubbio che questa separazione - basata sul calendario e non su scelta del pediatra o su modificazione dei bisogni assistenziali - crea problemi agli assistiti, ma qualche problema di natura emozionale lo crea anche al pediatra oramai formato.

Il "good bye" non sembra, in realtà, a parte le ovvie diversità legislative, molto diverso dal limite dei 14 anni imposto in Italia dalla convenzione pediatrica. Negli ultimi anni sono comparsi, sulle riviste americane, alcuni articoli sul "Saying good bye", l'ultimo dei quali è sul numero di luglio 1995 degli Archives (Arch. Ped. Adol. Med. 1995;149:812) e riguarda il John Hopkins di Baltimora che gestisce, con questo tipo di convenzione, 6000 bambini.

Leggendo questo articolo ci è venuto in mente che forse gli specializzandi italiani hanno qualche motivo per ringraziare i direttori delle cliniche pediatriche e delle scuole di specializzazione italiane che hanno voluto evitare ai loro specializzandi il trauma, doloroso e scombuscolante, del "good bye".

Da fonti solitamente bene informate si è saputo, infatti, che questa è la vera ragione per la quale agli specializzandi italiani è rigorosamente impedito di prendere contatti con la primary care, nel solo luogo dove questa si esercita e cioè nello studio dei pediatri di base.

Il rinchiudere gli specializzandi nelle cliniche universitarie, evitando il contatto con la dura realtà della pratica quotidiana, è perciò semplicemente dovuto al tentativo di preservare il loro mondo interiore.

Il rischio della sindrome iperstetoscopica (ACP-Quaderni 1995:2;32) che ricorre spesso nelle cliniche universitarie, e quasi mai nella pediatria di base, è infatti di assai minore gravità rispetto alla sindrome del "good bye".

E, diventati esperti di economia sanitaria e di centri di costo, i Nostri Maestri, fra due eventi, hanno imparato a scegliere quello di minore costo (emozionale).

*Che Iddio gliene renda merito.*

G.B.

## S O M M A R I O

- 33** Il Programma di Formazione Continua ACP  
*Istruzioni per l'uso*
- 34** Proposte per la Formazione ambulatoriale dello specializzando  
*M. Agostini e coll.*
- 38** Si possono associare nella stessa siringa antiemofilo e DPT?  
*Archivio bibliografico*
- 39** Acidi grassi polinsaturi. Enuresi. X fragile  
*Archivio bibliografico*
- 40** I benefici socio assistenziali per i bambini con malattie croniche  
*"Il saper fare" di Marinella Navacchia*
- 43** Il telefono nella pratica pediatrica  
*Mario Canciani*
- 44** Ingestione di piante velenose  
*"Informazioni per genitori e pazienti" di Monica Pierattelli*
- 46** Cosa fa nel bambino che si è accidentalmente punto con ago (infetto?)  
*Archivio bibliografico*
- 47** Una catena umana di pediatri  
*Sergio Conti Nibali*
- 48** Il pediatra e il bambino a rischio sociale  
*Un primo resoconto del convegno di Napoli*
- 50** Iscrizioni e rinnovi  
*Il sermone di Franco Dessì*



# 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*
- n. 5: ABC di dermatologia per il pediatra parte seconda *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.

# PROPOSTE PER LA FORMAZIONE AMBULATORIALE DELLO SPECIALIZZANDO IN PEDIATRIA

DOCUMENTO CONCLUSIVO DEL 1° CORSO  
DI FORMAZIONE TUTORIALE

GARGNANO 27-29 OTTOBRE 1994

di M. Agostini \*, R. Bussi \*\*, S. del Torso \*\*, M. Gangemi \*, C. Ghitti \*\*\*, G. Tamburlini \*\*\*\*.

\*APCP VERONA,  
\*\* APREF PADOVA,  
\*\*\* CLINICA PEDIATRICA MILANO,  
POLO DI MONZA,  
\*\*\*\* CLINICA PEDIATRICA TRIESTE

La Gazzetta ufficiale dell'11 maggio 1995 ha pubblicato il nuovo ordinamento didattico della scuola di specializzazione in pediatria. La specializzazione è articolata in più indirizzi: pediatria generale, adolescentologia, allergo-immunologia, broncopneumologia, cardiologia, endocrino-diabetologia, gastroenteropatologia, nefrologia, neonatologia e terapia intensiva, neurologia, oncoematologia, pediatria di comunità, reumatologia. Gli anni di corso sono cinque di pediatria generale e due di specialità.

È chiaro che, almeno, per la pediatria di comunità, per la pediatria generale, e per l'adolescentologia le cliniche universitarie non possono pretendere di avocare a sé tutto, o gran parte dell'insegnamento. Questo non può essere che di competenza delle strutture e delle competenze extraospedaliere.

Il documento che pubblichiamo è stato elaborato dai tutor che si sono occupati della formazione generalista degli specializzandi, in alcune università del Nord, in un convegno tenuto a Gargnano nel 1994.

Con questo vogliamo contribuire alla soluzione dell'utilizzo della pediatria ambulatoriale nella formazione del pediatra generalista.

## PREMESSA

Nella situazione attuale, di riduzione delle necessità di personale e quindi delle possibilità di impiego negli Ospedali e nelle Università, è prevedibile che un maggior numero di Specialisti in Pediatria eserciterà la Pediatria Ambulatoriale. Diviene pertanto ancor più essenziale che nella formazione dello Specializzando in Pediatria vengano adeguatamente appresi gli

argomenti peculiari della attività ambulatoriale del Pediatra di famiglia. L'esercizio della pediatria di famiglia richiede infatti competenze specifiche che possono essere così riassunte:

*organizzative* (ad es. lavoro per appuntamento, uso esteso del telefono), *conoscitive* (globalità, continuità e coordinamento della assistenza), *decisionali* (immediatezza della risposta, pur con strumenti parziali, e necessità di discernere l'importante dal banale) in mancanza di rapidi esami diagnostici e nell'impossibilità di immediato confronto con colleghi, *educativo-relazionali* (col bambino, la famiglia, colleghi specialisti di 2° livello), *burocratiche* (adempimenti normativi).

In generale, invece, la didattica universitaria, basata sui pazienti ricoverati, presenta soprattutto casi rari, gravi, non rappresentativi della pratica corrente, con ricorso ad indagini sofisticate. D'altra parte, anche nell'ambulatorio Universitario la didattica clinica evidenzia per lo più: *casi selezionati* che anche se cronici raramente vengono seguiti nel loro contesto socio familiare, *minor incidenza* dei problemi psicologici, relazionali, sociali, *patologie acute o croniche isolate* per lo più dal contesto globale del paziente che viene raramente seguito con continuità per l'insieme dei suoi problemi. In entrambi i casi l'ambiente universitario od ospedaliero offre, a differenza della Pediatria Ambulatoriale di famiglia:

una elevata *protezione e legittimazione* del medico nel rapporto con i genitori, una *maggiore accettazione* delle scelte diagnostico-terapeutiche, la *disponibilità* di colleghi sub-specialisti con competenze approfondite e con cui è facile consultarsi, la *possibilità* di avere in tempi brevi esami diagnostici di laboratorio o strumentali, una *minor richiesta di qualità "manageriali"*, una *minor richiesta di capacità*

comunicative ed educative.

L'Università e l'Ospedale non hanno quindi, per la loro intrinseca struttura, la possibilità di completare la preparazione dello specializzando per la futura attività di Pediatria Ambulatoriale, soprattutto per quello che riguarda i campi del "saper fare" e del "saper essere". E' noto poi che l'apprendimento nell'adulto è migliore quando avviene mediante l'insegna-

### Allegato 1.

#### ASPETTI O PROBLEMI CLINICI FONDAMENTALI PER LA FORMAZIONE

##### CHECK LIST

- 1) Bilanci di salute a età critiche
  - prima visita ad un neonato
  - terzo mese
  - quinto mese
  - 12-15 mesi
  - 3 anni
  - 6 anni
  - 11-14 anni
  - prima visita di un bambino grande
- 2) Segni e sintomi
  - in ambulatorio
  - a domicilio
  - per telefono
- 3) Problemi particolari
  - problema cronico
  - problema relazionale/educativo
  - "non ha niente" (medical shopping)
- 4) Problemi organizzativi
  - organizzazione dello studio
  - strumenti di lavoro
  - piccola laboratoristica
  - consulto con lo specialista
  - visite di un bambino ospedalizzato
  - rapporto con il personale
  - aggiornamento e formazione.

mento tutoriale, in un setting "contestuale" in cui vengano rispettati i percorsi individuali e sviluppati processi metacognitivi.

Dalle considerazioni sopra esposte deriva la esigenza che la preparazione dello Specializzando comprenda una esperienza formativa pratica, svolta nello studio di un Pediatra di Famiglia che agisca da tutore.

## ARTICOLAZIONE DELLA PROPOSTA

### I. Caratteristiche del Tutore di Pediatria Ambulatoriale.

Per svolgere in maniera ottimale il suo ruolo, il Tutore deve possedere:

attitudine e disponibilità a fare apprendere, disponibilità a valutare e ad essere oggetto di valutazione, disponibilità a partecipare ad attività di formazione, avere

competenza in Formazione e Ricerca.

Inoltre dovrà essere Pediatra di famiglia a tempo pieno, da almeno tre anni, avere più di 400 assistiti e una tipologia dello studio professionale e della sua organizzazione adatta a svolgere proficuamente la didattica, senza ostacolare l'attività assistenziale (per esempio la possibilità di visite su appuntamento e l'uso del telefono in studio).

### II. Caratteristiche del Tirocinio

Appare preferibile distribuire l'esperienza del tirocinio nel tempo: l'American Medical Association prevede la frequenza degli ambulatori di Pediatri privati per 2 mesi nel secondo e terzo anno, oltre alla esperienza della Continuity Clinic per mezza giornata a settimana, per tutti i tre anni; tale istituto non esiste nella nostra realtà.

In analogia, si propone quindi una frequenza di almeno 30 accessi per anno, per due anni (uno-due volte la settimana). Nei giorni in cui frequenta lo Studio del Pediatra di Famiglia, lo Specializzando dovrà essere libero da ogni attività di Reparto o di Ambulatorio Ospedaliero o Universitario. Il Direttore della Scuola dovrà garantire che i docenti delle varie discipline siano informati e condividano l'importanza dell'esperienza del Tirocinio. Si dovrà ottenere la collaborazione dei docenti dal punto di vista organizzativo ed educativo, stimolando i confronti tra i diversi approcci ad un problema in Ospedale e nel Territorio.

### III. Modalità di reclutamento dei Tutori

I Tutori dovranno essere scelti, secondo criteri oggettivi e pertinenti, dal Consiglio della Scuola di Specializzazione, tenendo conto, laddove possibile, delle proposte dei rappresentanti delle organizzazioni di categoria di livello nazionale e/o regionale della Pediatria di libera scelta scegliendo comunque pediatri che rispondano alle caratteristiche sopra descritte.

I futuri Tutori dovranno essere formati con un Corso preparatorio, durante il quale siano approfonditi e condivisi: gli scopi del tirocinio, le peculiarità della Attività Ambulatoriale da far apprendere allo specializzando, le metodologie utili per l'apprendimento dell'adulto, gli strumenti per rendere omogenea l'esperienza, il valore formativo del tirocinio sia per lo Specializzando che per il Tutore, la valutazione di entrambi, vista prevalentemente ai fini formativi. Il Corso dovrà essere organizzato da un Coordinatore e dovrà utilizzare, come docenti, esperti di Formazione e di Pedagogia Medica.

### IV. Aspetti organizzativi

Lo Specializzando dovrà essere messo in grado di partecipare attivamente alla attività ambulatoriale, inizialmente approfondendo prevalentemente il senso critico e le capacità di analisi ed autoanalisi, per arrivare, verso la fine dell'esperienza, a poter gestire autonomamente la visita anche senza la presenza del Tutore.

Il Tutore rimane peraltro responsabile nei confronti del paziente e della sua famiglia; alla fine della visita dovrà confrontarsi con lo specializzando, senza tralasciare il

#### Allegato 2.

#### Valutazione dello Specializzando

N.B. Graduare la Valutazione in : 5 = *eccellente*, 4 = *molto buono* (indica una prestazione superiore a quella attesa per il livello), 3 = *soddisfacente* (prestazione media, adeguata alle attese), 2 = *scarso* (prestazione in parte adeguata, ma al di sotto della media, con carenze specifiche), 1 = *insufficiente*, NV = non valutabile.

All'interno di ogni singolo parametro, considerare tutte le voci. Sottolineare quella più carente e dare un giudizio numerico globale.

1. Approccio con i genitori e il bambino (atteggiamento, linguaggio, disponibilità, capacità di ascolto, di sicurezza, comunicazione adatta al livello culturale e sociale). [ ]
2. Raccolta dell'anamnesi (pertinenza delle domande, completezza) adeguata al tipo di problema. [ ]
3. Esame obiettivo (adeguatamente orientato, esattezza delle manovre e dei rilievi rispetto al tipo di visita e all'età). [ ]
4. Possesso di adeguate conoscenze teoriche (diagnosi differenziale, epidemiologica). [ ]
5. Capacità di analizzare il problema, identificare con logica e presentare in sintesi i nodi rilevanti. [ ]
6. Capacità di valutare problemi psicologici e relazionali. [ ]
7. Capacità di prendere le corrette decisioni diagnostiche (eseguire o no accertamenti, consultazioni specialistiche, appropriatezza delle scelte nell'ambito ambulatoriale). [ ]
8. Capacità di prendere le corrette decisioni terapeutiche (tipo di scelta, conoscenza di nomi e posologie, farmaco-economia e compliance, terapie non farmacologiche, scadenze dei controlli). [ ]
9. Conoscenza delle attuali normative (leggi sulle prescrizioni, certificazioni, problemi medico legali, normative per sussidi o assistenza domiciliare). [ ]
10. Conoscenze adeguate per la programmazione e organizzazione delle attività (uso del telefono, compilazione adeguata della cartella clinica e di relazioni cliniche, uso di strumenti diagnostico terapeutici ambulatoriali). [ ]
11. Dare una valutazione a ogni singola voce, qui di seguito:  
Autocritica [ ] Iniziativa [ ] Interesse [ ] Motivazione [ ] Partecipazione [ ] Relazione con il Tutore [ ] Responsabilizzazione [ ]

*Motivare per esteso i giudizi scarso, insufficiente, non valutabile.*

ruolo educativo, di coordinamento oltre che di garanzia nei confronti del paziente e dei genitori. Il programma verrà definito con il Direttore della Scuola in accordo con gli obiettivi educativi e con la situazione organizzativa locale. E' essenziale venga programmato un incontro preliminare con gli Specializzandi, per concordare il percorso educativo, le metodologie e per dibattere il valore formativo della valutazione. La coppia Tutore-Specializzando dovrà poi gestire autonomamente l'esperienza ambulatoriale per i fini concordati. E' naturalmente necessario che il percorso educativo metta l'accento sulle caratteristiche specifiche della attività ambulatoriale ed affronti problemi tipici. Per questo motivo è desiderabile la applicazione di una lista di problemi prevalenti (Allegato 1) concordata fra i Tutori durante il Corso, per rendere omogenee, per quanto possibile, le preparatorie esperien-

ze nelle varie Scuole. Per documentare e precisare le situazioni affrontate, verrà impiegata una Scheda Statistica da compilare alla fine di ogni giornata creando al termine dell'esperienza, un registro delle visite effettuate e dei casi affrontati. Una copia verrà allegata al curriculum dello specializzando. Una ulteriore Scheda (Scheda del Problema) verrà compilata dalla coppia Tutore-Specializzando per singoli problemi critici che meritino un approfondimento o che abbiano fatto emergere diversità di comportamento tali da richiedere una revisione critica. Alcuni di questi problemi particolari e meritevoli di approfondimento verranno discussi in uno o più "Seminari di formazione comune" con cadenza prefissata a seconda della durata del Tirocinio.

V. Valutazione dello Specializzando e del Tutore.

L'attività di valutazione ha valenze altamente formative, e va sfruttata come potente strumento di miglioramento sia per lo Specializzando, che per il Tutore, che per la Scuola stessa. E' necessaria almeno una valutazione all'inizio ed alla fine della esperienza, ma andranno previste possibili valutazioni in itinere, durante il tirocinio. Sono stati predisposti 2 questionari. Il primo (allegato 2) servirà a valutare la competenza dello Specializzando. Allo scopo di rendere più oggettivo il giudizio, il questionario di valutazione dovrebbe essere compilato da un Tutore "esterno", sulla base del comportamento dello Specializzando con 3-4 pazienti. Il Tutore a cui è affidato lo Specializzando compilerà una valutazione anche su aspetti relativi alla frequenza, alla applicazione, alla capacità di autocritica. Un secondo strumento servirà a valutare (allegato 3) gli aspetti comportamentali, nell'ambito

#### Allegato 3.

#### VALUTAZIONE DEL MEDICO DA PARTE DEI GENITORI

La preghiamo di dare il Suo parere su alcuni aspetti della visita appena eseguita.

Lo scopo di questa valutazione è comprendere meglio le eventuali difficoltà nel rapporto medico paziente al fine di migliorarlo. Non tema di dispiacere al dottore, rispondendo con assoluta sincerità: in ogni caso verrà fatto un uso riservato delle sue risposte.

Ad ogni domanda indichi con una croce il suo giudizio graduando da 1 (= No, per niente) a 5 (= Si, del tutto).

1. Durante la visita il dottore mi ha fatto sentire a mio agio 1 , 2 , 3 , 4 , 5
2. Il dottore ha fatto di tutto per mettere il bambino a suo agio 1 , 2 , 3 , 4 , 5
3. E' riuscito a far collaborare il bambino alla visita. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
4. Il dottore mi ha lasciato esprimere i miei problemi, dubbi, difficoltà. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
5. Il dottore ha capito veramente il mio problema (ho sentito il medico coinvolto nel mio problema, si è fatto carico del problema).  
1 , 2 , 3 , 4 , 5
6. Nel colloquio ha usato parole per me comprensibili. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
7. A mio giudizio il dottore ha dedicato alla visita il tempo necessario. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
8. Sono soddisfatto di come è stato visitato il bambino. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
9. Il dottore ha chiarito i miei dubbi sul problema per cui sono venuto. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
10. Il dottore ha ridotto le mie preoccupazioni e ora so cosa fare (anche in merito a terapie e programmi futuri). 1 , 2 , 3 , 4 , 5
11. A mio parere il dottore è disponibile a riparlarne dei problemi e a rivedere il bambino. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
12. Dia un giudizio complessivo sulla visita (da 0 a 5) [ ]

Solo per il questionario degli Specializzandi (dia una semplice risposta si/no):

1. La presenza di un altro medico l'ha messa a disagio, inibita, creato ansia. Si  No
2. Oppure Le ha dato maggiore sicurezza. Si  No
3. L'atteggiamento del bambino è stato modificato dalla presenza di un altro medico. Si  No
4. La presenza dello specializzando medico ha creato maggiore fretteolosità. Si  No
5. Oppure ha permesso una maggiore attenzione. Si  No
6. Tornerebbe a far visitare suo figlio in presenza dello specializzando. Si  No
7. Secondo lei, la presenza di un secondo medico nello studio ha creato disagio al suo Pediatra. Si  No

La preghiamo di piegare il foglio e di consegnarlo. Grazie per l'aiuto.

della relazione Specializzando-medico-genitori-bambino: lo Specializzando effettuerà la visita ed, al termine, verrà chiesto ai genitori di compilare una griglia di valutazione anonima. Lo Specializzando sarà a conoscenza della valutazione che verrà discussa per fare emergere i punti utili per migliorare gli atteggiamenti. Lo strumento verrà preventivamente validato da alcuni Pediatri di Famiglia, sulla base della visita di 10-20 pazienti scelti a caso: i punteggi medi verranno utilizzati come valore di riferimento. Va infine prevista la valutazione del Tutore da parte dello Specializzando (allegato 4), con particolare riferimento alla capacità del Tutore di: *organizzare l'esperienza dello Specializzando, essere disponibile e competente nel chiarire i problemi emersi e nel colmare le eventuali carenze, stabilire una valida relazione col bambino, il genitore ed i colleghi che sia un esempio per l'apprendimento.* Per la valutazione del tirocinio nell'ambito della esperienza formativa della Scuola di Specialità dovrà essere approntato un idoneo strumento, da parte dei responsabili della Scuola stessa in collaborazione col Coordinatore dei Tutori.

Per raggiungere questi obiettivi formativi, il Tirocinio dovrà essere inserito nello Statuto delle Scuole di Specializzazione in Pediatria, reso obbligatorio per tutti gli Specializzandi e alla pari delle altre discipline ed attività cliniche e collegato razionalmente con le stesse. La figura del Tutore andrà perciò riconosciuta in forma ufficiale nell'ambito della definizione dei protocolli d'intesa fra ciascuna Regione e l'Università. Per questo motivo nel nuovo Statuto in via di approvazione dovrebbe essere inserita oltre alla voce "nelle strutture convenzionate" la frase "nell'Ambulatorio del Pediatra di Famiglia".

La proposta per la Formazione Ambulatoriale dello specializzando in Pediatria ha ottenuto l'approvazione della SIP (Società Italiana di Pediatria) del Veneto e della FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) del Veneto ed è stata sostenuta dall'ACP (Associazione Culturale Pediatri).

Se ne auspica la formale accettazione dei corrispondenti organi nazionali al fine di introdurre ufficialmente il tirocinio nel maggior numero di Scuole di Specializzazione in Pediatria.

*Questo documento è stato sottoscritto anche dai Direttori delle Scuole di Specialità e dagli altri Coordinatori dei tirocinanti di Formazione in Pediatria Ambulatoriale che hanno partecipato al Corso: Proff. D. Gaburro, G. Masera, F. Panizon, F. Zacchello e Dr. G. Baio, C. Ghitti, M. Guffanti.*



#### Allegato 4.

#### VALUTAZIONE DEL TUTORE DA PARTE DELLO SPECIALIZZANDO

Ad ogni domanda indichi con una croce il Suo giudizio, graduandolo da 1 (= no, per niente) a 5 (= sì del tutto).

1. Ha organizzato la mia presenza in modo da mettermi di fronte al maggior numero di problemi significativi della Pediatria Ambulatoriale. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
2. Ha dimostrato disponibilità e competenza nel chiarire i problemi emersi. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
3. E' riuscito a mettermi a mio agio. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
4. Mi ha messo in condizione di assumere progressivamente un ruolo decisionale "attivo" e responsabile nelle visite. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
5. Si è dimostrato capace di valutare le mie carenze cercando con me le possibili correzioni e miglioramenti. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
6. Mi ha permesso di migliorare la preparazione tecnico professionale. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
7. Mi ha permesso di migliorare la capacità di relazione con il bambino, i genitori e i parenti. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
8. Mi ha permesso di migliorare la capacità di relazione con i colleghi. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
9. Mi ha permesso di migliorare la conoscenza della Pediatria Ambulatoriale esterna nei suoi aspetti sanitari ed organizzativi. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
10. E' stato un buon esempio pratico a cui fare riferimento. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
11. E' stato ben disposto a valutare le mie iniziative? 1 , 2 , 3 , 4 , 5
12. E' riuscito a mantenere vivo il mio interesse. 1 , 2 , 3 , 4 , 5
13. E' disposto all'autocritica. 1 , 2 , 3 , 4 , 5

## SI POSSONO ASSOCIARE NELLA STESSA SIRINGA IL VACCINO ANTIEMOFILO E QUELLO TRIPLO (DPT)? PARE DI SÌ.

Il problema della diffusione della vaccinazione antiemofilo è collegato, in tutto il mondo, con la difficoltà ad aumentare il numero delle iniezioni di vaccino nei primi mesi di vita. Non ci sono finora, e chissà per quanto tempo ancora, vaccini multipli (DTP) che contengono anche l'anti Hib e l'antiepatite che siano preparati dalle case produttrici. E' anche difficile valutare l'impegno che, in questo ambito di ricerca stanno mettendo le case produttrici.

Si devono quindi effettuare iniezioni multiple e contemporanee di più vaccini. La possibilità di mescolare nella stessa siringa più vaccini aiuterebbe a risolvere molti problemi.

Le questioni da esaminare, in ogni combinazione industriale o "manuale" di vaccini riguardano: 1) le interazioni immunologiche del vaccino combinato;

2) la sicurezza e quindi le reazioni secondarie

Gli aa della ricerca, di cui ci occupiamo (Miller et al. *Pediatrics* 1995;95: 522-7), hanno condotto un trial su 150 bb, per valutare se si potevano associare nella stessa siringa il vaccino triplo DPT (quello usato dagli aa dell'articolo è il triplo della Connaught) ed il vaccino antiemofilo PRP-T (che è quello della Merieux in commercio anche in Italia).

Come fare la mistura? Gli aa, per non aumentare eccessivamente il volume da iniettare hanno sospeso il PRP-T liofilizzato nel vaccino DPT e l'hanno iniettato in una unica soluzione. Altri bambini (controlli) ricevevano i due vaccini separatamente.

Esattamente lo stesso metodo avevano seguito prima di loro, negli USA in 284 bb, Kaplan e coll (*J.Pediat.* 1994;124:323).

Venivano studiati separatamente i bb vaccinati con la miscela e quelli vaccinati con due iniezioni. Un terzo gruppo riceveva separatamente il DPT ed il vaccino antiemofilo HbOC (Hib coniugato con una variante non tossica della tossina difterica, vaccino attualmente non in commercio in Italia). Il numero complessivo dei bb studiati è stato di 150.

Le inoculazioni di vaccino venivano effettuate a 2,4 e 6 mesi di età. I bb a 2 e 4 mesi ricevevano anche il Sabin. Venivano studiate:

1) la situazione anticorpale -compresa quella per la polio- prima di ogni somministrazione

2) le reazioni secondarie in ambedue i gruppi di bb, a 7 mesi.

A proposito degli effetti secondari, gli aa riferiscono una eguale distribuzione della febbre nei gruppi ed una certa maggiore presenza dell'eritema (sola differenza significativa) e della tumefazione nei vaccinati con la miscela (il 36% contro il 22% del DPT per l'eritema e il 44% contro il 20% per la tumefazione alla 1ª dose; reazioni simili alla 2ª dose mentre alla 3ª dose le differenze si attenuavano).

Le concentrazioni anticorpali per tutti gli antigeni non erano

diverse nei gruppi vaccinati separatamente e con la miscela mentre il gruppo vaccinato con HbOC presentava più bassi livelli di anticorpi anti-Hib.

Questo rilievo di concentrazioni anticorpali simili in vaccinati con i vaccini miscelati rispetto ai vaccini iniettati separatamente è in accordo con un'altra ricerca condotta in Cile su 277 bb. (Averdano et al. *Ped. Infect. Dis.* 1993;12:638) nella quale il 100% dei bb, dopo 3 dosi, aveva raggiunto un livello anticorpale anti-Hib di valore protettivo mentre le reazioni secondarie del DPT + PRP-T non erano superiori a quelle del solo DPT che, come quello della ricerca qui recensita, era di produzione Connaught.

Risultati analoghi ha riferito il sopra citato Kaplan.

Una maggiore difficoltà a mescolare i vaccini è stata riscontrata usando un vaccino PRP-OMPC (non in commercio in Italia) e sempre il DPT della Connaught, in una esperienza gambiana (120 bb) in quanto vi era la tendenza della miscela a formare aggregati: i risultati sui livelli anticorpali e gli effetti secondari erano però risultati sovrapponibili a quelli dello studio di Averdano in Cile.

Conclusioni? Anzitutto va detto che i lavori finora pubblicati sulla possibilità di mescolare il DPT ed il vaccino antiemofilo nella stessa siringa -anche se, stranamente, poco recensiti- sono almeno 8 con un numero di bambini trattati di almeno 1500; non pochissimi quindi.

Il primo problema che ci si deve porre, in questi casi, è relativo ai livelli anticorpali prodotti dalla miscela rispetto alle iniezioni separate. Su questo si deve dire che, indipendentemente dalla significatività o meno della differenza dei livelli anticorpali l'importante è che i valori raggiungano quote ritenute "protettive"; e sembrano raggiungerle. Il rilievo di una protezione effettiva, cioè dimostrata sul campo, è certamente importante, ma va detto che vi sono dati della letteratura (Assael. *Vaccinazione* 2000 1995;36;10) che dimostrerebbero che per l'Hib risulta sufficientemente stabilito il rapporto fra livelli anticorpali e protezione clinica.

La ripetizione di ampi studi di protezione, (del tipo "progetto pertosse") anche per tutte le associazioni, richiederebbe un lavoro sterminato e praticamente improponibile. Sembra, dunque, potersi accettare il concetto che sia sufficiente la dimostrazione che per i singoli componenti, a certi livelli, la protezione sia stata dimostrata.

Dal punto di vista della ripetibilità della pratica vaccinale va detto che essa vale per i due vaccini in questione e cioè il PRP-T della Merieux e il vaccino triplo Connaught. In una ricerca condotta con un triplo diverso, infatti, i livelli di antiagglutinine antipertosse erano saliti assai meno nel vaccino mescolato che in quello iniettato separatamente.

## LATTE UMANO E ACIDI GRASSI POLINSATURATI

Gli aa hanno cercato di capire se nei lattanti, nati a termine e seguiti fino al 30° mese, l'aggiunta di olio di pesce ricco di ac. docoesanoico (DHA 22-6 omega 3) al latte artificiale costituiva un vantaggio, rispetto ad un latte senza aggiunte, nella maturazione neurologica determinata con i potenziali evocati visivi (PEV).

I bb sono stati confrontati con lattanti al seno: nel latte di donna infatti vi sono livelli più alti di DHA e di ac. arachidonico (18-3 omega 6) che non possono essere prodotti da precursori nei lattanti. Il DHA negli eritrociti era più alto sia nei supplementati che negli allattati al seno rispetto ai non supplementati. Lo studio dei PEV risultava significativamente migliore negli allattati al seno e nei supplementati a 13 (p<0,001 e a 30 mesi (p< 0,01). La ricerca definisce anche che bb allattati al seno per meno di 15 settimane avevano risultati meno buoni di lattanti supplementati o allattati al seno più a lungo. L'ac. arachidonico -non aggiunto- negli eritrociti era più alto nei bb allattati al seno; era più basso negli altri due gruppi ma più basso del tutto era nei bb supplementati con DHA. Nessuna diversità fra gruppi nella crescita, compreso il cranio.

Quanto questo vantaggio perduri nel tempo può essere valutato solo con un adeguato follow up. Unica conclusione possibile per ora: meglio allattare al seno che non. Solo, esclusivamente questo.

*Are long chain polynsaturated fatty acids essential nutrients in infancy? (M. Makrides et al.) Lancet 1995 1463-8*

## PICCOLO GRANDE STICK

Esiste una correlazione fra il PS delle urine al mattino e l'enuresi notturna? Gli aa hanno studiato 47 bb di 3-6 anni. Il motivo della ricerca sta nel fatto che recenti dati suggeriscono che l'enuretico abbia un ritmo secretivo dell'ADH diverso dalla norma e pertanto produca troppa urina di notte.

Gli aa hanno semplicemente testato le urine del mattino con una "striscia" che ha, quanto a PS, una ottima correlazione con le misure osmometriche. Poi hanno correlato il risultato con un questionario sul tempo in cui il b aveva smesso di bagnare il letto. 40 bb su 47 avevano un ps >1020; nessuno di loro bagnava il letto. 7 bb avevano un ps < 1014 e bagnavano il letto. Il ps delle urine è perciò un buon predittore di enuresi. Per questi bb il trattamento più semplice è la limitazione degli introiti liquidi alla sera senza ulteriori indagini.

*Urine concentration and enuresis in healthy preschool children R. Mevorach Bogaert G.A. Kogan B.A. - Arch. Ped. Adolesc. Med. 1995 149-259-62*

## UNA GOCCIA DI SANGUE, UN SEMPLICE MICROSCOPIO

### E...

La diagnosi molecolare di x fragile è possibile, fin dalla scoperta del gene con la PCR o con la ibridizzazione. Gli aa presentano la possibilità di effettuare la diagnosi su striscio di sangue periferico che può essere usato per screenare larghe popolazioni di ritardati mentali e neonati.

La differenza di colorazione dei leucociti (che appaiono come nella colorazione di Giemsa e nei pazienti con X fragile sono ispettivamente diversi) è riferita alla normale o anomala presenza del gene FMRP.

*Rapid antibody test for fragile x syndrome - R. Willaiamsen et al. - Lancet 1995 345 1147-48*



## I BENEFICI SOCIO ASSISTENZIALI CHE SI POSSONO RICHIEDERE PER I BAMBINI E RAGAZZI CON MALATTIE CRONICHE

Breve guida per i pediatri a cura di Marinella Navacchia, assistente sociale presso la A.usl di Cesena.

I bambini e ragazzi con malattie croniche hanno alcuni diritti assistenziali, sia generali che riferiti alle singole malattie. È bene che il pediatra li conosca, sia per avvertire le famiglie che di queste provvidenze non hanno conoscenza sia per dare consigli sulle modalità di ottenimento di questi diritti. Le normative assistenziali relative a tutte le malattie croniche di tipo disabilitante si riferiscono, per i minori di 18 anni, oltre alla nota esenzione dai tickets ed alla gratuità di protesi e presidi sanitari che vedremo in seguito, anche a:

1. INDENNITÀ DI FREQUENZA (legge 289 /1990)
2. INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO ( legge 18/1990)
3. BENEFICI PREVISTI DALLA LEGGE 104/1992 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione ed i diritti delle persone handicappate).

Il requisito di base per ottenere il tipo di assistenza di cui ai punti 1 e 2 è fissato dalla legge 118 del 30 marzo 1971 che disciplina norme e procedure per la richiesta dell'invalidità civile. Detto requisito consiste nella presenza di minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo che comportino una difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni della loro età.

E' intuitivo che in tale definizione entrano a pieno diritto tutti i

bambini con paralisi cerebrale infantile, con sindrome di Down, con fibrosi cistica, con malattie neoplastiche, con gravi forme di artropatie.

Più problematico è fare rientrare in questa definizione altre patologie come la celiachia o il diabete.

Per utilizzare, invece, i benefici della legge 104/1992, che si estendono anche alla famiglia dell'avente diritto, occorre che l'assistito rientri nella definizione di cui all'art.3 della legge che dice "è persona handicappata chi presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

### CARATTERISTICHE DEI BENEFICI

- 1) Indennità di frequenza, in base alla Legge n. 289 del 11.10.90 ( invalidità parziale).

Tale indennità, attualmente di lire 348.795 mensili (limite di reddito personale del minore di lire 4.641.000) è prevista per i minori di 18 anni, nei cui confronti la Commissione Medica per l'accertamento delle invalidità civili della A.U.S.L. di residenza abbia accertato, come si è detto sopra, una difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età e che, a seguito della loro minorazione o malattia cronica, abbiano necessità di trattamenti riabilitativi e/o terapeutici e che frequentino in modo continuativo, o anche periodico, centri terapeutici o riabilitativi, corsi scolastici (dalla scuola materna in poi) o centri di formazione e di addestramento professionale. In sostanza, poiché la legge accomuna i centri di trattamento alle scuole, tale indennità è praticamente goduta da tutti i riconosciuti invalidi, indipendentemente dalle necessità terapeutiche.

Va inoltre notato che, per questo tipo di indennità, la legge non prevede gradi percentuali di invalidità (20%, 40%, etc. fino al 100% come invece capita per gli adulti.

- 2) Indennità di accompagnamento, in base alla Legge n. 18 del 1980 ( invalidità totale).

Tale indennità, attualmente di lire 741.315, viene corrisposta per 12 mensilità, senza limiti di reddito. E' prevista per quei minori per i quali la stessa Commissione Medica dell'A.U.S.L., abbia accertato una invalidità totale. Anche in questo caso, per l'età 0-14 non dà punteggi percentuali di invalidità. Dopo i 18 anni tale tipo di indennità è chiamata "pensione di inabilità". E' da tenere presente che -dopo i 18 anni- una invalidità civile del 100% consente di essere inseriti nel lavoro ma in ambiente protetto.

- 3) Benefici in base alla Legge 104 del 5 febbraio 1992.

La legge, nel suo complesso, prevede molteplici benefici e facilitazioni relativi all'inserimento sociale, scolastico e alla





formazione professionale dei cittadini portatori di handicap. Di particolare interesse sono alcune agevolazioni previste per i familiari. L'art. 33 prevede che il padre o la madre, anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità, abbiano diritto al prolungamento fino a 3 anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro di cui all'art. 7 della Legge 30.12.1971 n. 1204.

Ciò naturalmente a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso Istituti specializzati. In alternativa, la legge prevede 2 ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del 3° anno di vita.

- Dopo il compimento del 3° anno di vita, la madre o il padre, anche adottivi, nonché colui che assiste una persona con handicap o affine entro il 3° grado, convivente hanno diritto a 3 giorni di permesso mensile, fruibili anche in maniera continuativa.

- Il genitore o il familiare lavoratore, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assista con continuità un parente o un affine entro il 3° grado, handicappato, con lui convivente, ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

#### MODALITÀ PER OTTENERE I BENEFICI

##### 1) Indennità di frequenza .

Per richiedere l'accertamento della invalidità civile, il legale rappresentante del minore deve presentare la domanda di visita alla Commissione Medica della propria A.U.S.L. per l'accertamento delle invalidità civili.

La domanda deve essere redatta sull'apposito modulo (che viene chiamato in burocratese "istante minori di anni 18 o interdetti") reperibile presso l'Ufficio invalidi civili della A.U.S.L., presso i Patronati di Assistenza, le Organizzazioni Sindacali e presso i Centri di cura.

- Deve essere accompagnata da una certificazione medica che esprima con chiarezza e precisione la diagnosi della malattia invalidante, rilasciata dal medico curante o dal Centro di cura specializzato.

Il certificato medico deve inoltre contenere la dicitura: "minore con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età".

- Deve essere accompagnata da un certificato di frequenza che attesti la durata della frequenza al Centro specialistico, riabilitativo o della scuola frequentata dal minore.

Il certificato di frequenza deve essere rinnovato ogni anno.

Tale indennità viene sospesa al compimento dei 18 anni a meno che la commissione medica non riconosca una invalidità fra il 74 e il 99%.

##### Istanza di aggravamento.

Per i minori che hanno ottenuto una invalidità parziale, vi è la possibilità di presentare domanda di aggravamento. A tale scopo è necessario presentare una documentazione sanitaria attestante l'aggravamento del quadro clinico sempre alla Commissione Medica esaminatrice della propria A.U.S.L..

##### 2) Indennità di accompagnamento

Le modalità per ottenere la indennità di accompagnamento sono le stesse previste per l'indennità di frequenza.

Il certificato medico, oltre ad esprimere con chiarezza e precisione la diagnosi della malattia, deve contenere inoltre la dicitura: "persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" oppure "persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita". Tale indennità è soggetta a rivedibilità.

##### 3) Benefici della Legge n. 104 del 05.02.1992.

Le modalità per ottenere i benefici sono le stesse previste per le indennità di frequenza e di accompagnamento.

Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, sono effettuati, come nel caso delle invalidità civili, dalle Commissioni Mediche delle Aziende U.S.L. di residenza, integrate da un esperto sulla patologia da esaminare e da un operatore sociale in servizio presso l'A.U.S.L.

#### CHI CORRISPONDE LE INDENNITÀ

Le indennità di cui ai punti 1 e 2 vengono corrisposte dalla Prefettura (Ufficio di Beneficenza e Assistenza Pubblica).

#### CHI ACCERTA E CONTROLLA LE INVALIDITÀ

La legge n. 295 del 15.10.1990 ridà alle Aziende U.S.L. la competenza di accertare e riconoscere le invalidità civili, le cecità e il sordomutismo, attraverso le Commissioni Mediche per l'accertamento delle invalidità civili istituite presso ogni Azienda U.S.L. e che abbiamo più volte sopra citato.

La Commissione, in sede collegiale, deve formulare un giudizio sul grado di invalidità, sia in caso di domande finalizzate ad ottenere provvidenze economiche, sia in caso di domande per usufruire di benefici diversi da quelli in denaro.

Il verbale redatto è sottoposto a controllo dalle Commissioni Mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile, istituite presso ciascuna Provincia (D.L. 6 luglio 1989).

La Commissione Provinciale può, entro 60 giorni, richiedere ulteriori accertamenti, non riconoscere, modificare o rendere esecutive le decisioni della Commissione Medica della Azienda U.S.L.

##### Visita collegiale e diritti del bambino/ragazzo.

Durante la visita collegiale la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico di fiducia.

Contro i provvedimenti della Commissione Medica esaminatrice, l'interessato può, entro 60 giorni dalla notifica, fare ricorso in carta semplice al Ministero del Tesoro.

Se non soddisfatto, il ricorrente può chiedere la tutela dinanzi al giudice ordinario.

La domanda si fa sul modulo di cui si è detto sopra "istante minore di anni 18 ed interdetti" barrando la richiesta di riconoscimento che si vuole ottenere.

Il modulo viene inviato alla Commissione medica per l'accertamento delle invalidità civili. La commissione accerta il diritto. Sulla base di questo si richiedono i benefici di cui si è detto sopra.

#### ALTRI DIRITTI DEI BAMBINI /RAGAZZI CON MALATTIE CRONICHE

1) Forniture di protesi ed ausili in base al decreto Ministero Sanità 30 luglio 1991 e successive modificazioni (approvazione del "nomenclatore tariffario").

##### Benefici

Fornitura gratuita e riparazione, da parte delle A.U.S.L. di residenza, delle protesi e degli ausili tecnici diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualunque causa, contemplati dal nomenclatore.

##### Hanno diritto ai benefici

- i bambini/ragazzi riconosciuti invalidi civili;
- i bambini/ragazzi riconosciuti portatori di handicap;
- i minori di anni 18 che necessitano di un intervento che possa prevenire l'instaurarsi di una invalidità permanente, come ad esempio le patologie dell'apparato locomotore (D.M.S. 28.12.92).

##### Modalità per ottenere i benefici.

È necessaria una prescrizione rilasciata da uno Specialista della A.U.S.L. o da un Centro di cura specializzato. Deve poi esserci la successiva autorizzazione da parte del Servizio Medicina di Base della A.U.S.L. di residenza.

2) Prescrizione multipla di farmaci, in base alla Legge n. 37 del 01.02.1989: "contenimento della spesa pubblica".

Nei confronti di soggetti affetti da patologie croniche, adeguatamente certificate, è abrogato il limite di prescrizione di 2 pezzi per ricetta.

3) Esonero dal servizio Militare in base al D.P.R. 02.09.1985. Il D.P.R. indica:

a) le imperfezioni o le gravi infermità, per le quali si può chiedere la "riforma senza esame personale" accertate ed attestate da istituzioni sanitarie pubbliche (Servizio di Medicina Legale delle A.U.S.L.);

b) le infermità per le quali si può ottenere la "riforma dopo osservazione" negli Ospedali o Centri medico-legali dell'Esercito.

##### Modalità per ottenere l'esonero.

L'interessato dovrà richiedere al proprio medico o al Centro di cura specializzato presso il quale è in cura una dettagliata relazione medica da presentare al Distretto Militare.

Per i malati di fibrosi cistica è sufficiente allegare alla domanda di esonero la certificazione attestante la patologia, redatta dal proprio Centro specialistico di cura (Legge 548 del 23 dicembre 1992 art. 8).

#### NORMATIVE SOCIO -ASSISTENZIALI A TUTELA DI BAMBINI/RAGAZZI AFFETTI DA PARTICOLARI MALATTIE CRONICHE

##### 1) Celiachia

Fonte del diritto: D.M.S. 01.07.1982 "assistenza sanitaria integrativa ai prodotti dietetici".

Il medico di fiducia può prescrivere i prodotti dietetici per celiaci, per un fabbisogno non superiore, di volta in volta, a 30 giorni e per le quantità stabilite dalla legge.

I prodotti dietetici vengono erogati gratuitamente, in regime di assistenza diretta.

Il decreto stabilisce che la patologia deve essere accertata da una struttura ospedaliera od universitaria.

##### 2) Diabete

Fonte del diritto: Legge 115 del 16.03.1987 (G.U. del 26.03.87) "disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito".

La Legge conferisce alle Regioni compiti di prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito attraverso l'istituzione di:

- Servizi specialistici diabetologici, secondo parametri in relazione alla densità della popolazione e alla incidenza della malattia diabetica;

- Servizi di diabetologia pediatrica in numero pari ad uno per Regione, salvo condizioni di maggiore necessità;

- Servizi di diabetologia a livello ospedaliero.

I cittadini muniti di una tessera personale hanno diritto, su prescrizione medica, alla fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici di cui all'art. 3 del D.M.S. del 08.02.1982 e di ogni altro eventuale presidio sanitario ritenuto idoneo allorché vi sia una specifica prescrizione e sia garantito il diretto controllo dei servizi di diabetologia.

I servizi di diabetologia sono deputati alla prescrizione.

##### 3) Fibrosi Cistica

Fonte del diritto: Legge 548 del 23.12.1993 (G.U. n. 305 del 30.12.93) "disposizioni per la prevenzione e la cura della Fibrosi Cistica".

La Legge ha inteso dare una soluzione ai molteplici problemi connessi al trattamento della Fibrosi Cistica.

In base alla legge le Regioni hanno l'obbligo di istituire un Centro Regionale Specializzato di riferimento, con funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e di riabilitazione dei malati nonché di orientamento e coordinamento delle attività sanitarie, sociali, formative ed informative sulla malattia.

Le A.U.S.L. di residenza devono fornire gratuitamente "il materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario per l'aerosolterapia (anche ultrasonica), l'ossigenoterapia, l'antibiotico-terapia, la fisiochinesiterapia e la riabilitazione, la terapia nutrizionale enterale e parenterale e quanto altro ritenuto essenziale per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati di Fibrosi Cistica".

La prescrizione di tutto quanto la legge consente deve essere fatta dal Centro Regionale che ha in carico il paziente anche se di Regione diversa da quella di residenza.



## IL TELEFONO NELLA PRATICA PEDIATRICA:

### SPUNTI DA UN'INCONTRO REGIONALE

Prendendo spunto dagli incontri fra pediatri e infermieri, denominati "Sirmione", abbiamo deciso di affrontare a livello regionale il problema del telefono, di primaria importanza per tutte le componenti dell'equipe pediatrica. Per questo si è deciso di non limitare l'incontro alle sole équipes ospedaliere, ma di aprirlo anche ai pediatri di base. L'incontro è stato guidato da un tutor, esperto di relazioni di gruppo. Ogni reparto era rappresentato in modo significativo sia nella componente medica che in quella infermieristica; Riferirò gli spunti essenziali dell'incontro. Nell'introduzione, fatta dal coordinatore, è stato sottolineato che per rispondere al telefono bisogna essere competenti, in quanto il telefono richiede abilità privilegiando un senso ma escludendo tutti gli altri. Intelligenza, sensibilità personale oltre ad una adeguata motivazione, aiutano ad elaborare atteggiamenti e comportamenti adatti. Nella comunicazione telefonica ha molta importanza il *paraverbale*: la competenza comunicativa si consolida quando si diventa capaci di vedere e di conoscere solo con l'orecchio. Ciò significa cogliere i segnali minimi prodotti all'altro capo del filo e calibrare con delicata attenzione i propri. Una serie vasta di "indizi vocali" fanno comunicazione, oltre le parole. Essi vanno dal tono della voce (arrochita dall'emozione o acutizzata dalla stizza, abbassata dalla depressione o affievolita dallo stress), al ritmo di produzione delle parole, dalle interiezioni (beh, cioè, sì..., sì., capisco..., mah), ai piccoli raschiamenti di gola, in genere sintomatici di difficoltà espressive. Tutto il paraverbale è strettamente correlato con le emozioni che rivela. La competenza comunicativa al telefono implica attento governo professionale della propria espressività. Un tono di voce calmo, un volume relativamente basso e una velocità espressiva media (oltre alla ovvia comprensibilità relativa dei contenuti) sono le caratteristiche espressive maggiormente gradite negli ambienti professionali. Esse facilitano l'ascolto e la ricezione. Nelle risposte

al telefono un buon paraverbale si accompagna ad altri segnali di attenzione, accettazione ed empatia (mi dica... capisco... in che senso? e poi cosa è successo?... sì mi rendo conto... cerchi di farmi capire meglio... le farò alcune domande per rendermi meglio conto... certo... certo... è chiaro...). Un altro aspetto importante è costituito dalla "flessibilità linguistica", la capacità cioè di interagire verbalmente con diversi tipi di interlocutore. Chi telefona è infatti diverso anche a causa dei suoi personali modi di esprimersi attraverso le parole: privilegia un certo lessico, uno stile grammaticale particolare, certi esempi e certe immagini. Questi modi vanno colti nelle loro sfumature, a questi modi va risposto in modo compatibile e simile: rispondere in dialetto a chi parla in dialetto, essere semplici con chi mostra un vocabolario limitato, essere articolati e complessi con chi mostra precisione e chiarezza espressiva.

Altri "amici" di chi risponde al telefono sono rappresentati dalla *concentrazione*, dalla *cordialità*, dall' *organizzazione* e dalla *riformulazione* che serve per approfondire, per ottenere materiale informativo ulteriore: si riprende ciò che è stato detto e si invita a dire di più della stessa cosa.

Il medico legale ha sottolineato alcune caratteristiche della prestazione telefonica:

- l'utente ha diritto a richiedere delle prestazioni attraverso il telefono (consigli, visita domiciliare);

- per legge una consulenza telefonica, qualora verta su decisioni diagnostiche o terapeutiche, dovrebbe essere sempre seguita dalla visita medica. L'incontro è stato preceduto da un questionario cui hanno risposto 130 operatori, sia ospedalieri, appartenenti a 15 reparti (48% di infermieri e 38% di pediatri), sia pediatri di base (14% delle risposte). I punti più salienti delle risposte sono rappresentati da:

- tutti gli operatori hanno imparato a rispondere al telefono "con la pratica", eventualmente integrata da istruzioni (pubblicazioni, testi, congressi);

- il pediatra di base riceve le telefonate quasi sempre per problemi acuti, probabilmente perché i consigli e le informazioni vengono dati nel corso dei controlli ambulatoriali, mentre il pediatra ospedaliero risponde in pari misura per problemi legati alla malattia cronica, per consigli e per istruzioni;

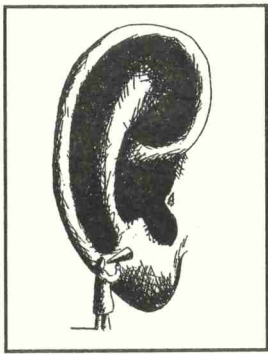
- il numero delle telefonate è in genere basso per il pediatra ospedaliero (il 73% ne riceve meno di 10 al giorno) e discreto per il pediatra di base (53% più di 10);

- il 33% dei pediatri di base e il 14% dei pediatri ospedalieri passano più di un'ora al telefono;

- secondo gli infermieri, un quinto delle telefonate che essi ricevono, avviene in qualità di segretari dei medici; secondo i medici, questa percentuale sarebbe di appena la metà: ammettendo che entrambe le risposte siano in buona fede - e non abbiamo motivo per non crederlo - resta probabilmente il diverso peso con il quale il problema è sentito, nel senso che chi riceve già troppe telefonate relative ai pazienti, si sente oberato dalle telefonate di carattere non sanitario.

Nella seconda parte dell'incontro i partecipanti si sono divisi in tre gruppi, a loro scelta, ed hanno discusso su tre temi preparati dal coordinatore: *comunicare al telefono*, *aspetti legali*, *organizzazione del reparto e telefono*. Quindi un rappresentante di ogni gruppo ha riferito all'assise completa le conclusioni emerse nel proprio gruppo, stimolando le riflessioni di tutti i partecipanti e del coordinatore. I tre gruppi hanno prodotto idee e domande. Nell'area dei problemi medico-legali, è uscita una serie di interrogativi: l'infermiera in teoria non dovrebbe fornire consigli e né il medico, né l'infermiera possono fare diagnosi e terapia telefonica. Questo è quello che sta scritto, ma si può, in questa situazione legislativa di estrema incertezza, aiutare l'utente con dei consigli, premettendo che una diagnosi e una terapia corretta andrebbero fatte solo dopo una visita diretta del paziente. Per quanto riguarda l'organizzazione del servizio telefonico, è stato ribadito che le domande relative ad appuntamenti andrebbero gestite da una persona fissa, in una fascia oraria giornaliera.

Mario Canciani



informazioni per genitori e pazienti

# INGESTIONE DI PIANTE VELENOSE

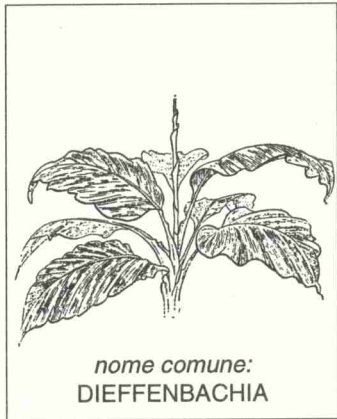
di Monica Pierattelli

Nelle case sono sempre più spesso presenti piante che possono rappresentare un serio pericolo per i bambini.

Alcune di esse infatti possiedono un TOSSICITA' LOCALE, cioè provocano irritazioni, bruciore e gonfiore in quelle parti del corpo con le quali vengono a contatto e una TOSSICITA' GENERALE se vengono ingerite; sono cioè in grado di dare anche gravi sintomi quali vomito, diarrea, difficoltà respiratoria fino al coma.



nome comune: CROTON

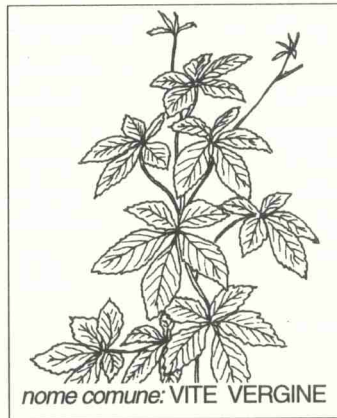


nome comune: DIEFFENBACHIA

Molte piante da appartamento e molte da giardino hanno un veleno che si concentra non solo nelle bacche rosse e nere, così invitanti per i piccoli alla scoperta del modo circostante, ma anche nelle foglie, nei bulbi, nelle radici.



nome comune: FILODENDRO

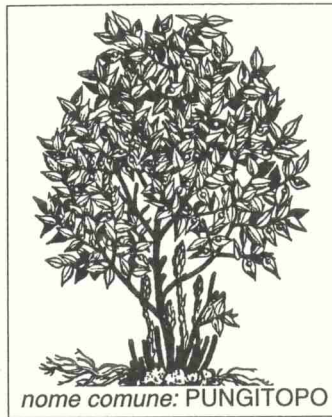


nome comune: VITE VERGINE

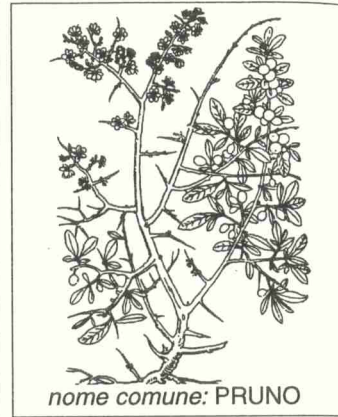
La quantità di tossina varia nelle diverse parti della pianta e varia a seconda del periodo dell'anno e non tutti i bambini hanno la stessa sensibilità al veleno: esiste comunque una correlazione fra quantità consumata e gravità degli effetti. In linea di massima si può dire che gli effetti sono tanto più gravi quanto più piccolo è il bambino.

Spesso i genitori si accorgono che il bambino ha mangiato un pezzo di una pianta perchè trovano tracce di questa in bocca o perchè trovano le bacche nella piccola mano stretta a pugno.

In questo caso bisogna conservare la pianta incriminata e chiamare il Centro Antiveleeni più vicino.



nome comune: PUNGITOPO

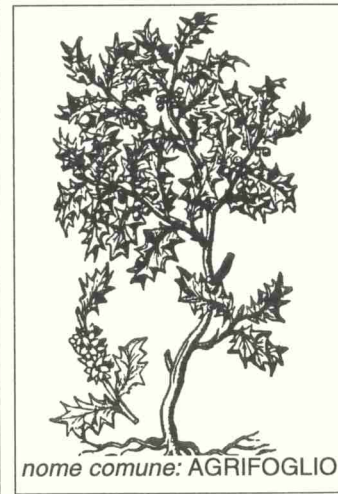


nome comune: PRUNO

Nella maggior parte dei casi può essere indicato indurre il vomito ma nei casi più severi può essere necessario ricorrere al Pronto Soccorso della zona.



nome comune: DAFNE



nome comune: AGRIFOGLIO

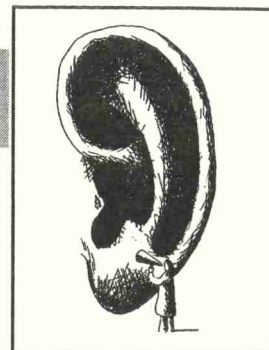
## CENTRI ANTIVELENI

Bologna 051/333333  
Genova 010/352808  
La Spezia 0187/ 533296  
Milano 02/66101029  
Roma 06/490663  
06/3054343

Firenze 055/4277238

P. Socc. Osp. Maggiore  
Osp. S.Martino  
Ospedale Civile S.Andrea  
Osp. Niguarda  
Università, Policl. Umberto I  
Univ. Cattolica, Policl. A. Gemelli

Policlin. Careggi



## PIANTA

## PARTE VELENOSA

## SINTOMI

Agrifoglio Brionia	bacche di colore rosso e foglie bacche di colore arancione e rosso (e radici)	nausea, vomito, diarrea, sonnolenza e convulsioni vomito, diarrea, convulsioni, abbassamento della temperatura corporea
Caprifoglio	bacche di colore rosso e nero	vomito, diarrea, dilatazione della pupilla, contrazioni muscolari, tachicardia, sopore, coma
Croton	foglie	diarrea, vomito, gonfiore della lingua e della mucosa della gola
Daphne	bacche di colore variabile (giallo, rosso, marrone e nero) e tutta la pianta	bruciore del cavo orale, salivazione, sete, vomito e diarrea con sangue, convulsioni, depressione cardiocircolatoria, 10 bacche possono essere mortali per un bambino
Dieffenbachia, Caladio, Filodendro	lattice presente in tutta la pianta	forte bruciore e gonfiore di gola e lingua, si può arrivare al soffocamento; il lattice è estremamente pericoloso se messo a contatto con gli occhi;
Dulcamara	bacche di colore verde a rosso vivo (e il resto della pianta)	dolori addominali, vomito e diarrea, dilatazione della pupilla, allucinazioni, convulsioni, coma, tachicardia
Erba morella	bacche di colore da verde a viola-nero (e il resto della pianta)	nausea, vomito e dolori addominali, diarrea, dilatazione della pupilla, tachicardia, delirio, convulsioni e coma
Fitolacca	frutti di colore verde o rosso o viola-nero (e le radici)	sete, vomito, dilatazione della pupilla, aritmie
Prunus lauroceraso	tutta la pianta ad esclusione della polpa e del frutto	avvelenamento come da cianuro: convulsioni e nei casi più gravi morte
Pungitopo Ricino	Bacche rosse semi di colore arancione con la punta nera	vomito, diarrea e dolori addominali dopo diverse ore dolori addominali, diarrea con sangue, tossicità a carico del rene (3-4 semi masticati possono provocare la morte del bambino)
Alloro	frutti simili al ribes nero, foglie e semi	cefalea, vertigini, vomito, cute arrossata, dispnea e coma
Glicine Aconitum e fiorcappuccio	semi di colore bruno, contenuti nei baccelli tutta la pianta	dolore addominale, vomito e diarrea LETALE: pizzicore e bruciore in bocca, alle dita delle mani e dei piedi, sudorazione, torpore e senso di freddo >> diarrea dolorosa, vomito, tachicardia, midriasi>> morte per insufficienza cardiaca o respiratoria in poche ore
Stramonio	baccelli di colore verde che contengono semi (e tutta la pianta)	rossore del volto, secchezza delle fauci, dilatazione della pupilla, aritmie, allucinazioni, delirio, convulsioni e coma
Vischio Vite del Canada	bacche di colore perlaceo frutti	agitazione e, nei casi più gravi, arresto cardiaco vomito, diarrea e convulsioni

Attenzione: i semi di alcuni frutti (albicocche, pesche) nel bambino piccolo possono, già in numero di 2-5, dare un'intossicazione mortale per liberazione di acido cianidrico.

## COSA FARE NEL BAMBINO CHE SI È ACCIDENTALMENTE PUNTO CON AGO (INFETTO?)

In questo promemoria, schematicamente diviso per punti, sono elencate le misure appropriate di comportamento che il pediatra può tenere nei riguardi di un bambino o di un ragazzo che si è punto con un ago di provenienza sconosciuta, con il quale è venuto casualmente a contatto in un luogo pubblico. L'articolo è un sunto rielaborato da *Pediat.Infect.Dis.J.* 1995.14. 254-5.

1) Valutare prima di tutto lo stato immunitario del bambino o ragazzo in relazione alle vaccinazioni effettuate. Qualora il ciclo per l'epatite B o il tetano non sia completo è bene completarlo. Vi è un generale accordo fra gli esperti a non somministrare immunoglobuline in un ragazzo che è incompletamente vaccinato per epatite B.

2) L'epatite A può essere trasmessa da sangue infetto di tossicodipendenti, ma l'infezione da HIV contratta da puntura con siringhe abbandonate è descritta molto raramente: la somministrazione di immunoglobuline sembra perciò non essere necessaria. Se si vuole in ogni caso profilassare il ragazzo, si iniettino 0.02 ml/kg di Ig e si controllino gli anticorpi anti HAV dopo 30 gg.

La somministrazione di Ig dopo due settimane dalla puntura non trova più indicazione.

Il recente consensus presso l'Istituto Superiore di Sanità sulla vaccinazione anti-epatite A (2-3 maggio 1995) non ha incluso questa condizione fra gli eventi che la suggeriscono.

3) Non esistono strumenti di protezione contro l'epatite C ma sembra che il rischio d'infettarsi tramite aghi sporchi sia basso anche se fra i tossicodipendenti l'infezione è ubiquitaria.

La ricerca sierologica dell'infezione va fatta subito e dopo sei mesi. I test da usare sono il RIBA 2 (che testa gli anticorpi anti HCV) e se positivo l'HCV-RNA (PCR). Non ci sono prove che le IG siano utili nella prevenzione perciò non sono indicate.

4) Il timore più grande dei genitori è l'infezione da HIV.

Il rischio è piccolo, soprattutto per la fragilità del virus e non vale certo la pena di porsi il problema della profilassi con farmaci che invece viene proposto al personale infermieristico che si è bucato con aghi sicuramente infetti.

Secondo gli AA dell'articolo, negli infermieri che si sono bucati con un ago *sicuramente* infetto la probabilità d'infezione, va da uno ogni 42.000 ad uno ogni 417.000 esposizioni! Per aghi insicuramente infetti la probabilità è molto minore. Secondo il Red Book 1994 invece (pg 257) la probabilità fra il personale infermieristico è dello 0,3%, cioè molto maggiore.

Discussa è la necessità, e soprattutto i tempi, di eseguire esami. L'approccio più aggressivo propone il test a tutti, subito e dopo

tre e sei mesi. Sembra però che il test "subito" sia da fare solo se c'è il dubbio che il ragazzo sia già infetto al momento del trauma, cosa veramente assai improbabile. Sarebbe più ragionevole perciò eseguire un test solo dopo sei mesi. In letteratura però (*Lancet* 1995 vol. 345 pg 1634) è riportata una sieroconversione dopo otto mesi dalla ferita da ago. E' curioso che in Francia la sieroconversione sia considerata "malattia professionale da incidente sul lavoro" solo se avviene fra la 4<sup>a</sup> settimana ed il 6° mese dalla ferita accidentale.

Il test da utilizzare è comunque quello immunoenzimatico di seconda generazione, in uso in pratica in tutti i laboratori; non è il caso di utilizzare quelli di maggiore sofisticazione.

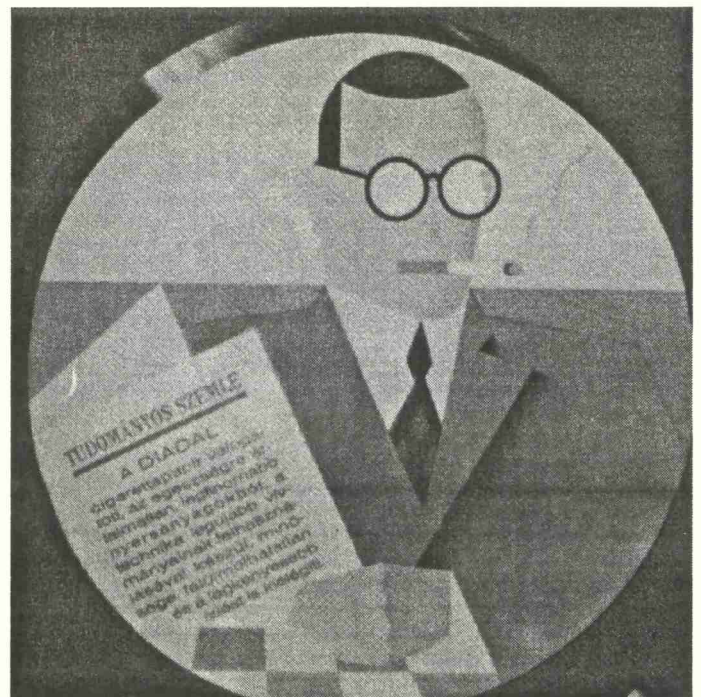
Qualche genitore chiede di eseguire esami sull'ago (o sulla siringa) con i quali il ragazzo si è punto.

Il test viene effettuato da qualche laboratorio ma è tecnicamente infido: è da sconsigliare.

Non è assolutamente indicato che al ragazzo vengano imposte restrizioni comunitarie di qualsiasi tipo nei sei mesi d'osservazione.

*PS. Se qualcuno, interessato ad iniziative di educazione sanitaria, vuole ricevere materiale sull'argomento della prevenzione delle lesioni da siringhe, può chiederlo (costa solo sei dollari) al seguente indirizzo:*

AIDS PREVENTION PROJECT.  
TACOMA-PIERCE COUNTY HEALTH DEPARTMENT.  
3629 SOUTH "d" STREET. TACOMA: WA 98408 (Usa)



# UNA CATENA UMANA DI PEDIATRI

Questo Editoriale di *The Lancet* è di quelli da non perdere e rappresenta un'autorevole messa a punto sulle attuali conoscenze scientifiche in tema di benefici dell'allattamento materno in termini di salute e nel contempo un forte richiamo per tutti gli operatori sanitari sull'importanza della promozione della sua pratica. E le prime righe dell'articolo evidenziano molto bene questi due aspetti: "L'immunizzazione è la medicina preventiva per eccellenza. Se si scoprisse un nuovo vaccino capace di impedire la morte di 1 milione o più di bambini ogni anno e se per di più questo vaccino fosse a buon mercato, sicuro, somministrabile per via orale e se non richiedesse la catena del freddo, diventerebbe immediatamente un imperativo di salute pubblica. L'allattamento materno potrebbe fare tutto questo, ed anche di più, ma necessita la propria "catena di solidarietà", cioè cure speciali e specializzate che infondono fiducia nelle madri e che mostrino loro in che modo procedere, e che tutelino contro pratiche nocive. Se questa catena di solidarietà è andata perduta per cultura, oppure è difettosa, deve essere riassetata a cura dei servizi sanitari."

Viene poi proposta una lista di benefici dell'allattamento al seno per la salute della donna (limitazione della fertilità, del cancro ovarico, e del seno) e del bambino (prevenzione della sepsi neonatale, delle infezioni intestinali, toraciche, dell'orecchio e dell'apparato urinario). E se è vero che nei paesi del terzo mondo il rapporto costo/benefici si misura in termini di mortalità (gli allattati artificialmente hanno 14 possibilità in più di morire per diarrea rispetto agli allattati al seno e 4 volte in più per polmonite) è altrettanto assodato che nei paesi industrializzati i bambini allattati artificialmente necessitano di cure ospedaliere fino a 5 volte in più. Ed è poi da considerare che sono sempre più numerosi i lavori che ipotizzano l'associazione tra malattie a comparsa più tardiva (anche nell'età adulta) e il mancato allattamento materno (diabete, sclerosi multipla, ecc.).

L'Editoriale si sofferma ancora sulle cause del declino dell'allattamento al seno; e tra quelle ipotizzate quali l'evoluzione sociale, l'influenza commerciale e le pratiche sanitarie prende in esame queste ultime, richiamando l'attenzione sul fatto che proprio in questo settore la catena della solidarietà, della protezione e dell'assistenza si è spezzata. E difatti le pratiche ormai conosciute come dannose (separazione dei neonati dalle madri, restrizioni nella durata e nella frequenza dell'allattamento, l'aggiunta di bevande diverse dal latte materno) sono ancora profondamente radicate nei reparti di maternità; ed al contempo non vengono intraprese quelle iniziative benefiche quali l'aiuto alle madri per allattare non appena pronte (se possibile entro un'ora dal parto) e per trovare la posizione giusta per i neonati durante l'allattamento e l'assicurare che i consigli dati siano coerenti con gli aiuti che, tra l'altro, devono essere forniti da personale competente. E proprio quest'ultimo è un punto cruciale: esiste un personale sanitario formato per queste specifiche competenze? ".....la maggior parte degli operatori sanitari non hanno acquisito le conoscenze e le tecniche relative a questa realtà nel corso della loro formazione di base

*e....la maggior parte dei responsabili non ritengono che sia necessario cambiare questo stato di cose e non sono disposti a fornire né una formazione né il tempo necessario ad aiutare le madri".*

Molto spesso una madre che ha difficoltà ad allattare riceve una fredda assicurazione che l'insuccesso non ha importanza ("il latte artificiale è altrettanto buono") piuttosto che una catena di solidarietà. "La promozione deve essere più chiara e più forte di quanto sia stata".

L'OMS e l'UNICEF hanno promosso un'iniziativa mondiale denominata "Baby friendly hospital initiative"; ma per completare la catena di solidarietà e difendere l'allattamento materno, bisogna lavorare anche fuori dalle maternità. Bisogna coinvolgere tutti gli operatori impegnati nelle cure pre e postnatali (alla donna ed al bambino) nell'area delle cure primarie e dei servizi comunitari; e per fornire questo tipo di cure necessitano di uno specifico addestramento. Proprio per questo l'OMS e l'UNICEF hanno messo a punto pacchetti di formazione di 18 e 40 ore per gli addetti sanitari.

Come sappiamo dalla ricerca nazionale dell'ACP sull'odierna tendenza alla pratica dell'allattamento al seno la situazione italiana è poco confortante, come dimostrato dalla bassa prevalenza nell'avvio e nella durata (a 6 mesi) dell'allattamento al seno. I messaggi contenuti in questo prezioso Editoriale sono sin troppo chiari.

La stragrande maggioranza dei bambini ospitati nei reparti di maternità e che poi arrivano al pediatra di base sono, per fortuna, sani. Il lavoro principale per chi si occupa di questi bambini deve essere la salvaguardia del loro benessere, aiutando la madre in ogni modo perché garantisca loro un allattamento naturale; avendo sempre ben chiaro che l'allattamento artificiale non è la stessa cosa.

Ed un'ultima considerazione: a pensarci bene è veramente incredibile che si sia arrivati sino al punto che le madri abbiano perso una "competenza innata" quale è l'allattamento del proprio figlio; sono bastati 70 anni (l'avvio dell'era del biberon) per stravolgere una pratica che si tramandava da circa mezzo milione di anni!

Jelliffe (1972) avverte: "Le conseguenze di un cambiamento così rapido sono ancora poco conosciute".

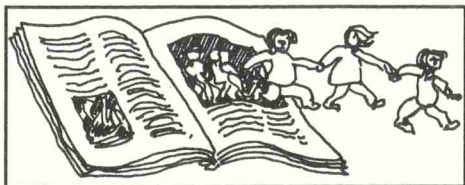
**A warm chain for the breastfeeding. THE LANCET, 344, 1239, 1994.**

Sergio Conti Nibali

## BANCHE DEL LATTE IN AMERICA

In America dopo la grande paura dei primi anni '80 legata alla diffusione dell'AIDS si assiste a un nuovo boom delle banche del latte. Queste sono ormai attrezzate per spedire in ogni angolo degli States migliaia di confezioni di latte umano impacchettato e conservato con ghiaccio secco. Il boom delle banche del latte è in linea con le scoperte sulla insostituibilità del latte materno

ANSA 23 Agosto 1995



## IL PEDIATRA E IL BAMBINO A RISCHIO SOCIALE

*un primo resoconto del Convegno di Napoli*

*Il convegno dedicato al bambino a rischio sociale, che si è tenuto a Napoli nel maggio scorso, può essere considerato a pieno titolo il primo in Italia in cui le problematiche di una parte così consistente della popolazione infantile hanno trovato una chiara evidenza. Gli organizzatori e i relatori hanno affrontato il problema, consapevoli delle difficoltà e dell'inadeguatezza che le singole professionalità hanno nell'analizzare il fenomeno e nel proporre soluzioni efficaci. Pur tuttavia, molti strumenti di analisi e di comprensione e anche modelli operativi sono stati concretamente proposti. In attesa della pubblicazione degli atti ci è parso utile offrire ai lettori un primo resoconto (ne seguiranno almeno altri due) del dibattito e delle analisi affrontate in quella sede.*

*P. Siani e G. Cirillo*

Il resoconto che segue può essere letto più utilmente all'interno di uno schema - indicato con i seguenti capitoli:

1. le dimensioni del rischio sociale
2. caratteristiche del disagio e indicatori di comunità (indicatori economici - sociali - sanitari);
3. segnali del disagio e indicatori individuali (alla nascita - nelle patologie correnti - nelle patologie croniche - a scuola);
4. la dimensione psicorelazionale del disagio sociale (fattori e profili di rischio - la famiglia multiproblematica);
5. L'intervento adeguato (individuale - sperimentazioni operative di comunità - sperimentazioni operative nella scuola);
6. le politiche sociali (le leggi - i regolamenti - la messa in rete).

Il primo resoconto riguarda parte dei primi tre capitoli.

Secondo la dott.ssa Paola Di Nicola, sociologa presso l'Università del Molise, per bambino a rischio sociale si può considerare quel bambino che non riesce a trarre dall'ambiente (socioculturale in senso ampio) tutte le risorse atte ad un suo armonico e pieno sviluppo psicofisico e relazionale. L'incapacità può essere

dovuta al bambino, nei casi rari di handicap gravi, che precludono il rapporto con l'ambiente, oppure più frequentemente a carenze dell'ambiente. Il concetto di carenza riferito all'ambiente è relativo nel senso che:

- non tutti i bambini sono uguali: le loro capacità di risposta agli stimoli dell'ambiente sono molteplici, nel senso che ci sono bambini che pur vivendo in ambienti a rischio riescono a superare la soglia dell'adolescenza e della maturità senza conclamate patologie;

- l'ambiente è dimensione complessa e articolata, la sua eventuale carenza non sempre è assoluta: la povertà materiale non sempre è unita a povertà affettiva;

- la definizione di ambiente ottimale e di converso di ambiente a rischio è sempre un prodotto sociale, "funzione" di quelle che sono le caratteristiche socioculturali della società di riferimento e delle sue modificazioni; alcune situazioni che nel passato erano considerate a rischio, oggi non lo sono più (ad esempio la nascita illegittima non è più uno stigma sociale e nei fatti nascere al di fuori del matrimonio non è più di per sé fonte di rischio sociale). I fattori che contribuiscono a definire l'area del rischio sociale, riferita all'infanzia, sono:

- una distribuzione sempre più polarizzata delle risorse materiali tra i diversi gruppi sociali con relativa crescita della distanza tra garantiti e non garantiti. In questi anni si è passati da una società in cui la mancanza di risorse era maggiormente diluita tra i diversi gruppi sociali, ad una situazione in cui tale condizione è sempre più circoscritta entro fasce sociali marginali della popolazione. Poiché la qualità della vita dell'infanzia dipende dalla qualità della vita della sua famiglia, per quanto tendenzialmente più circoscritte permangono condizioni di rischio sociale per la popolazione infantile;

- l'attenzione crescente con cui la società dei garantiti guarda ai nuovi bisogni (relazionali, affettivi etc.) fa sì che la non soddisfazione di tali bisogni configuri situa-

zioni di rischio. Poiché nella società contemporanea l'area relazionale per eccellenza del bambino è costituita dall'area delle relazioni familiari, la famiglia entra a pieno titolo come fattore potenziale di rischio. Si può quindi affermare che nella società contemporanea i problemi dell'infanzia sono problemi familiari, nel senso che eventuali difficoltà si spiegano come conseguenza dell'incapacità funzionale della famiglia di adempiere al suo ruolo, oppure sono il risultato della debolezza e della fragilità strutturale della famiglia (povertà, emarginazione). La società di fronte a situazioni di rischio interviene sempre ex post, quando in pratica il problema si è già manifestato; quando la famiglia ha già fallito l'intervento è per lo più punitivo, invadendone la privacy, sottoponendola a controllo. La società che almeno formalmente tiene tanto alle nuove generazioni, sembra incapace di gestire e controllare il rischio. Tale incapacità è tra l'altro riconducibile al fatto che non è maturata, né a livello individuale né collettivo, la consapevolezza che condizioni di rischio sociale per l'infanzia sono costi sociali, perdite per tutta la collettività, misurabili non solo dalle risorse che bisogna mettere in campo una volta che il rischio si è trasformato in un problema eclatante ma anche dal fatto che si consegnano al futuro generazioni imperfette, fragili, già destinate all'emarginazione e questo in un momento storico come l'attuale in cui, proprio per una questione di equità generazionale, non ci si può più permettere il lusso di allevare "generazioni a perdere". Non si può negare però che negli ultimi 30-40 anni c'è stato un lento e progressivo miglioramento nelle condizioni di vita del bambino. Nell'arco di questi anni infatti ci sono stati:

- una significativa riduzione del tasso della mortalità infantile;
- una riduzione e, in alcune aree, la scomparsa del lavoro minorile;
- un ampliamento dei tassi di scolarizzazione nella fascia di età 6-13 anni;
- un calo dei minori istituzionalizzati;
- una diminuzione dei bambini in stato di abbandono.

Pur tuttavia, secondo il rapporto Istat 1994 della "Commissione d'indagine sulla povertà e sull'emarginazione" nel





1993 vivevano in Italia 2.232.000 famiglie (6.462.000 soggetti) pari al 10,7% (11,3%) della popolazione italiana in condizione di povertà. Indipendentemente dai metodi utilizzati e dalle diverse stime conseguenti, pur in assenza di informazioni specifiche relative all'infanzia, possono essere comunque fatte alcune osservazioni: Ad essere più colpite sono le famiglie con minor numero di occupati: nelle famiglie con due occupati il tasso di povertà è del 5%, in quelle senza alcun occupato il tasso sale al 12,5%; le famiglie in cui lavorano entrambi i genitori rappresentano quasi il 50% nel Nord e solo il 28,4% nel Sud e il 21,5% nelle isole. Ad essere più colpite sono le famiglie con capofamiglia con scolarità inferiore: al nord la quota di capofamiglia analfabeti o privi di titolo di studio è del 50% ma essi rappresentano il 25,7% delle famiglie povere; i dati sono sovrapponibili nel Centro e nel Sud (in quest'ultima area i capifamiglia privi di titolo di studio sono il 18% del totale). Pertanto una rilevante parte della popolazione infantile nel mezzogiorno d'Italia e nelle periferie della grandi città del nord vive in condizioni di disagio economico e sociale. A Napoli circa il 33% dei nati ogni anno ha la madre che non ha completato la scuola dell'obbligo. Nella tab. 1 vengono riportati i dati della mortalità infantile per grado di istruzione della madre e area geografica. Si rileva chiaramente che la mortalità infantile è inversamente proporzionale, in tutte le aree del paese, alla scolarità materna. Se poi si analizzano i dati della crescita staturale, a seconda del titolo di studio, si rileva come la statura finale sia direttamente proporzionale alla scolarità a testimonianza del fatto che la scolarità rappresenta l'indicatore di un disagio economico che si riflette sullo stato nutrizionale e sui processi di accrescimento.

La relazione tra condizione di disagio e fattore di rischio non costituisce automaticamente un'associazione causale in quanto possono sussistere importanti condizioni di disagio senza che il bambino presenti indicatori di rischio sociale. Pertanto, il dr Baronciani si è chiesto nella sua relazione quanto pesa la disuguaglianza in relazione alla morbilità. La risposta è che non esistono dati correnti su indicatori di disagio sociale e malattie croniche; si può

ipotizzare che relazioni esistano rispetto a due varianti del problema:

1. una serie di patologie possono essere messe in relazione in modo indiretto allo stato sociale; potrebbe essere il caso di patologie quali l'asma (fumo passivo, inquinanti ambientali) o l'obesità, senza naturalmente dimenticare le malattie infettive;

2. la diversa condizione sociale può influire pesantemente sulla qualità delle cure, in termini di accesso alle stesse ed in termini di compliance rispetto alle terapie. Potrebbe essere questo il caso di malattie quali il diabete e le malattie croniche in generale.

L'analisi dei motivi che fanno sì che esista un'associazione tra indicatori di disagio e peggiore stato di salute della popolazione genera due ipotesi, tra loro non mutuamente esclusive:

- le differenze sono principalmente dovute ai comportamenti e alle abitudini personali oltreché al tipo di occupazione e esposizioni professionali; vi sarebbe quindi una diversa esposizione ai fattori di rischio nelle diverse classi sociali;

- le differenze sono determinate dal fatto che la modalità d'uso dei servizi variano a seconda del livello di istruzione. Il rischio di avere un ricovero in Pronto soccorso o di avere una malattia in stadio più avanzato cresce regolarmente con la riduzione degli anni di istruzione.

A tal proposito il gruppo ACP Campania ha illustrato due studi originali sui ricoveri ricorrenti in un ospedale di Napoli e sull'uso dei servizi.

Per quanto riguarda l'uso dei servizi sono stati seguiti per 1 anno 333 bambini di

cui il 31,2% (104) a rischio sociale (istruzione dei genitori inferiore alla licenza elementare, abitazione precaria etc.). I risultati sono stati che: il rischio sociale non influenza né la morbilità in un anno (indipendentemente dall'età) né la rilevanza dei problemi sanitari, mentre influenza fortemente l'uso dei servizi. I bambini con almeno un indicatore di rischio utilizzano l'ospedale 2 volte in più rispetto ai bambini non a rischio; quelli con più di 1 indicatore di rischio hanno un RR 20 volte maggiore di utilizzare l'ospedale piuttosto che i servizi di base, indipendentemente dalla rilevanza del problema sanitario e dall'età.

A conferma di ciò la ricerca condotta presso il Dipartimento di pediatria dell'azienda Cardarelli di Napoli ha mostrato che i ricoveri multipli hanno raggiunto nel corso del 1993 il 12,2% di tutti i ricoveri e che la residenza in aree socialmente depresse è fortemente legata al fenomeno del ricovero ricorrente.

Da questo primo resoconto si possono trarre le seguenti conclusioni:

1. La dimensione del disagio infantile in Italia è rilevante,
2. la famiglia è l'unica vera responsabile del disagio o del benessere del bambino,
3. la società è deresponsabilizzata e interviene a posteriori per le sanzioni,
4. il pediatra viene frequentemente a contatto con il bambino a rischio sociale ma non sa affrontare il problema sanitario in un contesto sociale più ampio,
5. la famiglia a rischio sociale utilizza l'ospedale come luogo privilegiato per l'assistenza del proprio bambino a scapito dei servizi primari.

Tab 1.  
Mortalità infantile per grado di istruzione della madre e area geografica (tassi per 1.000)

	LAUREA	MEDIA SUP.	MEDIA INF.	ELEMENTARE
ANNI 80-81				
NORD	9,0	9,7	13,1	13,3
CENTRO	8,1	10,5	13,1	14,2
SUD-ISOLE	10,6	12,2	14,2	20,0
ITALIA	9,4	10,8	13,5	17,5
ANNI 87-88				
NORD	4,3	6,8	8,3	11,0
CENTRO	8,6	7,2	10,6	12,3
SUD-ISOLE	9,0	8,6	9,9	14,7
ITALIA	7,1	7,6	9,4	13,8

Fonte: Relazione Sanitaria Nazionale 90-91 da Baronciani: "rischio e disagio nella popolazione infantile italiana: uno sguardo agli indicatori". (Napoli, Il pediatra e il bambino a rischio sociale.)



## 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 pervenire,

## I S c r i z i o n i e r i n n o v i

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.

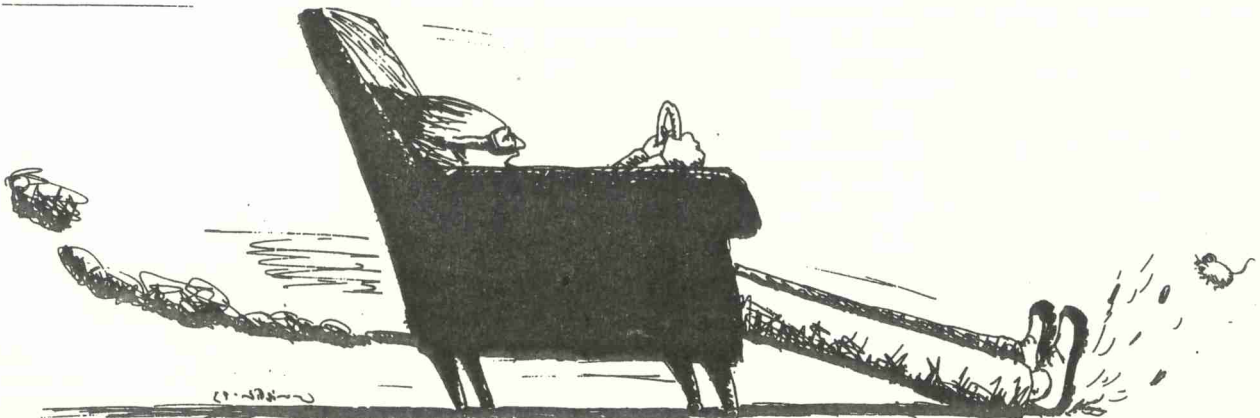
L'iscrizione all'ACP dà diritto a ricevere i "Quaderni" e i vari supplementi, per un totale di 6 numeri all'anno (esenti da sponsor ..."impegnativi"), inviati bimestralmente; e su questo dobbiamo spendere qualche parola:

*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 rivolgersi 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

## XI GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA DI BASE

Perugia, 15 - 17 settembre 1995

## II CORSO DI FORMAZIONE A METODICHE VALUTATIVE PER PEDIATRI OSPEDALIERI

Cesena, 5 - 7 ottobre 1995

## VII CONGRESSO NAZIONALE ACP

Tabiano ( Parma), 13 - 15 ottobre 1995

## SEMINARIO RESIDENZIALE "SIRMIONE SETTE"

Cannaviè (Ferrara), 19 - 21 ottobre 1995

## VII MEETING DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI RICERCA IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Zurigo, 4 - 5 novembre 1995

## CORSO RESIDENZIALE PER PEDIATRI DI COMUNITÀ

Perugia, 9 - 11 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.**