

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore. Tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, che pubblica prevalentemente articoli sulla pediatria ambulatoriale e generalistica, per lo più di aggiornamento, ma anche su esperienze personali o di gruppo, o di riflessione, o di casistica ("Perché si sbaglia", "Rubrica iconografica" "Oltre lo specchio"), o di politica sanitaria, sono sicuramente molto graditi.

□ Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice:

**Medico e Bambino**, via S. Caterina 3,  
34122 Trieste. Tel 040 / 3728911  
Fax 040 / 7606590

È possibile l'invio anche per e-mail:  
[redazione@medicobambino.com](mailto:redazione@medicobambino.com)

□ Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura), oltre le illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni). Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. La bibliografia va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta, poiché spesso perdono leggibilità se inviate in rete.

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore. Le lettere saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. Per le lettere è opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario, senza modificare la sostanza del contenuto.

### Bizzarrie

Nella mia ASL si sta mettendo in atto una forma particolare di disobbedienza civile: i genitori di numerosi bambini che devono essere sottoposti a vaccinazione richiedono - sulla scorta di non so quali indicazioni diffuse da non so quale medico, a nome di non so quale associazione - di effettuare uno studio dello HLA per riconoscere i soggetti a rischio di reazioni immunologiche avverse. C'è qualche ragionevolezza, qualche verosimiglianza, qualche premessa scientifica per una richiesta di questo genere? e quale può essere la posizione del pediatra di base nei riguardi di queste richieste bizzarre?

**Alberto Calligaris, Tolmezzo**

*Sono vecchio, ma il mondo non finisce mai di stupirmi. Certamente si stupirebbe anche questo medico strambo, se qualcuno lo accusasse di fanatismo, o di integralismo, o di fondamentalismo, anche questo vigilante, che probabilmente si considera un salvatore dell'umanità; e magari si indignerebbe pure. Ognuno ha diritto alle sue opinioni; ma, mi domando come un genitore accetti di sottoporre un lattante di 3 mesi a un prelievo di sangue, non sempre facile; a una puntura "in più"; il tutto per prevenire un rischio statisticamente inesistente. Né vedo come un Servizio Sanitario Nazionale possa sopportare un comportamento di questo genere da parte di un operatore convenzionato. Né vedo come un operatore convenzionato (intendo un pediatra di libera scelta o un medico generalista) possa accettare di collaborare con questa richiesta. È vero che il caso Di Bella, una vera frana della moralità popolare (ma anche della moralità della classe medica), ci ha gettati in una situazione di smarrimento, di perdita "del lume della ragione" o "della bussola"; di quella bussola che è la medicina basata sull'evidenza.*

*Non è possibile che un medico, in scienza e coscienza, faccia quello che vuole: perché la coscienza potrà anche essere una cosa inventata dagli uomini per far finta di non essere animali, ma la scienza è e deve essere un sistema di conoscenze e di leggi condivise. Se uno non le condivide, si pone fuori dalla scienza; e, se è medico, fuori dalle regole del suo mestiere. E porsi fuori dalle regole del mestiere vuol dire fare della malpractice.*

*Non so cosa dire, e non so cosa fare. Preferisco di molto la posizione degli "obiettivi", l'abolizione della obbligatorietà, la depenalizzazione del rifiuto di vaccinare i figli, a questo tipo di abuso strisciante: nei riguardi della gente, che viene disinformata fino all'inganno; del Servizio Sanitario, che viene derubato e tradito; della legge,*

*che viene intralciata; della comunità medica, i cui principi vengono violati.*

**F.P.**

### Conflitto d'interessi fra industria farmaceutica e medici in USA

Su uno degli ultimi numeri del *New England Journal of Medicine* (338, 101-6, 1998 dell'8 gennaio) è comparso un lavoro dal titolo inquietante: "Il conflitto d'interessi nel dibattito sui calcio-antagonisti", frutto di una ricerca collaborativa fra studiosi canadesi e statunitensi.

Ormai risulta chiaro che in ogni parte del mondo è presente un'interazione fra medici e aziende farmaceutiche, estesa a tutti i nuovi farmaci e non solo ai calcio-antagonisti: si sa ormai da tempo che l'industria farmaceutica fornisce anche in USA un notevole supporto finanziario sia all'educazione medica che alla ricerca. L'articolo si propone di esaminare quale sia l'estensione con la quale questo sostegno da parte dell'industria farmaceutica viene a influenzare l'opinione e il comportamento dei laureati in medicina e chirurgia. Fino a oggi vi sono in letteratura poche prove scientifiche che i medici si lascino influenzare dalle promozioni delle aziende farmaceutiche: tuttavia in USA sono state raccolte prove che la richiesta da parte dei medici di aggiungere particolari farmaci alle farmacie interne degli ospedali si associa spesso a un'interazione fra medici e industria farmaceutica.

D'altra parte, e questo avviene anche da noi, alcune novità sui farmaci sono apprese dal medico dopo un colloquio con l'informatore scientifico delle ditte farmaceutiche, per cui sembra logico che, di fronte a una raggiunta trasparente convinzione, il medico inserisca nel proprio ricettario quei farmaci di cui gli è stato parlato di recente. In Italia la dipendenza informativa dei medici pratici dall'industria farmaceutica è resa ancora più evidente dal ridotto numero di riviste, dalle quali il medico possa apprendere le reali, obiettive novità in campo farmacologico. La letteratura medica internazionale è ormai talmente vasta che è veramente impossibile per un medico conoscerla tutta, se non per ristretti campi d'interesse specialistico. Sembra quindi logico ammettere che debba esistere un colloquio fra medico e informatori scientifici delle industrie farmaceutiche, nella reciproca libertà e nel reciproco rispetto.

Il valore dell'articolo consiste proprio nello studiare i rapporti non fra medici pratici e industrie farmaceutiche, ma nel ricercare questi rapporti fra clinici e ricercatori da un lato e industria dall'altro. Gli

Autori, per chiarire questi legami, partono da un esame approfondito sul recente dibattito sorto intorno alla sicurezza degli antagonisti dei canali del calcio (i cosiddetti calcio-antagonisti), perché esso offre l'opportunità di esaminare l'effetto dei conflitti finanziari d'interesse.

Sono esaminate le ricerche, comparse nella letteratura medica fra il marzo 1995 e il settembre 1996, riguardanti le controverse sulla sicurezza dei calcio-antagonisti. Gli articoli sono stati suddivisi fra quelli che ne sostenevano l'uso, quelli che mantenevano una posizione neutrale e quelli che assumevano una posizione critica. Gli Autori degli articoli sono stati interrogati sulle loro relazioni finanziarie sia con i produttori di antagonisti dei canali del calcio che con le industrie produttrici di farmaci concorrenti, come i beta-bloccanti, gli inibitori dell'enzima convertente l'angiotensina, i diuretici e i nitrati. Gli Autori hanno esaminato, nella preparazione dell'articolo, le posizioni assunte negli articoli scientifici sulla sicurezza degli antagonisti dei canali del calcio con le relazioni finanziarie tenute dagli stessi Autori con le ditte farmaceutiche.

Gli Autori che sostengono l'uso degli antagonisti dei canali del calcio hanno più spesso, in confronto a quelli che hanno assunto posizioni neutre o critiche, rapporti finanziari con le industrie farmaceutiche che producono antagonisti dei canali del calcio (96%, contro il 60 e il 37%) ( $p < 0,001$ ). È risultato inoltre che i sostenitori degli antagonisti dei canali del calcio avevano, più spesso degli altri, rapporti con le industrie farmaceutiche, indipendentemente dal tipo di antagonista prodotto (100%, contro 67% e 43%, con un  $p < 0,001$ ).

Gli Autori concludono con questa affermazione, che non lascia via di scampo: «I nostri risultati dimostrano una forte associazione fra posizioni pubblicate degli Autori sulla sicurezza degli antagonisti dei canali del calcio e i loro rapporti finanziari con le industrie farmaceutiche. La professione medica necessita di sviluppare una più efficace politica sul conflitto d'interessi. Noi sosteniamo una completa conoscenza delle relazioni con le industrie farmaceutiche per i clinici e i ricercatori che scrivono articoli che riguardano prodotti farmaceutici».

Parole dure e decise che ci debbono far riflettere.

**Giorgio Bartolozzi, Firenze**

*Parole dure, ma che ciascuno di noi, anche prima di conoscere il lavoro, sapeva corrispondere a verità. Perché la realtà non può essere diversa.*

*L'industria farmaceutica è certamente*

*il massimo polo del potere in Sanità. Diciamo pure, per equità, che è, nello stesso tempo, un polo di potere e di progresso.*

*Il potere (e a maggior ragione il potere trainante del progresso) ha sempre avuto i suoi vassalli; e non è possibile che non li abbia, perché li produce naturalmente, anche al di fuori di un'azione di corruzione diretta, consapevole, organizzata (che pure è inevitabile che esista).*

*Che sia così, noi lo dobbiamo sapere, e lo sappiamo. L'industria non può essere "non-profit" e non può non obbedire alle leggi e allo stesso istinto di autoconservazione che ha ciascuno di noi, come essere vivente e come professionista, e che mantiene anche in vita le stesse strutture in cui lavoriamo, dall'Ospedale al distretto, all'Università, al Mario Negri, al Sistema Sanitario nel suo complesso.*

*Con questa consapevolezza dobbiamo saper leggere l'informazione (quella medica come quella politica) e muoverci criticamente nel progresso. «Chi è senza peccato scagli la prima pietra», ma anche: «Ognuno sia candido come la colomba e astuto come il serpente».*

**F.P.**

## Vaccinazioni e omeopatia: ragioni e torti

Poiché anche a pag. 8, 18 e 38 del numero di giugno '97 noto ben tre accattivanti inserzioni riguardanti l'omeopatia ("business is business", vero?), mi sembra opportuno sottoporre alla Vostra competenza (e molto spesso saggia) attenzione - in fotocopia allegata - un articolo redazionale pubblicato sul numero 4 del luglio-agosto '97 della rivista *Medicina naturale* che ricevo regolarmente per cordiale, anonimo omaggio (NDR: l'articolo riporta la sentenza della Corte di Cassazione dell'11 giugno '97 che stabilisce che non commette reato chi si rifiuta di ottemperare all'obbligo vaccinale; "applicando in senso favorevole alla scelta dei genitori l'articolo 32 della Costituzione che sancisce che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"; inoltre cita una serie di osservazioni non accoglibili, nemmeno con beneficio d'inventario, sui rischi e sui danni vaccinali, e conclude affermando per contrasto "l'attualità della medicina omeopatica, e del suo metodo sperimentale e clinico, come medicina realmente preventiva").

Gradirei che vi soffermaste in particolare sulla citata recente sentenza della Corte di Cassazione, che avrebbe stabilito che non commette reato chi rifiuta di sottoporre i propri figli all'obbligo vaccinale. Ma è mai possibile che si possano disat-

tendere impunemente le leggi vigenti, ossia non far praticare le vaccinazioni obbligatorie per legge? Ma cosa mai c'entra l'articolo 32 della Costituzione (che semmai, mi sembra, affermi proprio il contrario)?

**Vittorio Piccini, Milano**

*Mi scuso del ritardo col quale pubblico la Sua lettera. Alla sua non velata critica su "business is business" devo rispondere con una storia forse un po' noiosa, ma necessaria per chiarire il punto di vista di Medico e Bambino sull'argomento.*

Sul numero 7 di Medico e Bambino dello scorso anno è stata pubblicata, con relativa risposta, una lettera sull'omeopatia a firma De Luca, Gregory, la Torre, Saponara, Tonarelli (la risposta alla mia risposta di allora è ospitata in questo numero, subito sotto). Avevo appena finito di scriverla, quand'eccoti non eccoti, sfogliando il numero 6 di Medico e Bambino, appena uscito, mi sono trovato davanti a un inserto pubblicitario dove stava scritto a lettere di scatola: **OGGI UN MEDICO PUÒ DIRSI AGGIORNATO SE NON CONOSCE L'OMEOPATIA?** Poiché, a mio modesto avviso, lo può senz'altro (e anche trascurando questo tipo di pensiero fa comunque fatica a mantenersi aggiornato sulla medicina "classica"), e poiché dunque questa domanda retorica si poneva in troppo forte contraddizione con la linea della Rivista, legata da sempre, anche troppo devotamente, all'idea di una medicina basata sull'evidenza, così per elementare coerenza, pur avendo sempre rispettato la disciplina di non interferire con la gestione commerciale della rivista, ho dovuto scrivere all'editore che si trattava di una espressione pubblicitaria per me inaccettabile. L'editore, a sua volta, ha ritenuto di dover comunicare alla Scuola Triennale di Omeopatia che non poteva mantenere quella linea pubblicitaria "essendo il Professore (io) contrario alla medicina omeopatica".

Ora io, forse per debolezza di carattere, non sono "contrario" al pensiero di nessuno; solo alla prepotenza, anche intellettuale. E se avessi messo un veto solo perché personalmente "contrario", sarei stato anch'io colpevole di prepotenza. Io spero che si capisca la differenza tra "esser contrario" e "non condividere"; e anche tra "non condividere" e "vietare l'espressione di un'opinione non condivisa". La rivista, credo, è sempre stata attenta (e anche rispettosa: vedi l'editoriale di questo numero) alle opinioni che non condivide e addirittura che non comprende. Ma diversa cosa dall'essere rispettosi è ospitare una propaganda incompatibile col proprio progetto culturale.

E veniamo al tema della obbligatorietà delle vaccinazioni.

*È un tema che accende i medici, quasi quanto il tema dell'omeopatia. E non per caso, i due argomenti si ritrovano a volte mescolati, e tendenzialmente quelli che sono in favore dell'una sono contro l'altra e viceversa (i "verdi" contro l'obbligatorietà delle vaccinazioni e in favore dell'omeopatia; i "rossi" su posizioni opposte, tutti come se si trattasse di una guerra di religione). In effetti, sembra una guerra di religione, in cui si confrontano atteggiamenti dell'animo, posizioni inflessibili, verità rivelate. Personalmente (non impegno l'opinione del gruppo redazionale) penso che ognuno "debba" collocarsi (valutare da che parte stia non la ragione ma il peso maggiore delle ragioni); ma anche che ciascuno "debba" cercar di capire "le ragioni dell'altro". Dico subito che io sono fortemente (ma non indiscriminatamente) in favore di una politica vaccinale, e penso che questa debba essere eguale per tutti (o per definite popolazioni a rischio) e non opzionale. Penso però anche che sia semplicistico identificare questa scelta con l'obbligatorietà. Penso comunque che il panorama della salute sia tanto dinamico (e, purtroppo, così diverso nel mondo) da sconsigliare di assumere posizioni "inossidabili" o delle leggi "inflessibili". La vaccinazione antivaolo era obbligatoria fino a pochi anni fa; ora non esiste più. La vaccinazione antipolio è ancora Sabin, tra pochi anni diventerà Salk e tra altri pochi probabilmente sarà obsoleta. La vaccinazione antipertosse era salva-vita (e pericolosa); adesso non è più salva-vita (e non è più pericolosa). Gli effetti "ecologici" delle vaccinazioni vengono assumendo dei contorni che sarebbe sbagliato trascurare. L'atteggiamento generale (a parte i movimenti "irrazionali" inevitabili in una società complessa) è sempre più largamente favorevole alle vaccinazioni, anche facoltative (vedi la copertura sempre più estesa per il morbillo), anche a pagamento (vedi Hib), sicché il ricorso all'obbligatorietà è certamente meno cogente che nella prima metà di questo secolo, e potrebbe perfino essere controproducente.*

*Insomma, l'ho fatta lunga; e non Le ho dato la risposta che mi chiedeva, solo un po' di "food for thinking" (che ciascuno è libero di considerare una nuova marca di cibo per i cani). Non sono capace di meglio; mi perdoni.*

F.P.

## De Omeopatia

Nel ringraziarLa per la Sua cortese risposta, che possiamo condividere solo in parte, Le chiediamo di concederci, al solo scopo di fare cultura e informazione, di entrare, in maniera il più possibile conci-

sa, proprio nel "merito culturale" del pensiero omeopatico. Nella precedente ci siamo limitati a far constatare come quotidianamente nel nostro paese, e ogni anno percentualmente in maggior numero, migliaia di bambini vengano curati, per lo più da medici di base e di comunità, per le più svariate patologie con rimedi omeopatici. Non una mamma - l'omeopatia -, ma una Cenerentola che sta crescendo. Crediamo che questa bella rivista che fa da anni cultura per i pediatri, sia il forum più idoneo per tenere in considerazione il pensiero e lo sforzo culturale di una seppur esigua minoranza di colleghi, senza aver la pretesa di convincere chicchessia, perché comunque, sia ben chiaro, niente rinneghiamo della nostra preparazione universitaria e allopatrica che utilizziamo altrettanto quotidianamente, soprattutto per la diagnostica, più che per la terapia (ad esclusione delle urgenze, anche per i risvolti legali).

A un'analisi superficiale può sembrare che sia lo spirito della New Age o la voglia di "naturale" della gente ciò che suggerisce a tanti colleghi la prescrizione di rimedi omeopatici ai loro piccoli pazienti.

Non crediamo sia semplicemente questo: l'esigenza di un certo numero di pediatri e della gente parte da qualcosa di più profondo che ritroviamo proprio nelle radici culturali e storiche del pensiero omeopatico; convinzioni che oggi trovano sempre maggiori conferme proprio nel campo scientifico. Dovremo parlare di fisica dei quanti, della teoria del caos, dell'autorganizzazione dei sistemi, di termodinamica non lineare, di superconduttività, dello studio dei microtubuli, dello studio dei solitoni, della teoria di De Broglie sul dualismo onda-materia, degli studi di alcuni premi Nobel come Ilya Prigogine, David Bohm, Paul Davies; delle teorie di Fritzjov Capra. Non è questo il luogo, possiamo solo affermare che la fisica sta spiegando proprio quello che è l'approccio terapeutico all'omeopatia, cioè l'approccio energetico.

Le regole fondamentali dell'omeopatia possono essere così precisamente riassunte:

1. La cura col simile - *Similia similibus curentur* - la legge di similitudine.
2. Evidenziazione del rimedio in quanto tale - di natura vegetale, animale o minerale - a seguito di studi tossicologici e rigorose sperimentazioni patogenetiche su individui sani.
3. Ottenimento del rimedio con processi sequenziali di diluizione e dinamizzazione. È proprio questa specificità di preparazione che carica di "potenza" il rimedio naturale.
4. Impiego della dose infinitesimale: tanto più la sostanza è diluita e dinamizzata

tanto più profondamente entra in similitudine col soggetto.

La soppressione di questo nuovo sintomo produce però subito il successo terapeutico n.2, e così via. Qui ci troviamo di fronte a uno spostamento di sintomi - quella che noi chiamiamo *traslatio morbis* -, e con la forte specializzazione raggiunta dalla medicina vediamo pazienti vagare alla ricerca della salute da uno specialista all'altro. Questi sono i limiti della terapia chimica-molecolare che sviluppa sì una relazione utile che elimina l'effetto, ma con la sospensione del farmaco il problema ritorna, cioè la sua azione non sopravvive nel tempo.

In questo senso, Prof. Panizon, nell'ambulatorio di tutti i giorni soffriamo, con le cure allopatriche: la frustrazione dell'eczema che non guarisce ma viene soppresso, dell'asma che non guarisce ma viene soppresso, delle otiti che recidivano nonostante le cure antibiotiche ecc.; e così facendo, di soppressione in soppressione la salute globale del nostro bambino, del nostro adolescente, del nostro uomo peggiora investendo piani sempre più profondi del suo organismo.

C.G. Jung scrive: «Considerare la malattia visibile è niente, se il nostro sguardo non abbraccia l'intero individuo non si potrà sperare di avere una guarigione da un trattamento che considera i soli sintomi, si potrà ricercare solo un trattamento che tratti la personalità totale».

Perché ci affacciamo al terzo millennio con la previsione di un uomo su tre ammalato di cancro? Perché il 38% dei farmaci prescritti, dati italiani 1995, è costituito da psicofarmaci: antidepressivi, ansiolitici? Il pediatra che somministra per anni l'antistaminico o il cortisonico per cercare di controllare l'asma o l'eczema, o antibiotici per ogni banale faringite virale, l'ipnoinducente o l'antispastico per far dormire il lattante, dovrebbe chiedersi, secondo noi, più spesso se fa vera cura o solo soppressione di malattie che non avviano l'organismo a vera guarigione.

Siamo davvero sicuri che l'accanimento terapeutico di *non nocere*, di migliorare il livello "complessivo" di salute dei nostri pazienti? Siamo sulla strada giusta o dobbiamo ancora tanto comprendere e imparare, con umiltà sulla natura? Noi preferiamo quando è possibile, e lo è nella stragrande maggioranza dei casi, - anche se non riusciamo a curare tutto e a tutti i costi - somministrare i rimedi che derivano dal divino disegno della natura: *Aconitum*, *Belladonna*, *Apis*, *Mercurius* e circa altri 3000 fino a oggi sperimentati per riequilibrare il livello non solo fisico ma anche emozionale e mentale del bambino ammalato, comunque ci sforziamo di insegnare ai nostri pazienti un uso corretto e meno

consumistico del farmaco. Insegnava Paracelso: «Ciò che concorda con la natura rimane ed ha forza, ma ciò che non concorda con essa è un labirinto che non ha ingresso, né uscita sicura».

R. Allandy ha scritto: «Quando la medicina avrà compreso la problematica affettiva ed istintiva della malattia vedrà la crescita del suo campo di azione, perché dietro l'affettività e l'istintività troverà la problematica metafisica dell'uomo».

In questa prospettiva di ricerca e di integrazione fra le diverse medicine ci auguriamo si apra il terzo millennio per costruire una Medicina a dimensione per l'uomo.

per l'A.P.O.I.  
(Associazione Pediatri Omeopati)  
Dott. Carlo Tonarelli

*Una parte della mia risposta (che riconsosco non necessaria) a questa lettera è contenuta nella risposta precedente, alla lettera del dr Piccini. Un'altra parte è contenuta nell'editoriale di questo numero su questo tema. Un'altra parte ancora è contenuta nella risposta alla prima lettera (giugno 1997). Qualcosa mi vieta di entrare, su questa rubrica, in un discorso (che in altra sede mi sentirei di fare) di confutazione dell'omeopatia, confutazione che considererei scientificamente legittima se si riuscisse a non farla con spirito manicheo. Nei "Confronti" di quest'anno (dicembre) ci sarà uno spazio per "confrontarsi" anche su questo tema. Ma ancora una volta mi toccherà la parte del moderatore che di nuovo mi vieterà di assumere il ruolo (troppo rischioso o troppo comodo, a seconda dei punti di vista) di chi sceglie una parte.*

F.P.

## Lo specializzando in ambulatorio

Ci sembra utile tentare di fare il punto sul tirocinio di formazione dello specializzando in pediatria presso l'ambulatorio del pediatra di libera scelta (PLS), a distanza di tre anni dalla conclusione del Corso di Formazione per tutor in Pediatria Ambulatoriale (Gargnano, 27-29 ottobre 1994), che è stato organizzato congiuntamente dalle cliniche universitarie pediatriche e dai pediatri di base di Monza, Verona, Padova, Trieste (*Medico e Bambino* 7, 7-22, 1995; *RIP* 21, 762-769, 1995; *Quaderni ACP* 3/4, 34-37, 1995).

L'esperienza che abbiamo condotto nell'area monzese è iniziata cercando di rispettare le indicazioni teorico-pratiche emerse dal corso di Gargnano. Ha visto il

coinvolgimento (a rotazione) dei 5 pediatri che avevano partecipato al corso, cui si sono associati 3 pediatri operanti a Bergamo.

Il tirocinio è stato considerato come momento di formazione obbligatoria, e ha interessato tutti gli specializzandi (10) del IV anno della Scuola di Specializzazione in Pediatria (indirizzo Pediatria Sociale e Puericoltura) per gli anni accademici 1994/95, 1995/96, 1996/97.

Gli "accessi" presso l'ambulatorio del PLS per singolo specializzando sono stati circa 30. È indicativamente stata rispettata la "check-list" di argomenti di apprendimento che era stata concordata durante il corso di Gargnano mentre, nel rispetto di alcune obiezioni emerse durante il corso sopracitato, non sono state utilizzate (a parte il primo anno) alcune delle schede di valutazione proposte (valutazione dello specializzando da parte del PLS, e valutazione del PLS da parte dello specializzando).

Si è provveduto al termine degli anni accademici a una riunione congiunta PLS, specializzandi e coordinatore dell'esperienza, da cui sono emerse considerazioni che di seguito riassumiamo:

□ l'esperienza del tirocinio è stata giudicata unanimemente positiva, e da proseguire nel tempo;

□ è auspicabile che il tirocinio non venga svolto all'ultimo anno del Corso di Specializzazione (lo specializzando sta concludendo la sua esperienza con la preparazione della tesi e spesso svolge anche altre attività didattiche o di ricerca; talvolta è meno motivato a imparare argomenti che ritiene già di conoscere); meglio quindi sarebbe poterlo anticipare, eventualmente al II e III anno;

□ il tirocinio potrebbe essere anche spezzato in due periodi, per una più facile gestione e per consentire una maggiore varietà di osservazione di problemi clinici;

□ qualora si verificassero condizioni ideali, si potrebbe pensare a una partecipazione diretta dello specializzando ad altri momenti del lavoro del PLS (organizzazione degli appuntamenti, visite domiciliari, contatti in ospedale con colleghi ospedalieri, colloqui con consulenti ecc.);

□ sempre, qualora le situazioni lo consentissero, si potrebbe prevedere una frequenza continuativa dello specializzando (una sorta di full-immersion), ad esempio tutti i giorni per una settimana, al fine di responsabilizzarlo maggiormente, fornendogli una visione più vicina ai reali problemi del lavoro clinico-ambulatoriale;

□ data la disponibilità del PLS, e l'attuale scarsa presenza di specializzandi in pediatria, si può prevedere di estendere ai medici "interni" in pediatria l'opportunità del tirocinio;

□ le "schede di valutazione" non sono sembrate strumenti realmente efficaci in grado di riassumere un giudizio sull'esperienza, quanto piuttosto sono apparse come adempimenti burocratici di scarsa utilità pratica; si pone comunque un problema di valutazione quanti/qualitativa del tirocinio;

□ più utile è apparso fare il punto al termine del tirocinio (perché non anche durante lo stesso?) tra PLS, specializzandi e coordinatore del Gruppo di lavoro, per cercare di esprimere un giudizio sull'andamento dell'esperienza e migliorarne alcuni aspetti;

□ sicuramente da estendere e migliorare è la parte che riguarda l'organizzazione di incontri su argomenti e aspetti clinici, organizzativi ecc., che sono stati affrontati durante lo svolgimento del tirocinio;

□ va ridefinito il riconoscimento da parte dell'Università del lavoro didattico formativo svolto dal PLS.

Amoretti, Bettinardi, Caso,  
Marengoni, Meregalli, Nova,  
Venturelli, Vignati  
Pediatri di libera scelta  
di Monza e Bergamo

Barzaghi, Gervasoni, Strada  
Specializzandi in Pediatria

Perletti, Acerbi  
Divisione di Pediatria, Melegnano

Masera, Ghitti  
Clinica Pediatrica, Monza

*L'esperienza della didattica in sede terrioriale, con affidamento ai pediatri di famiglia, in questi anni si è progressivamente radicata, ed è stata ovunque vissuta come positiva. Il suo limite strutturale è dato, paradossalmente, dal basso numero degli specializzandi che comporta il coinvolgimento di pochi pediatri di famiglia come tutor (è quindi un processo formativo che tiene in disparte la maggior parte della pediatria di famiglia). Il suo limite contingente è dato dalla limitatezza a poche sedi (anche se, sicuramente, altre hanno percorso, nel frattempo, lo stesso cammino; Firenze è una di queste). L'ultima difficoltà è data dalla difficoltà di organizzare, seguire e rendere produttivo questo originale processo formativo, e questo contribuirà a limitarne la diffusione.*

F.P.

## Dall'America Latina per i forzati della Tabella XVIII

Il problema della didattica è sempre interessante. Praticamente ogni medico do-

vrebbe sentirsi coinvolto nel processo educativo, anche quando non lavora direttamente nel campo universitario. Forse ci siamo dimenticati che nel passato il nostro titolo accademico era *Medicinae Universae Doctor*. Il *Doctor docet*, cioè insegna; dunque ogni dottore è comunque un docente.

Io conosco personalmente il Dott. Luigi Greco già da molti anni, da quando ho frequentato i corsi della scuola di Specializzazione del Prof. Salvatore Auricchio. Ora sono molto lontano da questa realtà, sia per la distanza geografica (vivo in America Latina, in Bolivia, e lavoro come medico e missionario nella campagna tropicale dell'Amazzonia boliviana) sia per la distanza temporale (mi sono laureato a Napoli nel 1980).

Dopo molti anni di lavoro, anche il governo boliviano ha riconosciuto il mio lavoro come medico, e sono pagato ogni mese con il salario di base.

Quest'anno ha ricordato anche tutti i pediatri della mia zona, Beni, che usufrui-

ranno di corsi speciali.

Ma voglio tornare all'argomento della Nuova Tabella. Ho studiato, come ho detto, dal 1974 al 1980 a Napoli, dopo di che ho frequentato la scuola di Specializzazione in Pediatria.

Ho molti ricordi di Napoli, della Facoltà, del Prof. Auricchio, dei dottori Greco, Vairo, Troncone, De Ritis ecc. In quanto straniero ho trovato il corso di studi interessante.

Erano gli anni della contestazione, gli anni di piombo. Non si dovrebbe dimenticare che la nostra bella Italia poteva diventare la terra delle Brigate Rosse (vi ricordate del sequestro e dell'assassinio di Aldo Moro e della sua scorta?). Tutto questo si respirava anche in ambiente universitario. In molte cose lo studente si trovava solo, ed era già un miracolo laurearsi in 6 anni (5 anni e una sessione).

Dopo molti anni ho visitato la Pediatria di Napoli. Con molta gioia ho incontrato Luigi Greco, il Prof. Auricchio, che mi hanno presentato alcuni nuovi specializ-

zandi in Pediatria, che mi sono sembrati molto meno lasciati a se stessi di come lo eravamo noi. L'abbandono che abbiamo vissuto per molti non è stato recuperato, mentre oggi vedo maggiore attenzione alla vita pratica del medico.

Io, personalmente, ho praticato tutti questi anni la medicina fuori dell'Italia. Sono stato tre anni in Madagascar, dove ho incontrato la medicina francese, e per il resto sono vissuto in paesi di lingua spagnola. In occasione di una visita al mio paese di origine (la Repubblica Ceca) ho conosciuto anche i professionisti di quel paese.

Da quanto vi ho raccontato potrete forse capire il motivo della mia lettera. Vorrei prima di tutto ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato durante il corso di laurea e la Specializzazione, soprattutto i medici già citati. Ma vorrei anche invitare i medici "Tabellati" a non perdere la speranza.

**Giovanni Palacky, Bolivia**