

Vaccinare, vaccinare, vaccinare

Il numero 7 del '96 ha dato spazio a contributi in tema di vaccinazioni: la "denuncia" dei colleghi di Acquaviva delle Fonti, la disamina di Rosati e Baccheruci. In entrambi i casi, un comune denominatore: la latitanza dei tanti, la necessità di un maggiore impegno. Ritengo utile segnalare, in termini di contributo, quanto stiamo realizzando nell'AUSL Foggia 1. Stralcio e riassunto da una lettera del suo Direttore Sanitario, dr Marino Marela, inviata all'Assessore alla Sanità della Regione Puglia e p.c. al gruppo di studio sulle vaccinazioni della ACP di Monopoli, dottor Salerno: «Nell'ambito del programma di Medicina Scolastica 96/97, coordinato dal pediatra del consultorio familiare del distretto sanitario N1, ha trovato spazio il Progetto "Le vaccinazioni, un impegno in termini di cultura", basato su incontri-dibattito in tutte le scuole di ogni ordine e grado, gestiti dal pediatra consultoriale e dai medici scolastici, e su un concorso a premi riservato a tutta la popolazione di San Severo, articolato su un disegno a tema per gli scolari delle elementari e su uno scritto per gli scolari delle medie; tutto ciò per motivare tutta la popolazione attraverso una informazione quanto più capillare possibile. Al tempo stesso stiamo attivandoci per l'acquisto dei vaccini facoltativi per DPT-acellulare, anti-HIB, influenza, MRP (e HAV per le categorie a rischio), la cui distribuzione verrà preceduta dalla massima pubblicizzazione, con manifesti, incontri, coinvolgimento dei servizi, dei medici di Medicina generale e dei pediatri di libera scelta».

Se mi si consente, un solo commento: è drammaticamente fondata la considerazione sulle "pari opportunità", ma resta innegabile l'attualità del giudizio di Marcello Piazza: ancora oggi, tra noi pediatri, si contano non pochi "don Abbondio" che non giovano alla ... causa.

Nicola Fuiano, pediatra di comunità
ASL Foggia 1, San Severo

Fluoro

Nella rubrica "Domande e risposte" di M&B n.5, maggio 1996, ho letto due risposte, riportate una dietro l'altra, riguardanti la fluoroprofilassi; mentre nella prima sono messe in evidenza le nuove raccomandazioni dell'American Academy of Pediatrics e della American Dental Association, che escludono la supplementazione di fluoro in ogni caso nei primi 6 mesi di vita e la riducono, ri-

spetto al passato, nei successivi periodi di vita, nella seconda risposta, che sembra contraddire la prima, si consiglia addirittura la fluoroprofilassi a partire dal sesto mese di gravidanza, somministrando il fluoro alla gestante per tutto il periodo dell'allattamento.

A prescindere dal fatto che l'assunzione di fluoro da parte della madre durante la gestazione, avente valore soltanto quale somministrazione transplacentare per il nascituro, non ha mai trovato unanimità di consensi in merito alla sua utilità, non si riesce a comprendere come possano conciliarsi le due risposte. Possono essere considerati due punti di vista diversi, ma al momento entrambi autorevoli e condivisibili, rimandando a ciascuno di noi il compito di operare la relativa scelta?

Ilario Attisani, Locri

Ringraziamo ancora una volta il dottor Attisani per l'attenzione con la quale ci legge e per la fiducia con cui ci notifica le sue perplessità. Ci scusiamo invece con lui se, per il (relativo) disordine della nostra corrispondenza, gli rispondiamo così in ritardo.

Non ci sembra che tra le due risposte ci sia vera contraddizione, o che esprimmano due diverse filosofie. La vera raccomandazione della prima delle due risposte è quella di tener conto, regione per regione e città per città, della effettiva ricchezza in fluoro dell'acqua potabile dell'acquedotto, evitando l'aggiunta di fluoro dove la sua concentrazione nell'acqua di rubinetto sia >6 ppm (cioè >0,6 mg/litro, concentrazione di fluoro considerata sufficiente per sé a evitare la carie (e alla quale l'aggiunta di 0,5 - 1 mg/die risulterebbe eccessiva), e dimezzandola dove la concentrazione nell'acqua potabile sia tra 0,3 e 0,60 ppm. Dopo i 6 mesi, la dose raccomandata è di 0,25 - 0 mg/die fino a 3 anni, 0,5 - 0,25 mg/die fino a 6 anni, 1 - 0,5 mg/die dai 6 ai 16 anni. Le indicazioni non sono sostanzialmente diverse, solo "ritoccate" rispetto a quelle tradizionali, e semmai l'età-limite della somministrazione utile viene procrastinata fino a 16 anni. L'insieme delle indicazioni è molto più il segno di un perfezionamento, di una flessibilità e di una prudenza prescrittiva "matura" (in funzione dell'assunzione "naturale" di fluoro e del peso del soggetto), che non di qualcosa che assomigli a una mutata filosofia in senso restrittivo. Quanto alla non necessità (vorremmo dire "non ragionevolezza") della somministrazione nei primi mesi, questo dipende dal fatto che sia il latte materno sia il latte di formula sono fonti di fluoro. E questo è un "ragionevole" motivo (non

una contraddizione) perché la mamma prenda il fluoro nel terzo trimestre di gravidanza e durante l'allattamento.

Resta la necessità di commentare la frase finale: fino a che punto spetta al medico "operare la scelta" sulla base di "autorevoli e condivisibili punti di vista"? A mio modo di vedere (e qui parlo in generale, dal momento che i due punti di vista non sono, a mio avviso, contrastanti ma complementari), questo spazio non è molto largo; ma non è nemmeno eguale a zero.

Vediamo quali sono le dimensioni per la contrattazione. È difficile pensare che ciascuno di noi abbia più elementi di giudizio e più cervello della somma dei cervelli della American Academy of Pediatrics (che non è, naturalmente, neanche quella, by the way, infallibile, ma che allo stato dell'arte "ha ragionevolmente ragione"). Al medico singolo spetta il diritto-dovere di usare il buon senso; che vuol dire non essere rigido; capire che 6 mesi o un anno di fluoro su 16 anni raccomandati non sono gran che; che le raccomandazioni non sono prescrizioni, e che queste ultime devono tener conto della capacità di compliance della famiglia, del grado di educazione sanitaria della comunità in cui lavora e che contribuisce a determinare, e, naturalmente, della concentrazione del fluoro dell'acqua potabile, della esistenza di periodi più e meno "sensibili" (i più importanti essendo i primi anni di vita), del significato "non assoluto" del fluoro (l'uso dello spazzolino e la sorveglianza nei riguardi degli zuccheri dolci sono altrettanto importanti del fluoro nella prevenzione della carie).

F.P.

Come lavora uno specializzando in Inghilterra

Nell'editoriale del numero di novembre di M&B e, successivamente, nell'epistolario, ho letto interessanti allusioni al funzionamento della pediatria nel sistema sanitario inglese. Io mi sono laureato a Trieste e mi sento sempre legato al Vostro gruppo e a M&B; ma sto lavorando in Inghilterra come SHO, e penso sia interessante per i colleghi che lavorano in Italia avere un'idea di come il sistema sia qui strutturato.

Vi sono tre livelli per il medico ospedaliero: il Consultant (che corrisponde al nostro Primario ma che, come dice il nome, ha prevalentemente il ruolo di consulente "super"), il Registrar (l'Aiuto) e lo SHO (il mio grado). Nell'Ospedale dove lavoro, tra pediatria generale (reparato), pronto soccorso, neonatologia (unità

di terapia intensiva e nido compreso) e territorio vi sono 4 Consultants, 4 Registrars e 9 SHO. La popolazione servita dall'Ospedale è di 220.000 persone, di cui 50.000 sotto i 15 anni. Il lavoro è molto intenso, come indicato dalle 70-90 ore di lavoro settimanale che gli SHO devono svolgere e dal turno di notte che cade ogni 3 giorni. Il sistema si basa su una consultazione continua a scalare. In Pronto Soccorso il paziente viene sempre e unicamente visto da uno SHO, sino a quando questo si ritiene sicuro di ciò che fa: visita, stabilisce le indagini da fare, stabilisce il trattamento, manda a casa oppure ricovera. Se però si trova in difficoltà, un Registrar è sempre presente in Ospedale per consultazioni telefoniche e, se proprio necessario, anche per visitare di persona il paziente. Allo stesso modo, un Registrar in difficoltà chiama il Consultant. Con questo sistema (che vale anche per la rianimazione del neonato in sala parto) lo SHO viene esposto a tutte le emergenze medico-chirurgiche, che deve saper affrontare (a questo scopo ci sono dei brevi corsi molto pratici, all'inizio). Anche il trattamento del paziente in reparto viene in larga parte gestito dallo SHO, ma la supervisione è più stretta. I Registrars, come si è detto, danno le direttive, supervisionano il lavoro degli SHO, e tengono le cliniche (gli ambulatori) degli outpatients.

Per quanto riguarda l'organizzazione della specialità, essa è strutturata in modo completamente diverso da quello italiano. Non ci si specializza in un solo ospedale, anzi è obbligatorio cambiarlo ogni sei mesi. Per ottenere un posto, si deve sostenere un'intervista, in competizione con altri concorrenti. L'Ospedale deve essere riconosciuto come una sede valida per la specialità da un organo equiparabile a un Ordine dei Medici Pediatrici (Royal College). Accumulato in questo modo un periodo sufficiente di lavoro come SHO, si può fare l'esame tenuto dal Royal College per passare a un grado superiore.

Sono soddisfatto dell'esperienza che sto facendo; ma il mio desiderio è comunque tornare in Italia.

S. Facchini
Newham General Hospital, Londra

Molte differenze, no?

Intanto: molto più lavoro (tutta la responsabilità sulle spalle, una guardia ogni 3 notti, almeno 70 ore di lavoro alla settimana). In pratica lo specializzando è la forza-lavoro dell'Ospedale; che, con 17 persone, divise in quattro reparti (il reparto, la terapia intensiva neonatale, il pronto soccorso e la pediatria di comu-

nità, cioè "il territorio") serve circa 50.000 bambini (una provincia di media grandezza) a cui le cure primarie sono impartite da un medico generalista, il "general practitioner", con la consulenza, a vario livello, dei pediatri ospedalieri; è una situazione di "legame obbligato" tra ospedale e territorio, quale in Italia non si verifica che in singole sedi, per l'impegno "illuminato" di qualche primario o per qualche altra fortunata combinazione; ed è nello stesso tempo un esempio di economia (fin quasi alla taccagneria) gestionale.

Poi: più competizione; l'Ospedale sceglie, tra più aspiranti, lo SHO "migliore", per garantirsi la migliore qualità di lavoro; e ciascun aspirante specializzando ha la possibilità (anzi la necessità) di "competere" in più sedi, garantisce una migliore probabilità, rispetto a quello che succede in Italia, che "vinca il migliore".

Poi: nessuna "teoria", ma solo molta pratica, per il conseguimento della specialità; nessun ruolo, nessun privilegio dell'Università, che non vi compare proprio; solo l'impegno (interessato) degli Ospedali, e la sanzione (l'esame per la promozione e per la specializzazione) affidato al collegio professionale, giudice "esterno" rispetto alle strutture di apprendimento-insegnamento, che giudica nello stesso tempo il concorrente e gli ospedali che lo hanno formato, rivalutando di continuo la loro attitudine a insegnare

Poi: minore stabilità di lavoro; il lavoro in Ospedale è solo una tappa, solamente i "consultant" vi rimangono a lungo; per gli altri è solo un tempo di precariato fino al raggiungimento della specialità; e ogni 6 mesi devono cambiare Ospedale.

Molte differenze; che sembrano tutte a vantaggio di quel che accade nel Regno Unito, impostato a una superiore concretezza, a una maggiore equità, a una più diffusa responsabilità, a una migliore economia. A un diverso atteggiamento mentale, forse irraggiungibile.

F.P.

Oh, Pediatria di base, Pediatria di famiglia!

Scrivo a *Medico e Bambino* perché vorrei che si aprisse seriamente un dibattito sul tema dei requisiti organizzativo-strutturali della qualità del lavoro del pediatra di base.

Nonostante lo sforzo di ottenere miglioramenti contrattuali non mi sembra che questo argomento venga affrontato con sufficiente profondità e determinazione

Sono anni che, insoddisfatto dalla

qualità del lavoro possibile nell'attuale modello strutturale, cerco di configurarmi una dimensione diversa; ma ho dovuto sempre constatare che il modello in cui operiamo non permette l'utilizzazione di strumenti innovativi, e di conseguenza nemmeno di miglioramenti qualitativi: la nostra struttura è sostanzialmente inefficiente e rigida. Il pediatra di base è un "burocrate di stato" col compito di erogare prestazioni in conto della comunità; la cultura del "diritto a..." è ampiamente diffusa; e la necessità, per il pediatra, di essere "disponibile", nell'assenza di criteri che regolino sia l'accesso che la qualità della prestazione in rapporto alla quantità, fa sì che il rapporto medico-paziente sia molto scadente. Invece del rapporto empatico e profondo col singolo, è possibile solo un rapporto basato su contatti molto brevi, in cui non è consentita alcuna selezione basata sul grado di sofferenza del paziente, ma solo risposte automatiche, basate su una rigida oggettivazione nosografica.

Per almeno l'80-90% del tempo, il pediatra non fa che cercare di resistere all'onda d'urto quotidiana, riuscendo appena a disciplinarla, prima di aver iniziato un vero rapporto col paziente?

Gli standard numerici sono:

□ dalle 5 alle 15 visite domiciliari al giorno (tempo: da 2 a 6 ore; imprevedibile e non programmabile);

□ dalle 20 alle 35 visite ambulatoriali (tempo massimo per paziente tra 2 e 12 minuti);

□ inoltre, una massa di richieste di certificazioni false o ingiustificate, di accertamenti inutili, di telefonate per motivi futuri;

□ infine, la necessità di difendersi da comportamenti irrazionali (richieste di visite domiciliari ingiustificate, evasione dei bilanci di salute, aggiornamento dell'obbligo di appuntamento per problemi non urgenti, pretesa di pratiche contrarie all'interesse del bambino ecc.).

In questo contesto è impossibile dedicare tempo alla gestione di problemi cronici o di disagio anche in termini impersonali e protocollari; tanto meno di esercitare il ruolo di terapeuta, anche solo con l'ascolto.

Un vero rapporto col paziente, basato sulla percezione della sofferenza e del bisogno e su una creatività terapeutica, una vera medicina della persona e non della malattia è impossibile. Il tentativo del medico di salvare dal caos, con opportune restrizioni, un livello qualitativo decente, viene punito col ricorso a un'altra figura professionale, meno oberata (il privato, lo "specialista"). Questo salto si verifica proprio per la patologia cronica o complessa, col risultato di ricacciare il

pediatra di base alla gestione spasmodica dell'acuzie e al suo ruolo di tappabuchi.

In altri Paesi

- non esistono fenomeni come quello della "pretesa" alla visita domiciliare o delle richieste abusive;
- i termini qualitativi della visita ambulatoriale sono fissati in modo preciso (per esempio in Brasile, un tempo minimo di 20 minuti);
- è sancito il diritto del pediatra a difendersi da richieste abusive.

Cosa fare?

Queste considerazioni sono frutto di 14 anni di attività, di riflessione, di studio, di autocoscienza, di sofferenza.

Forse sono solo giustificazioni per andarsene (a cercare altro); ma forse è anche possibile dare voce e profilo alla diffusa insoddisfazione e contribuire a individuare soluzioni magari più avanzate di quanto si possa immaginare.

Pongo un problema di carattere morale e metodologico: che compito può aver pensato di aver assolto un pediatra che per tutta la giornata non ha fatto che arginare problemi acuti, quasi tutti banali, e tentativi di abuso? È necessario trovare forme strutturali nuove per privilegiare a qualità dell'assistenza e la personalizzazione; e se non è possibile, bisogna far di tutto per cambiare la cultura e riorientare e riqualificare la domanda dell'utenza. Una migliore struttura non potrà dipendere dalla volontà del singolo pediatra; occorre da una parte raggiungere una maggiore autocoscienza collettiva, e dall'altra spingere le autorità ad assumere delle responsabilità organizzative e normative, anziché latitare.

In conclusione propongo:

- una conferenza nazionale sui presupposti strutturali e organizzativi inerenti alla qualità del lavoro dei pediatri di base;
- la creazione di gruppi di pediatri di base che sviluppino una nuova coscienza dei problemi organizzativi a dimensione collettiva, e l'inaugurazione di nuove forme di collaborazione collettiva;
- la richiesta alle autorità territoriali perché affrontino questo tipo di problema e indichino le caratteristiche organizzative minime per salvaguardare il livello qualitativo del rapporto, e il diritto del medico di esercitare la sua attività al massimo livello di qualificazione.

Vincenzo Nuzzo, Napoli

La lettera è abbastanza lunga, per giustificare una risposta relativamente breve. Non apre un dibattito, lo continua (vedi i due articoli sulla pediatria di base pubblicati su questo numero, vedi le lette-

re sul numero di gennaio, vedi anche l'editoriale su questo numero). Personalmente, ho difficoltà a parlare delle cose che non faccio materialmente; e quindi non lo farò. Penso tuttavia che il problema centrale sia stato ben posto. La media delle richieste di prestazione è troppo elevata in funzione del numero degli assistiti: una media di 30 prestazioni al giorno per 600 assistiti vuol dire circa 15 prestazioni all'anno per assistito; certamente un eccesso di richiesta (il "diritto a..."), che impedisce quello che al pediatra di famiglia, in teoria, si richiederebbe: un sostegno all'educazione, alla salute, alla formazione della famiglia, all'autocoscienza, un riferimento per i problemi veri, di base; tra i quali la cura dell'acuzie dovrebbero costituire solo una frazione (anche se la malattia acuta ha una sua dignità esistenziale, e svolge un ruolo nella crescita della persona e della famiglia). Il dottor Nuzzo ci propone i modelli di Paesi diversi dal nostro. Sarebbe un buon passo avanti se li illustrasse, in un successivo intervento, che gli sollecito sin d'ora. Sembra chiaro che le malattie del sistema che il dottor Nuzzo individua hanno bisogno di un intervento anche "culturale", cioè di una modifica progressiva della "filosofia" del sistema, cioè ancora di una ridefinizione dei bisogni e dei compiti, e di un processo (quanto lungo?) di autocoscienza del medico e dell'utente; ma che difficilmente può avvenire senza un intervento "strutturale" (quanto gradito?) che, come prima cosa, sottragga il medico di famiglia alla sua solitudine di operatore, inserendolo in una rete più organizzata o favorendone l'associazione per gruppi. Ma è anche possibile che un certo grado di frustrazione del medico, e un certo grado di fallimento dell'ideologia della promozione delle cure di base stiano nelle cose; che siano inevitabili. Forse alcuni sogni nel cassetto sono solo sogni nel cassetto, e vanno ridiretti. Quasi certamente i malati cronici continueranno a rivolgersi allo "specialista": perché la loro malattia è in genere, per sua natura, una malattia "speciale".

A mia volta avrei molte domande da fare. La diffusa insoddisfazione è davvero così diffusa? e se non è di tutti, questo dipende da un diverso grado di sensibilità o da una diversa capacità di far fronte alla situazione? o da qualche altro meccanismo di compenso? e ne soffrono in eguale misura i pediatri e le pediatre? e c'è forse qualcuno che ci marcia?

Da molto tempo accarezzo l'idea che M&B organizzi un incontro informale, "di autocoscienza", come si diceva una volta e come dice ancora Vincenzo Nuzzo, su questo e su altri temi irrisolti e/o causa di disagio della nostra pediatria. Lo ti-

tolerei, quasi come questa lettera, "Oh Pediatria, Pediatria". Per intanto, vorrei proprio stimolare i lettori a ripensare e a ritornare sui loro vissuti e sulle loro proposte.

F.P.

Sanità amica

Vi scrivo non come medico, ma come mamma di cinque bambini. Conosco la rivista attraverso mio padre, medico condotto per tanti anni. Spero di avere ugualmente delle risposte e vi ringrazio. Le questioni che pongo sono più di una (apparentemente disgiunte), le divido per facilitarne la risposta e per chiarezza.

La prima. Qual è il ruolo del medico-pediatra di base? Ho letto articoli bellissimi sia sul vostro giornale che su altri (ad es. del dottor Paolo Santi di Firenze), ma purtroppo lontani dalla nostra realtà. Di certo dal punto di vista scientifico i pediatri sono, ora, molto preparati, né ho nulla contro l'uso del computer in studio; ma nelle poche visite di controllo che si fanno, quando si chiede: "Come sta il mio bambino?", mi sembra necessario che, oltre a battere qualche tasto per consultare il suo schermo, il medico guardi in faccia il bambino, il suo colore, i suoi occhi, le sue espressioni... Il benessere non è solo fisico, e anche una madre ha bisogno a volte di chiedere, di sapere. Ormai le diagnosi si fanno per telefono, le cure si danno per telefono, le ricette forse per fax ... Ma le visite a domicilio non hanno forse un loro senso, oltre a una loro necessità? Vedere in che ambiente (fisico, familiare, naturale) vive un bambino, non è importante in relazione al suo stato di salute? L'infanzia - felice - passata al seguito di mio padre nei suoi lunghi "giri" quotidiani in campagna, in ogni stagione e con ogni tempo, di certo influenza il mio modo di vedere. Ma sono anche convinta che in questa corsa quotidiana contro il tempo è più il tempo che perdiamo, oggi, di quello che guadagniamo e che ogni tanto è necessario fermarsi a riflettere, soprattutto sui nostri figli.

La seconda. Diagnosi prenatale: tutto si fa, ora, ma con un'unica ipotesi, quasi scontata: che la donna decida poi di abortire. E se così non fosse? Credo che anche a questo i medici dovrebbero essere preparati. Questo non è che un breve, incompleto elenco:

a. Perché comunicare la diagnosi per telefono? La mamma in attesa potrebbe trovarsi sola e disperarsi, o al contrario circondata dai figli ai quali non saprà che dire;

b. La donna dovrà decidere in un periodo breve: chi l'aiuterà o chi la ostacolerà in questo? Perché non darle un adeguato sostegno psicologico? (Non sono previste nei reparti ostetrici consulenze psicologiche, né ci sono, se non raramente, psicologi preparati su tale problematica).

c. La donna, ripeto, ha poco tempo per decidere: gli esami specialistici prenatali, le terapie prenatali, chi glieli consiglierà? Chi la indirizzerà? Chi li pagherà?

d. Quasi nove mesi di attesa con un pensiero che mai ti abbandona, né di giorno né di notte: come sarà questo mio figlio che ho deciso di "tenere"? Sono vissuti che si riflettono anche su chi vive accanto, il marito, i figli; eppure la donna viene lasciata sola.

e. La legge garantisce l'assistenza al parto. Quale? Chi sa cosa significa, per una donna, che magari ha vissuto più volte la gravidanza e il parto come una gioia immensa, partorire un bambino che sa già di essere "diverso"? Un'ostetrica mi rispose: "Per me questi bambini viaggiano come gli altri". Per me no, invece, e il parto fu una sofferenza atroce, ma non fisica bensì mentale.

f. E ora che è nato, che fare? È difficile accettare un figlio che si sapeva già essere diverso, guardarlo negli occhi, accarezzarlo, attaccarlo al seno, e non è giusto lasciar sola una madre, una cop-

pia, in questi primi momenti, in questi primi giorni che impronteranno una vita.

Ho avuto la fortuna di incontrare, di trovare o anche di conoscere persone (medici e non) che mi hanno aiutata molto in questo viaggio difficile e sono loro grata; ma non avviene sempre così. Tornando all'inizio: diagnosi prenatale, ben venga; ma che la scienza vada avanti e che si organizzi tenendo conto anche alle persone, della loro realtà e dei loro sentimenti.

La terza. Come si è ben capito, mia figlia è una bambina con trisomia 21. Una bambina adorabile, intelligente, dolcissima. Espongo il mio problema in modo molto semplice. Si sa che nei bambini con trisomia 21 il messaggio nervoso viene trasmesso con maggior lentezza, con tutte le conseguenze che ciò comporta a livello dei vari "apprendimenti", delle connessioni fra i vari pensieri e movimenti, della causa-effetto.

Tanto si è studiato ormai sul sistema nervoso; possibile che non si possa trovare il modo per "aiutare" questi messaggi nervosi ad andare un po' più veloci o comunque a trasmettersi meglio, in modo più preciso? O non è forse che, essendo questi bambini di così poco disturbo a livello sociale, si siano lasciati un po' perdere? E allora io chiedo, con tutto il cuore, alla dott. Rita Levi Montalcini e anche ad altri studiosi (magari attraverso la vostra rivista) di darmi una

mano nella mia battaglia quotidiana. Ringrazio sinceramente e attendo una risposta.

Lettera firmata

La lettera è fatta di domande (anzi di richieste); ma nello stesso tempo è una risposta. Gli ultimi numeri di Medico e Bambino sono pieni di lettere (e di articoli) sulla qualità, i modi, i vissuti, le potenzialità, le funzioni e sui modi della pediatria di famiglia; sulla valutazione della qualità delle cure basata sui numeri (delle visite, delle "domiciliari", delle "chiamate", delle "risposte"), sulla tipologia; sulla valutazione epidemiologica dei bisogni.

La lettera di questa mamma risponde alle lettere e agli articoli di questi pediatri che questo genere di valutazione non basta. I numeri hanno la loro eloquenza; i numeri hanno la loro espressività; guai a trascurarli. Ma esprimono anche, a volte, una desolante povertà e una desolante piattezza. E questa lettera ci richiama a un'altra dimensione che rifugge da ogni misurabilità statistica come l'olio dall'acqua; a quella che è la dimensione vera della professione medica; che la sanità non può considerare; e senza la quale tuttavia la medicina, che è il cuore della sanità, è cosa morta.

F.P.

PENULTIMO (XIX) INCONTRO TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI

2-3-4 Maggio 1997 - Hotel "Villaggio Guglielmo" di Copanello (Catanzaro)

PROGRAMMA

Cos'è la memoria? - De Renzi

Quanti raggi prende un bambino? - Brizzi

La bronchite - Panizon

Tavola rotonda: Il mercato della salute - Donzelli-Spinanti-Tosolini, coordinatore: Panizon

E vietato - Vignuda

I bisogni dell'adolescente, biologici e non - Vullo

Riconoscere e prendersi cura del malato con Fibrosi Cistica - D'Andrea, Varano

Le dimissioni precoci del neonato e il pediatra di famiglia - Corchia, Scarpelli

Novità in dermatologia pediatrica - Bonifazi

La filosofia della riabilitazione - Ferrari

Tre problemi di confine: il criptorchidismo, la fimosi, il varicocele - Guglielmi, Vullo

Asma ed allergia: i trucchi del mestiere - Giorgio Longo

Gruppi di lavoro:

Radiologia del torace - Brizzi; La valutazione dello stato nutrizionale - Magazzù, Tedeschi; Lo scoliometro - Marinelli; La convulsività nel 1° anno di vita - Tortorella; L'addome acuto - Guglielmi-Ricciptoni; Neonatologia - Corchia; Protocollo delle anemie - Vullo; I dolori addominali ricorrenti - Vignuda-Marolla; Le micosi cutanee - Bonifazi; L'orticaria - Panizon; I D.R.G.: questi nemici? - Tosolini

La quota di iscrizione è di £ 150.000 (se perviene entro il 19 Aprile); di £ 220.000 (se perviene successivamente). La quota per gli accompagnatori è di £ 80.000. La quota di iscrizione dà diritto anche a 3 parche colazione di lavoro e per gli accompagnatori di fatto solo a queste. Cena sociale: £ 50.000.

Per informazioni rivolgersi a: Teresa Còdamo o Pasquale Alcaro, Ospedale di Soverato (CZ), tel. 0967-539223 o 539237 fax 0967-21525