

# il Medico Pediatra n e w s

## Abbiamo vinto sulle vaccinazioni. Vinceremo anche sul contratto

### Trattative

I colloqui sono in una fase molto difficile. All'interno un'ampia documentazione con commenti e proposte.

Alle pagg. 3-6

### Prevenzione

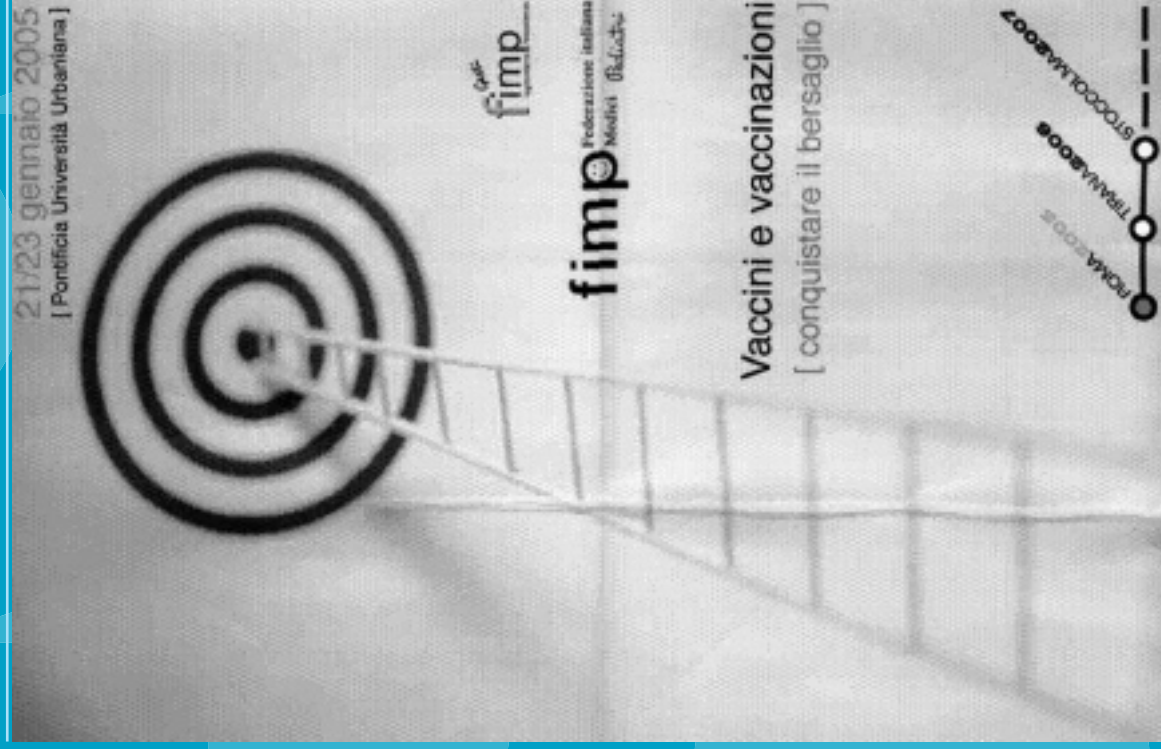
Il Congresso internazionale di Roma ha avuto un grande successo. Il calendario FIMP è stato adottato dalla Commissione

vaccini. Il sì anche della Conferenza Stato-Regioni

Alle pagg. 7-10

### Controcoperina

La FIMP ricorda con commozione Giovanni Paolo II, il Papa dei bambini. "Noi pediatri - dice Tucci - abbiamo in comune con il Papa un ruolo genitoriale"



Questa pubblicazione è stata realizzata grazie alla collaborazione di

# Wyeth

# Abbiamo vinto sulle vaccinazioni e vinceremo anche sul contratto

di Pier Luigi Tucci

editoriale

Avevamo detto che il ruolo della Pediatria di famiglia dovesse essere incisivo e determinante nella prevenzione. E ci siamo riusciti. Per le trattative siamo in una fase molto difficile

## Cari lettori

In questo numero trovate un'ampia relazione su due eventi che ci hanno riempito di soddisfazione: l'ottima riuscita del Congresso Vaccini e Vaccinazioni, organizzato dalla Gestifimp a Roma, e l'uscita del nuovo Piano Nazionale Vaccini. Soddisfazione, dicevo, perché sono due punti fermi del percorso politico che la FIMP sta portando avanti da quattro anni, dal momento in cui decise che il ruolo della Pediatria di famiglia dovesse essere nel settore principe della prevenzione incisivo e determinante. Partendo dal nostro ruolo, e considerando che al Pediatra di famiglia compete una duplice responsabilità: nei confronti del singolo bambino da lui assistito, che deve tutelare al meglio delle opportunità di salute che è possibile e doveroso offrirgli, e nei confronti della collettività, perché la tutela del singolo si attui anche attraverso scelte politiche. Ci siamo strutturati al nostro interno con uno specifico responsabile dell'area vaccini, con la costruzione di una rete regionale e provinciale in questo settore, abbiamo promulgato per due anni consecutivi il calendario vaccinale della FIMP. Abbiamo riproposto nello scenario della prevenzione, in modo forte e convincente, il ruolo determinante della Pediatria di famiglia, accanto al mondo igienistico, e grazie anche (soprattutto?) a noi è stato promulgato il nuovo Piano Nazionale Vaccini che recepisce le nostre indicazioni.



## Cari colleghi

Questo numero esce nel mentre si riapre una fase molto difficile nelle trattative per il rinnovo dell'A.C.N. Da un lato, dopo il giudizio non positivo della Corte dei Conti, e pur in presenza di una non garanzia di completa copertura economica, la Conferenza Stato-Regioni ha dato via libera agli ACN per la Medicina Generale e per la Specialistica ambulatoriale, un via libera accompagnato da ricorsi di singoli medici, di sindacati, da un'insoddisfazione crescente di migliaia di medici di Medicina Generale. Un accordo che, pur nella risicatezza degli aumenti, è stato presentato come un buon accordo anche sul versante economico, grazie anche all'appropriarsi del 50% dei nostri previsti aumenti, ma che nei fatti risulta in perdita del 7% calcolando l'inflazione reale. Dall'altro la presentazione, a distanza di sei settimane dalla nostra innovativa piattaforma, della controproposta della Sisac, in pratica la fotocopia in peggio dell'A.C.N. della Medicina Generale, che tutti hanno valutato quasi offensiva nei confronti della nostra categoria. Trovate una serie di considerazioni e analisi al riguardo, che confermano la correttezza del percorso fin qui fatto dalla FIMP a tutela delle garanzie giuridiche del Pediatra di famiglia, e il costante tentativo, al di là delle enunciazioni di principio della parte pubblica, di metterci sempre più in un angolo, malgrado gli innegabili successi nell'assistenza al bambino e all'adolescente italiano.

# Al peggior non c'è mai fine. Presentata con 59 articoli la controproposta SISAC

**C**inquantanove articoli in 86 cartelle questo il frutto della controproposta SISAC alla piattaforma FIMP, dopo più di sei settimane di attese e di rimandi. Vediamoli dunque questi 59 articoli. Si parte con una serie di richiami alla normativa generale e alle disposizioni concordate tra Stato e Regioni in seno alla Conferenza: questa premessa ha un significato giuridico preciso e, tra gli altri, motiva la fine degli automatismi economici.

Ma dopo poche righe, ci troviamo ad affrontare la prima parte della controproposta, intitolata: INQUADRAMENTO GENERALE. Si tratta in realtà del famoso preliminare SISAC già inserito nella convenzione di medicina generale e nella specialistica ambulatoriale, e che, secondo il nostro parere, è il “Cavallo di Troia” per il ridimensionamento dell’area medica pediatrica. Vediamone i particolari partendo dall’ARTICOLO 1 (Quadro di riferimento): mentre il DPR 272/2000, allo stesso articolo definisce le funzioni precise e le peculiarità del medico pediatra di libera scelta, oltre che il rapporto di lavoro, richiamando chiaramente il COMMA 1, DELL’ARTICOLO 8, DELLA 502/92, nella controproposta SISAC il comma 1 è sparito! E basta andare a leggerci sulla legge cosa è scritto in quel comma 1: tra le altre cose, che il SSN assicura le prestazioni nell’area del territorio attraverso le convenzioni stipulate con i pediatri di libera scelta. Ma c’è di più: l’articolo è tutto un richiamo a volontà regionali, modifiche costituzionali, accordi Stato-Regioni e PSN che poco hanno a che fare con il quadro di riferimento dei pediatri, ma molto hanno da spartire con una profonda modifica degli aspetti organizzativi del territorio, dove tutti i soggetti si devono integrare lavorando in équipes e in UTAP sotto la direzione dei medici di medicina generale.

Altri dieci sono gli articoli che compongono questa prima parte. Per il livello nazionale, si va dai livelli di contrattazione dove subito si parla delle responsabilità da accollare ai pediatri, di assicurare i LEA, di compatibilità economica, ecc.; per il livello regionale, si definiscono gli obiettivi di salute, i modelli organizzativi e gli strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati. Insomma, come già detto, fine degli automatismi economici. Infine il livello aziendale che serve esclusivamente a “definire i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all’attuazione degli obiettivi individuati dalla programma-

zione regionale”. All’articolo 3, poi, scopriamo, tra le altre cose, che è attraverso la convenzione, e non più per legge come è sempre stato (COMMA 1, ARTICOLO 8, 502/92), che si definiscono LA NATURA, LE MODALITÀ E LA COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO. Eppure non è stata abolita la legge di riforma del SSN!?

Articolo 4, la musica non cambia, altre “fregature”. Col nuovo accordo, infatti, gli accordi regionali si dovranno fare per: individuare le responsabilità dei pediatri rispetto agli obiettivi fissati dalle regioni; garantire, con i medici di m. g., la continuità dell’assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Ci sono comunque, anche altre chicche che, solo per ragioni di spazio lasciamo a voi scoprire nella lettura del testo.

L’articolo 5 dichiara gli obiettivi generali ed è tutto da leggere giacché è un coacervo di pesi e obblighi per la categoria senza, di fatto, nessuna contropartita. E il dichiarare che si deve arrivare ad un riequilibrio delle risorse tra ospedale e territorio è una mera dichiarazione senza nessun valore cogente, oltretutto lo strumento (convenzione) è improprio, serve la legge!

Nei rimanenti sei articoli si dice tutto e il suo contrario: tanti strumenti per realizzare il ridimensionamento del ruolo e dell’economico dei pediatri; poche righe per ruolo e partecipazione delle OO.SS..

Poi si arriva alla struttura del compenso: si inizia mettendo in chiaro che il compenso dei pediatri sia sintetizzato al perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte legata agli automatismi (la sola quota fissa, peraltro ridotta) e quella legata AGLI OBIETTIVI E ALLE PRESTAZIONI DEFINITE DALLE PROGRAMMAZIONI REGIONALI E AZIENDALI. Insomma per avere i soldi bisognerà rispondere di obiettivi definiti a livello nazionale, regionale e aziendale. Manca solo che scrivano che bisogna sentire anche l’amministratore di condominio! Il resto dell’articolo lo lasciamo alle valutazioni di ognuno.

Ed eccoci alla seconda parte della controproposta SISAC. La disciplina del rapporto convenzionale dei pediatri di libera scelta. La premessa da sola parla chiaro: NESSUN RIFERIMENTO AL SSN (LEGGE 502/92 e successive modificazioni e integrazioni), né tantomeno riferimenti all’articolo 8, comma 1 di detta legge. Invece, adesso, si parla di generiche novità introdotte nell’ordinamento costituzionale; di NUOVA STRUTTURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE; di avviare un processo di innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze

dei cittadini, ecc. Noi nella nostra piattaforma, proprio per evitare pericolose derive verso la delegificazione del rapporto di lavoro, abbiamo ribadito che il rapporto di lavoro è parasubordinato, come lo è fin dal 1978, e che la fonte è quella costitutiva del SSN.

Finalmente un richiamo alla legge (articolo 8, comma 1, del Dlgs 502/92) all'articolo 13 campo di applicazione, cioè chi sono i destinatari. E non vi è dubbio che sono i pediatri convenzionati, appunto, a norma dell'articolo 8, comma 1, del Dlgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. Ma anche qui il concetto è annacquato dalle determinazioni regionali in materia. Tant'è che subito appresso il rapporto di lavoro si definisce autonomo convenzionato.

Dunque noi lo abbiamo definito parasubordinato, continuativo e coordinato, sia perché è così definito dalle norme e dalla giurisprudenza consolidata in quasi 30 anni, sia perché scriverlo chiaramente in convenzione, oggi, è necessario visto i tentativi di delegificare il ruolo della controparte. La SISAC, invece, definisce il nostro come lavoro autonomo, quindi regolato dal titolo III del Codice Civile, che al Capo I (articolo 2222) definisce il prestatore d'opera. L'avevamo previsto da mesi, ricordate? Vogliono portarci ad essere solo pre-

statori d'opera che possono essere "liquidati" in ogni momento, basta leggere il titolo III del Codice.

Il resto della controproposta, leggere per credere, è la fotocopia, in peggio, della medicina generale. Sulla parte economica nemmeno una riga, evidentemente l'offerta è così ridicola che, per ora, si vergognano anche di presentarcela.

Nonostante tutto questo, la delegazione FIMP presente al tavolo ha evitato trabocchetti tendenti a farci saltare i nervi e far saltare, di conseguenza, il tavolo. La SISAC ci ha tra l'altro accusato di aver presentato una bozza che presenta una organizzazione verticale del lavoro territoriale e che pone il pediatra su una sorta di piedistallo (dirigenza) in una convenzione non permeabile dalle altre figure mediche.

Noi abbiamo contrododotto, dimostrando che se si chiede un aumento di responsabilità alla categoria bisogna, allo stesso tempo, aumentare il livello delle garanzie e gli strumenti realizzati dell'intero progetto, dedicando ad esso anche risorse fresche e aggiuntive. Altrimenti l'offerta è offensiva per la categoria e per chi la rappresenta. **UN CONSIGLIO PER TUTTI: FATE IL CONFRONTO TRA LA NOSTRA PIATTAFORMA E QUELLA DELLA SISAC E POI VALUTATE.**

## Il sì della Conferenza Stato-Regioni all'accordo per la Medicina Generale e la Specialistica ambulatoriale

La Conferenza Stato-Regioni ha dato il via libera definitivo alle convenzioni della Medicina Generale e della specialistica ambulatoriale, le cui motivazioni sono riportate qui sotto. Un "sì" atteso e concesso nonostante la certificazione non positiva della Corte dei Conti.

La Conferenza Permanente Stato-Regioni ha sancito l'intesa sulle proposte di accordi collettivi nazionali. Il documento è firmato dal presidente Senatore Enrico La Loggia e dal segretario dottor Riccardo Carpino. Ecco il testo del documento approvato il 23 novembre 2005:

**CONSIDERATO** che la Corte dei Conti, con nota del 3 marzo 2005, ha comunicato alla SISAC, e anche a questa Conferenza, la certificazione non positiva, nonché l'intendimento di voler acquisire ulteriori elementi di valutazione, per cui l'esame del punto, nella seduta della Conferenza tenutasi in pari data, è stato rinviato; **VISTA** la nota del 16 marzo 2005, con la quale la SISAC - ad integrazione della documentazione inviata il 17

febbraio 2005 - ha inoltrato alla Corte dei Conti, informandone anche questa Conferenza, la ulteriore documentazione inerente gli aspetti in ordine ai quali la predetta Corte ha chiesto ulteriori elementi di valutazione; **CONSIDERATO** che nel corso dell'odierna seduta le Regioni e le Province autonome hanno espresso il loro positivo avviso sulle due ipotesi di contratti in esame;

**CONSIDERATO** che il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha evidenziato che la copertura dei costi va a carico delle risorse disponibili nelle Regioni e che, considerato che parte dei costi si basa su incrementi delle aliquote contributive, ritiene opportuno dare corso celermente ad un tavolo di monitoraggio per valutare la necessità che le maggiori aliquote contributive per i medici di medicina generale, volte a garantire l'equilibrio dell'ENPAM, partano immediatamente o successivamente, secondo il livello di equilibrio del fondo;

**ACQUISITO** l'assenso delle

Amministrazioni centrali interessate e delle Regioni e delle Province autonome;

### SANCISCE INTESA

Sulle proposte di accordi collettivi nazionali, di cui in premessa. Ai rilievi della magistratura contabile sulla sostenibilità dei rinnovi da parte dei bilanci locali, le Regioni hanno infatti replicato assicurando che faranno la propria parte per rispettare gli impegni. Ma in Conferenza il Ministero dell'Economia ha comunque espresso i suoi dubbi sulla disponibilità finanziaria del Governo per coprire gli aumenti del 2% dei contributi previdenziali all'Enpam. Ricordiamo che il costo generale della convenzione vale 691 milioni: 252,5 milioni di arretrati 2001-2003, più il "lodo Fini" sul 2003, e 438,5 milioni di aumenti 2004-2005. Tutto questo si traduce, in busta paga, complessivamente in 6,16 euro di incremento sulla quota capitaria e 2,74 sulla quota oraria (per medici di guardia medica, dei servizi e dell'emergenza territoriale).

# A volte dispiace avere ragione.

## Delibera della Corte dei Conti.

### Il Commento della Segreteria Nazionale

**D**unque la Corte dei Conti ha deliberato: "di rilasciare, con le motivazioni di cui all'allegato rapporto, certificazione non positiva" per quanto attiene sia alla convenzione di medicina generale, sia a quella che regola i rapporti con gli specialisti ambulatoriali. Ciò, è bene chiarirlo subito sulla base delle disposizioni contenute nel Dlgs 165/2001, in primis quelle contenute all'articolo 48 di detta legge, che prevede un iter, richiamato in delibera dalla Corte dei Conti, in base al quale le parti debbano predisporre la valutazione di "compatibilità finanziaria" dei contratti collettivi. Il che significa: "verifica della compatibilità dei costi (rectius degli oneri) della contrattazione (collettiva) con i vincoli di bilancio". Ciòè, si deve attivare a monte un riscontro della copertura e della sostenibilità degli oneri derivanti dalla convenzione, con riguardo alle allocazioni delle correlate disponibilità finanziarie nel bilancio dello Stato per gli enti ricompresi nel settore statale (cui si provvede con apposita norma da inserire nella legge finanziaria, ai sensi dell'art. 48, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001) ovvero nei bilanci dei rispettivi enti per le altre amministrazioni pubbliche (art. 48, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001). Tutto questo non è stato fatto anche se la FIMP, in sede di dibattito per il perfezionamento alla legge finanziaria, aveva inviato a tutti i gruppi parlamentari la richiesta di modifica dell'emendamento relativo alle convenzioni chiedendo, in specifico di individuare in bilancio le disponibilità economiche suddivise per le singole aree di contrattazione. Ma c'è di più! La Corte dei Conti, nella relazione di accompagnamento, boccia l'accordo di medicina generale anche perché sulla base della certificazione di compatibilità dei costi contrattuali si sarebbe dovuto procedere a:

- a.** un riscontro dell'attendibilità della quantificazione dei costi, diretti e indiretti, derivanti dall'applicazione del contratto sotto il profilo della razionalità e congruità delle stime risultanti dalla relazione tecnica;
- B.** una valutazione di compatibilità finanziaria di tali oneri sotto il profilo della loro copertura e sostenibilità con le risorse allocate nei relativi stanziamenti di bilancio;
- c.** una valutazione di compatibilità economica degli incrementi retributivi con le grandezze macroeconomiche desunte dagli strumenti di programmazione economica-finanziaria e dagli accordi sulla politica dei redditi, direttamente o indirettamente, richiamati dai predetti strumenti di programmazione.

#### **Orbene, dichiara la CdC, che:**

**1.** con riferimento alla quantificazione degli oneri derivanti dalle ipotesi di accordo, queste Sezioni riunite rilevano innanzitutto la non esaustività del criterio di rappresentazione degli oneri contrattuali adottato dalla SISAC anche in relazione alla diversa composizione della ripartizione del personale, strutturata in quote capitarie e quote orarie non omogenee con quelle disciplinate nei precedenti contratti. In altre parole se gli istituti normativi non giustificano la modifica di quelli economici la CdC non li dichiara idonei;

**2.** la relazione tecnica di accompagnamento (identica per i due accordi nella parte più squisitamente tecnica) adotta un criterio quantificatorio che muove dalla stima delle risorse necessarie (fabbrico) per la corresponsione a tutti gli operatori della medicina convenzionata di miglioramenti retributivi analoghi a quelli già riconosciuti al personale contrattualizzato. Questa somma è ricavata, in estrema sintesi, come percentuale di incremento (pari alla somma dei tassi di inflazione programmati per gli anni 2001-2005, con l'aggiunta dello 0,99% relativo all'accordo del 4 febbraio 2002) di un monte compensi 2000 (per competenza), "concordato" sulla base dei contributi versati da tutti i medici (compresi i pediatri) all'ente di previdenza Enpam. Questo è un punto essenziale perché la CdC, in parole povere, dice alla SISAC che ha utilizzato parte degli aumenti riservati ai pediatri per altri contratti!

**3.** manca, pertanto, una ricostruzione che, a partire dal testo negoziale, attraverso l'analisi quantitativa dei singoli istituti normativi ed economici, ma soprattutto delle disposizioni concernenti il trattamento economico delle singole categorie, dia conto dell'onere finanziario complessivo derivante dal contratto. E ciò allo scopo di consentire, nel raffronto con il monte compensi assunto a base di calcolo così come incrementato delle percentuali indicate dal Comitato di settore, da un lato la valutazione

# Le trattative per i contratti

**IL COMMENTO: FIMMG  
RINNOVO ACN:  
FORTE SENTITO  
RINGRAZIAMENTO  
AL GOVERNO  
E ALLE REGIONI**

Ad affermarlo è Mario Falconi - Segretario Generale Nazionale della Fimmg, Federazione Italiana Medici di Famiglia - secondo il quale la definitiva e positiva conclusione che si è avuta del nuovo accordo collettivo nazionale, approvato dalla Conferenza Stato Regioni, rappresenta un passo decisivo per il miglioramento e il consolidamento dello impianto e dell'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale. Gran parte degli obiettivi che ci eravamo proposti all'inizio della trattativa, di conseguire sia dal punto di vista normativo che economico un accordo collettivo garante dei Lea della medicina di famiglia, di una nuova medicina territoriale in grado di intercettare e di risolvere, per quantità e qualità in maniera percentualmente più rilevante la domanda di salute dei cittadini, sono stati conseguiti. Tutta la medicina di famiglia - prosegue Falconi - ha bisogno di più valorizzazione se si vuole metterla in condizione di operare con efficienza ed efficacia nell'interesse

dei cittadini. Tutti i medici di medicina generale devono sempre più esercitare la professione nel rispetto dell'appropriatezza, senza condizionamenti vessatori aventi quali unico scopo quello del risparmio da conseguire a tutti i costi. Con il nuovo ACN in tal senso, parte pubblica e parte medica, si propongono di investire sempre di più sulla qualità dell'atto professionale quale elemento indispensabile di riscatto della professione. Non possiamo ringraziare sentitamente -

conclude Falconi - come vorremmo tutti coloro, e sono molti, che con noi hanno lavorato e lottato nell'interesse dei cittadini e dei medici per migliorare la sanità pubblica. Ci sia consentito in particolare di ringraziare gli esponenti delle Regioni, i membri del Comitato di Settore, gli Assessori Romano Colozzi, Fabio Gava, Giovanni Bissoni, Enrico Rossi e Salvatore Mazzaracchio, i membri della Sisac coordinati da Luigi Covolo, il Sottosegretario al Ministero della Salute Sen. Cesare Corsi e l'On.le Eolo Parodi, infaticabile tifoso del nuovo ACN.

della neutralità, in termini finanziari, delle modifiche alla struttura del compenso e dall'altro la copertura degli effettivi incrementi contrattuali con le risorse indicate dal Comitato di settore. In questo punto la CdC è ancora più chiara. Dice alla SISAC che si è "dimenticata" di presentare i costi relativi alla pediatria di libera scelta. Inoltre ribadisce che vanno quantificati gli aumenti in percentuale rispettando quelle indicate dal Comitato di settore;

4. secondo un orientamento ormai consolidato della giurisprudenza di queste Sezioni riunite, una corretta applicazione dell'art. 48, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001 richiede che gli oneri derivanti dalla contrattazione trovino sì copertura in risorse economiche predeterminate, e necessariamente quantificate, come ora esplicitato dall'art. 16, comma 7, della legge n. 448 del 2001, tuttavia, detto adempimento - che costituisce, peraltro, un presupposto necessario, ma non sufficiente, ai fini delle valutazioni di compatibilità, rimesse a tutti i soggetti coinvolti nel procedimento di contrattazione - non esime la parte pubblica (e cioè, il Comitato di settore, il Governo e la SISAC, ciascuno per la propria competenza) dall'essenziale onere di dimostrare, in modo attendibile e documentato, la sostenibilità dei costi contrattuali, mediante l'individuazione delle fonti di copertura all'interno dei bilanci degli enti. Con questo passaggio la CdC dice che prima di aprire la contrattazione si debbono individuare le risorse sia per la copertura dei costi nazionali che per quelli derivanti dagli accordi decentrati. A noi basta ricordare che la FIMP aveva addirittura scritto la modifica della finanziaria con la predeterminazione delle risorse economiche da inserire nello specifico articolo di legge. Ma durante tutta la relazione la CdC ribadisce le carenze imputabili al Comitato di settore, al Governo e alla SISAC dal punto di vista procedurale e di mancato rispetto del nuovo corollario normativo riguardante, e lo ribadisce più volte, **IL PERSONALE CONVENZIONATO E IL SUO CONTRATTO**. Giuridicamente, infatti, come più volte rilevato dalla dirigenza della FIMP, il rapporto di lavoro è parasubordinato, ed è quindi di corretto parlare di personale e contratto.

## **SUMAI: SODDISFATTI PER LO SBLOCCO DELLA CONVENZIONE**

**U**na grande vittoria, per la sanità italiana, per i medici e per i cittadini. Commenta così il via libera definitivo della Conferenza Stato-Regioni alla convenzione di medicina generale e specialistica territoriale il segretario nazionale del Sumai, Roberto Lala. "È il giusto coronamento di oltre due anni di trattativa che hanno visto il Sumai in prima linea convinto del ruolo strategico dei medici specialisti che operano nelle strutture territoriali del Ssn e della necessità di una convenzione che desse finalmente respiro e prospettive certe sul ruolo, sulle funzioni, sui diritti e

sulle responsabilità della categoria. Questo in una fase della sanità italiana che vede finalmente il territorio al centro di importanti iniziative di programmazione e di vera e propria ridefinizione degli assetti dello stesso sistema sanitario nazionale". Nello stesso tempo "esprimiamo il nostro apprezzamento alle Regioni per la correttezza dimostrata e per aver mantenuto gli impegni presi per la valorizzazione della professione e il rilancio dell'assistenza territoriale che sono alla base della nuova convenzione definitivamente approvata".

## **SNAMI: RICORREREMO AL TAR**

**O**vviamente ce lo aspettavamo - spiega Roberto Carlo Rossi, - comunque si rimane sempre un po' perplessi visti i sondaggi delle riviste mediche sulla convenzione. Vuol dire che c'è uno scollamento totale tra quelli che vogliono questo testo convenzionale e la stragrande maggioranza dei medici di medicina generale che si sono espressi contro il nuovo ACN. Siamo già pronti per il ricorso appena va in Gazzetta lo presenteremo".

"Ovviamente non finisce qui - afferma Piergiuseppe Conti, Presidente SNAMI. - Continueremo la nostra battaglia per i cittadini-pazienti e per tutti i medici affinché i punti "dolenti" della Nuova Convenzione, così magnificata dai politici e dagli altri sindacati, siano modificati. Nel merito, - precisa Conti - la Regione Lombardia ha riconosciuto necessariamente la ridsuzione della norma riguardante

il collegio arbitrale e quella riguardante l'avvio al lavoro dei giovani medici dal 2006". "I nostri legali sono già al lavoro, - aggiunge Conti - concluderanno molto presto i ricorsi sulla parte normativa per rimettere in discussione la Convenzione e li presenteranno al TAR del Lazio per affermare la nazionalità dei principi di SNAMI, che è sindacato nazionale. In ogni caso, il nostro ultimo ricorso alla Corte dei Conti, ironicamente commentato da qualcuno, ha fatto in modo che i fondi per l'ACN aumentassero di 4 milioni di euro, per garantire la copertura finanziaria del contratto e degli arretrati". "Sappiamo che non ci verrà meno la fiducia dei nostri iscritti e dei medici che si riconoscono nel nostro pensiero e nei nostri ideali e che stanno aumentando di numero. SNAMI - conclude Conti - segue la logica dei : fatti non parole".

# Abbiamo vinto la battaglia dei vaccini. Dedicata ai bimbi

di Luciano Ragno

**S**pentì i riflettori sul Congresso internazionale della FIMP dedicato alle vaccinazioni, è il momento del bilancio. E con chi se non con Giampietro Chiamenti che, insieme a Giovanni Vitali Rosati e Pier Luigi Tucci, del Congresso è stato il promotore e l'anima, si può fare un consuntivo che, lo anticipo, è estremamente lusinghiero? Eccoci, quindi, nella sala ormai vuota che ha ospitato il Congresso, alla Pontificia Università Urbaniana a Roma, a parlare con Chiamenti. Come valuta il Congresso?

La valutazione è positiva, superiore alle attese. Il Congresso ha rappresentato un momento di riflessione di tutta la rete della Pediatria che si rivolge alla problematica della vaccinazione. Questa rete, in sede congressuale, si è allargata a tutte le componenti del Sindacato confrontandosi anche con l'area degli Igienisti. Ne è derivato un esame a tutto campo non solo sui contenuti - e già questo sarebbe stato molto importante - ma anche sulle strategie a breve e a lungo termine. Inoltre, il Congresso ha rappresentato un confronto che ha consentito di mettere a fuoco tutte le novità in campo nazionale e internazionale nel campo delle vaccinazioni. Quest'analisi è servita per ribadire l'importanza della vaccinazione non solo come strategia per la difesa della salute del bambino, e in pratica dell'intera collettività perché il bambino di oggi è l'adulto del domani, ma anche come investimento. Mi spiego. Spendere oggi un euro per una vaccinazione vuol dire risparmiarne tanti prevenendo una malattia che finirebbe, fatalmente, per ricadere su tutta la collettività. Mi rendo conto che in Medicina l'economia non dovrebbe entrarci perché la Salute non ha prezzo. Ma bisogna essere "più realisti del re" e rendersi conto che le scelte in Medicina devono fare i conti con i bilanci dello Stato e anche delle Regioni. Ecco, la vaccinazione fa risparmiare dando allo stesso tempo un vantaggio non piccolo al bambino, alla sua famiglia e alla comunità. Senza contare i costi sociali che comporta l'assistenza di un bambino malato anche in assenza di gravi conseguenze.

## Dotto Chiamenti, al Congresso si è anche parlato di nuovi vaccini.

Quello sui nuovi vaccini è stato un confronto aperto e ampiamente documentato. Sul palcoscenico della Salute, da tempo, sono arrivati vaccini nuovi, mi riferisco a quelli contro le meningiti e contro la varicella. Da più parti, negli ultimi tempi, si sono levate voci discordanti, alcune giuste, alcune un po' forzate, altre frutto di una scarsa documentazione o comunque più rivolte al risparmio che al rispetto della garanzia dell'assistenza al bambino. Ebbene, nei giorni del Congresso - tre giorni ma intensi, dal mattino fino alla sera - il confronto sulle nuove vaccinazioni è servito a chiarire le idee a chi le idee le aveva confuse. E alla fine le valutazioni nei confronti dell'ingresso di nuovi vaccini sono state positive. Non dobbiamo dimenticare che la FIMP non si è presentata al Congresso a mani vuote, disponibile solo ad ascoltare. Si è presentata con un calendario vaccinale che aveva superato la fase dell'aggiornamento e che aveva avuto una verifica, peraltro positiva, nel mese di novembre al Congresso nazionale della categoria a Roma. Questo nostro calendario è stato il documento base, vorrei dire concreto, non fatto di chiacchiere, che la FIMP ha lanciato fin dal marzo 2003 e, dopo le opportune modifiche basate sui più recenti dati di letteratura, ha portato sul tappeto della discussione. E il recepimento da parte della Commissione Nazionale Vaccini, rappresentata al Congresso dal professor Pietro Crovari, ne è la conferma.

Vorrei sottolineare anche che la discussione sui vaccini non è rimasta alla realtà di oggi ma si è introdotta nel domani prossimo e più lontano con gli interventi di autorità nel mondo dei vaccini come i professori Shaw, Fritzell e Plotkin. Inoltre particolare attenzione è stata dedicata alle priorità vaccinali del nostro paese. Si è raccomandato, con un forte richiamo alla coscienza individuale, il sostegno alla campagna nazio-



**I RINGRAZIAMENTI DEL PRESIDENTE ALLA GESTIFIMP PER L'OTTIMA RIUSCITA DEL CONGRESSO DI ROMA**

Carissimi, volevo esprimere ufficialmente il mio personale ringraziamento, e della FIMP tutta, per l'ottima riuscita del Congresso, che ha raggiunto un pieno gli obiettivi culturali e politici che ci eravamo proposti. So, e apprezzo moltissimo, come tutti voi abbiate investito sul progetto molto di più in energie,

continua a pag.8

disponibilità, coinvolgimento, farsi carico di aspetti non di vostra pertinenza o responsabilità di quanto previsto: questa per me non è una novità, conoscendo quanto siano grandi le vostre motivazioni e quanto create nell'importanza del connubio Fimp-GestiFimp per realizzare tutte le opportunità di

na contro il morbillo e rosolia congenita ma anche la necessità di un maggior impegno da parte del pediatra curante di coprire con tutti i vaccini raccomandati vecchi e nuovi i “bambini a rischio”, non sempre purtroppo sufficientemente protetti.

### Il dibattito sui vaccini è rimasto nei confini delle valutazioni scientifiche e sociali?

No, si è allargato al confronto sugli aspetti medico-giuridici con discussioni che hanno investito il terreno della Medicina Legale, un terreno difficile sul quale esiste un dibattito aperto. Anche in questo caso, gli addetti ai lavori si sono chiariti le idee perché questi professionisti della Salute, lo ripeto, non erano solo Pediatri. Ci sono altri aspetti che mi preme sottolineare e sono quelli della formazione mirata alle vaccinazioni e della comunicazione che hanno rappresentato un tassello del successo del Congresso. Come pure il recepimento da parte della Conferenza Stato-Regioni. L'intesa è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale. E così l'iter si è concluso positivamente.

### Dottor Chiamenti, nella mattinata conclusiva, il discorso è uscito dai confini italiani.

Certamente. La FIMP non poteva organizzare un Congresso senza, umilmente, sentire il pare-

## LE TAPPE:

### 21 GENNAIO

I Pediatri di Famiglia denunciano: chiacchiere al posto dei nuovi irrinunciabili vaccini. Intanto la meningite continua a far danni. E anche la varicella. È una denuncia forte questa dei nuovi vaccini negati per un pugno di euro, mentre si spendono soldi per un'inutile lettera sul consumo dei farmaci.

Una denuncia contro la Commissione Nazionale Vaccini che da mesi discute a vuoto sul nuovo calendario vaccinale. E si perde in chiacchiere anche la Conferenza Stato-Regioni. I Pediatri di Famiglia si chiedono: di chi è la responsabilità se un bambino subisce un danno permanente da una malattia prevenibile con questi vaccini? Per denunciare questa grave situazione che penalizza i bambini, i Pediatri di Famiglia della FIMP hanno organizzato un Congresso internazionale a Roma. “Da tempo - dice Pier Luigi Tucci - sollecitiamo il nuovo calendario vaccinale, addirittura ne abbiamo proposto uno anche noi. Ma si va avanti a chiacchiere che nascondono la realtà: le Regioni, fortunatamente non tutte, negano i nuovi vaccini perché non vogliono aprire i cordoni della borsa. E così in Italia ci sono bambini di serie A e di serie B davanti alle vaccinazioni. Denunciamo questa assurda situazione proprio perché siamo i garanti della salute dei bambini che assistiamo. In questa nostra battaglia siamo alleati con il Movimento Italiano Genitori-MOIGE”. “Quello che è grave - aggiunge Giampietro Chiamenti, responsabile Area Vaccini della FIMP - è che si sta facendo passare l'inverno che rappresen-

ta la stagione preferita dai germi della meningite, lo pneumococco e il meningococco. Ed è grave che si neghino i vaccini, sicuri, efficaci, affidabili e, particolarmente, non trascurabile, già disponibili. Alcune Regioni, gratis o con il ticket, danno i vaccini. In altre i genitori li devono pagare”.

### 22 GENNAIO

“I Pediatri della FIMP - ha detto il presidente FIMP Pier Luigi Tucci - sono soddisfatti del Calendario messo a punto e che sarà sottoposto all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, perché premia il lungo impegno per l'introduzione di nuove vaccinazioni che finora erano state negate ai bambini italiani. Sono state accolte le nostre proposte, indicate da anni in un nostro calendario e ripresentate proprio in apertura di questo Congresso”. “Questo nuovo calendario - ha detto Pietro Crovari -, dopo l'ok della Conferenza Stato-Regioni, sarà messo a disposizione delle Regioni ove intendano attuare progetti vaccinali sul loro territorio. Il calendario vigente si è rivelato buono anche alla luce di analoghi calendari americani e inglesi. Questo è dimostrato dal fatto che sono state raggiunte alte coperture vaccinali ed effetti protettivi molto buoni nei confronti di polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B ed haemophilus influenzae. Non del tutto soddisfacente la situazione per quanto riguarda morbillo, parotite e rosolia per cui lo scorso anno è stato varato un piano di recupero”. “La novità - ha aggiunto Crovari parlando al Congresso dei Pediatri di Famiglia - è rappresentata dall'introdu-

zione di tre vaccinazioni con vaccini registrati e disponibili come lo pneumococco eptavalente coniugato, il meningococco C coniugato e la varicella. I bambini, secondo il nuovo calendario, dovrebbero essere vaccinati contro pneumococco e meningococco C entro il primo anno di vita che è risultata l'età più a rischio. Tre dosi di vaccino, una al terzo mese, un'altra al quinto mese e la terza all'undicesimo mese. Poiché a questa età si verifica anche la somministrazione dell'esavalente, si possono effettuare le vaccinazioni contro le meningiti in un'unica seduta. Volendo, si possono far slittare le vaccinazioni di 15-30 giorni. Se si riuscirà a raggiungere l'obiettivo di un'elevata copertura vaccinale, si avranno entro pochi anni molti strati della popolazione immunizzati oltre a una riduzione della circolazione degli agenti patogeni”. “Attualmente - prosegue Crovari - si registra un picco di casi di meningite da meningococco in adolescenti e giovani adulti: questo potrebbe richiedere un'integrazione del calendario. Per quanto riguarda il meningococco, rimane aperto il problema del B: si sta lavorando a un vaccino ma, a quanto si è detto al Congresso della FIMP, si dovrà attendere almeno 5 anni”. Il professor Pietro Crovari, nella sua documentata relazione, ha poi parlato dell'introduzione della vaccinazione contro la varicella nel nuovo calendario vaccinale. Oltre ai bambini a rischio, come gli immunodepressi e i leucemici in fase di remissione, il calendario propone la vaccinazione contro la varicella con due opzioni. La prima riguarda la vaccinazione universale di tutti i nuovi nati in concomitanza con morbillo, parotite e rosolia. La seconda opzione è quella di vaccinare gli adole-

re di esperti e di organismi sovranazionali che studiano e programmano la strategia della Salute. L'esigenza di informarsi ma anche l'ambizione di confrontarsi. Il nostro calendario vaccinale avrebbe potuto rappresentare un atto di presunzione scientifica e quindi volevamo sapere se eravamo andati oltre i nostri limiti o se invece la cultura del Pediatra di Famiglia italiano era così matura da ricevere i consensi. Soprattutto ci interessava porre l'attenzione sul ruolo del pediatra come "avvocato difensore dei diritti alla salute dei bambini" in Italia come in altri paesi in via di sviluppo. Decisamente è impossibile accettare il fatto che ogni anno possano morire diversi milioni di bambini per malattie facilmente prevenibili coi vaccini e, per quanto possibile, volevamo mettere in evidenza la nostra disponibilità a contribuire per una battaglia di civiltà e di globalizzazione della salute. E così al Congresso c'è stato il confronto con le argomentazioni del referente vaccini dell'Area Europa dell'OMS e del presidente del *Vaccine Fund-GAVI* che hanno sottolineato la triste realtà dell'alta incidenza di mortalità dei bambini nel mondo e i programmi in atto per incidere positivamente su di essa. È parso chiaro a tutti i presenti come la grande e giustificata emozione per l'eccezionalità del maremoto che ha ucciso soprattutto i bambini contrasti con l'indifferenza e l'accettazione delle quotidiane morti evitabili coi vaccini. Infine c'è stato anche un confronto con la Società Italiana di

scenti al 12°-14° anno di età ove questi giovani non ricordino di aver avuto la varicella. L'obiettivo è quello di evitare la malattia in età adulta poiché si presenta in forme molto gravi. Un'altra novità riguarda la vaccinazione contro la polio: la dose fissata al terzo anno passa al quinto anno di vita del bambino per far coincidere questa vaccinazione con quella contro difterite, tetano e pertosse. L'ultima novità del nuovo calendario è rappresentata da un richiamo per difterite, tetano e pertosse al 12°-14° anno di vita. Crovari ha tenuto a precisare che la scelta di introdurre le vaccinazioni contro pneumococco, meningococco C e varicella è lasciata alle Regioni ma ha ricordato anche che il calendario ha la funzione di uniformare in tutta Italia la strategia di applicazione. Una strategia valida per tutti i bambini.

## 3 MARZO

La Conferenza Stato-Regioni approva il Piano vaccini 2004-2006. Scrive il "Sole 24 ore": "Lo schema messo a punto dalla Commissione nazionale ad hoc del Ministero della Salute è sostanzialmente rimasto identico. L'obiettivo è dichiarato: pur intraprendendo un cammino per superare l'obbligo di legge, lo scopo è rafforzare la copertura vaccinale della popolazione italiana, sia con i "vecchi" vaccini (i quattro obbligatori contro difterite, tetano, polio ed epatite B e i sei raccomandati contro pertosse, infezioni da *haemophilus influenzae* B, morbillo, rosolia, parotite e influenza), sia con i nuovi sieri disponibili contro meningite e varicella.

È questa la vera novità, salutata

promozione delle aree di qualità della pediatria di famiglia, quanto in pratica vi riconosciate nella sua mission. Avete dimostrato anche in questa occasione come la crescita professionale di tutta la struttura operativa della Gestifimp possa valorizzare al meglio la FIMP stessa. Un ringraziamento

continua a pag. 10



piano vaccini. Per questo Pier Luigi Tucci presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri, chiarisce che adesso "tocca alle Regioni fare la propria parte".

Il sistema informativo. Sempre alle amministrazioni locali competerà lo sviluppo del sistema informativo vaccinale, definendone l'architettura e affidandone la gestione a personale adeguatamente formato. Cardine del progetto saranno le anagrafi vaccinali, i database che permetteranno di conoscere la popolazione da vaccinare, generare gli inviti e i re-inviti e programmare il lavoro dei servizi.

Andrà inoltre integrato con le reazioni vaccinali l'attuale sistema di vigilanza sulle reazioni avverse da farmaci. E, di conseguenza, bisognerà rivedere l'elaborazione dei risultati, su scala nazionale e regionale. Più controlli, dunque. E meno improvvisazione.

## 14 APRILE

Il 14 aprile il Piano nazionale vaccini è finalmente pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale. "Le Regioni e le Asl non hanno più alibi e giustificazioni. Devono cercare, nel più breve tempo possibile di predisporre gli strumenti necessari per garantire le vaccinazioni anche contro meningite e varicella - sottolinea Pier Luigi Tucci commentando la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del nuovo Piano nazionale vaccini -. È l'ultimo atto del percorso che il provvedimento doveva compiere per diventare operativo. Un provvedimento - sostiene in una nota Tucci - cui molto hanno contribuito i pediatri di famiglia della FIMP nella consapevolezza che esistono vaccini sicuri da utilizzare a difesa dei bambini".

con favore dai pediatri: l'introduzione nel calendario vaccinale dell'anti-pneumococco coniugato eptavalente, dell'anti-meningococco C coniugato e dell'anti-varicella. I primi due, da somministrare ai bimbi sotto i tre anni, sono raccomandati a tutti i soggetti a rischio oppure universalmente nelle Regioni che adotteranno specifici programmi. Il vaccino contro la varicella, invece, è consigliato nei bimbi tra uno e due anni soltanto nelle Regioni che riescano a garantire coperture superiori all'80% della popolazione bersaglio. Oppure agli adolescenti che non hanno mai contratto la malattia.

Le risorse. Il programma fa diretto riferimento agli stanziamenti previsti dal Governo per il Piano nazionale della prevenzione: 240 milioni in tutto, destinati però anche agli screening contro i tumori e agli altri interventi, come quello per la riduzione del rischio cardiovascolare. Spetterà dunque alle singole Regioni attuare le azioni necessarie e incrementare i fondi per realizzare gli obiettivi del

particolare per Giulio Santini, perché senza alcune sue prese di posizione ferme, e senza la sua opera costante e attenta nei confronti delle Aziende, la scommessa iniziale di riuscire nell'intento, e col massimo di risultati positivi, non sarebbe stata vinta.

Pediatria e con la Società Italiana di Igiene che hanno espresso il parere condiviso dell'importanza dei temi trattati. Particolarmente importante la testimonianza del Movimento Italiano Genitori MOIGE che da sempre è schierato, anche nel campo delle vaccinazioni, accanto alla FIMP.

### In sintesi, un Congresso andato molto bene.

Sono soddisfatto del lavoro che la FIMP ha fatto. Un lavoro svolto con grande impegno perché tutti noi Pediatri di Famiglia sapevamo e sappiamo di batterci per un problema importante, di grande valore sociale. Vorrei dire che nei tre giorni del Congresso ci è stata di grande aiuto la spinta venuta proprio in apertura dalle parole di un maestro della Pediatria, il professor Burgo, il quale ha ricordato a tutti che la vaccinazione è un diritto alla salute del bambino. E poi c'è stata la grande soddisfazione, aprendo i giornali al mattino o accendendo il televisore, che i Media ci sono stati vicini. Non è vero che i giornalisti apprezzano solo gli spunti che vengono dalla malasanità. Anche la buonasantità fa titolo. Vorrei terminare con un grande ringraziamento a tutti i colleghi della rete regionale vaccini della FIMP che hanno contribuito con supporto organizzativo, relazioni e moderazioni alla ottima riuscita dell'evento dimostrando ancora una volta la grande professionalità, a tutto campo, dei pediatri di famiglia e alla Gestifimp e *Learning Communication* senza il cui contributo non saremmo riusciti ad organizzare un evento di così ampia portata.

(La foto del Congresso è stata gentilmente fornita da Valdo Flori)

## IL CALENDARIO VACCINAZIONI DELL'ETÀ EVOLUTIVA

vaccino	nascita	3° mese (1)	4° mese	5° mese	6° mese	11° mese	12° mese	13-24° mese	36° mese	5-6 anni	11-12 anni	14-15 anni
DTP		DTaP		DTaP		DTaP				DTaP		Tdap
IPV		IPV		IPV		IPV				IPV		
Epatite B	HB(2)	HB		HB		HB						
HIB		HIB		HIB		HIB						
PCV		PCV3										
MPR						MPR1 (4)						
Men C		Men C(6)										
Varicella								Varicella (7a)			MPR2(6)	Varicella (7b)

DTPaP:vaccino anti difterico-tetanico-pertossico-acellulare; IPV: vaccino antipoliomielitico inattivato;

HB: vaccino contro le infezioni invasive da *Emophilus influenzae* B; PCV: vaccino anti-pneumococco; MPR: morbillo, parotite, rosolia; MenC: vaccino anti-meningococco C coniugato; HB: epatite B; Tdap:vaccino antidifterite-tetano-pertosse per adulti

**1.** Per il terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del primo giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della ottava settimana di vita fino alla 12ma settimana di vita; **2.** Nei nati da madre HbsAg positiva si somministrano contemporaneamente entro 12-24 ore dalla nascita e in siti separati la prima dose di vaccino (HB) e una dose di immunoglobuline specifiche anti epatite B (HBIG). Il ciclo va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima somministrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11° mese ( può coincidere con la terza dose del vaccino normale); **3.** Vaccino pneumococco coniugato optovalente: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; per gli altri soggetti

vaccinazione in base a specifici programmi regionali; **4.** È possibile la co-somministrazione al 12° mese dalla prima dose del vaccino MPR e della terza dose dei vaccini DtaP , IPV, epatite B e HB; **5.** MPR2 seconda dose ovvero dose di recupero (Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita - "Gazzetta Ufficiale" 297 supplemento ordinario 195 del 23 dicembre 2003); **6.** Vaccino meningococcico C coniugato: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali; **7a.** Varicella: limitatamente alle Regioni con programmi vaccinali specifici in grado di garantire coperture superiori all'80%; **7b.** Varicella: programmi di ricerca attiva e vaccinazione degli adolescenti con anamnesi negativa per varicella.

# Parole d'ordine: sinergia e integrazione

*Ispiriamoci a Gandhi: "Dobbiamo diventare il cambiamento che vogliamo vedere"*

Tanto si è parlato e si è discusso dell'argomento Gestifimp all'interno del Sindacato, di come le due realtà, che non sono altro che una, vengano a collimare, o meglio, come dovrebbero integrarsi per raggiungere quanto più incisivamente gli intenti della Fimp.

Mi propongo dunque qui di iniziare un percorso idoneo a condurre ognuno di voi all'interno di una realtà che sicuramente già vi appartiene, essendo parte integrante della Fimp, ma che forse ancora necessita di ulteriori elementi per essere compresa, condivisa e vissuta realtà attivamente impegnata nella costruzione dei percorsi atti a ottimizzare lo svolgimento della vostra professione di Pediatri.

Questo mio primo contributo vuole fare da incipit ad un nuovo approccio di un'interazione comunicativa sempre più funzionale a raggiungere il nostro obiettivo comune: il progresso della Fimp.

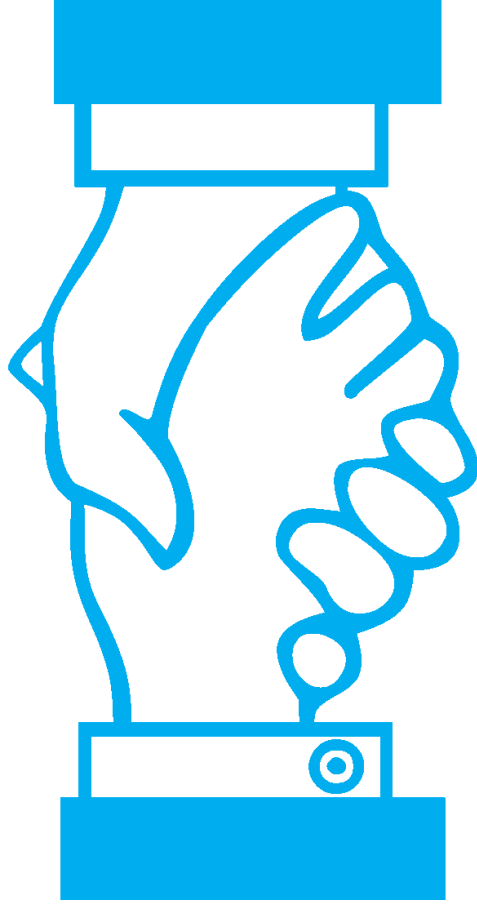
Il Sindacato per sua natura non ha intenti commerciali e non sviluppa azioni tese a produrre un profitto, ma incarna la forte necessità di tutelare i propri iscritti, di incrementare la propria cultura e le occasioni di formazione per i propri iscritti, oltre a fornire una serie di servizi oggi quanto mai necessari come, ad esempio, il sito web [www.fimp.org](http://www.fimp.org), l'allegato bimestrale "ilMedicoPediatria News" e l'ufficio stampa. Questi aspetti, però, comportano inevitabilmente dei costi da sostenere, i quali prescindono dall'autonomia di movimento di un organo preposto alla creazione di conoscenza e progresso quale è la Fimp. Inoltre, dal punto di vista più strettamente operativo, il loro reperimento richiede delle competenze negoziali che devono misurarsi con quelle di aziende leader del mercato mondiale. Le due funzioni quindi,

quella sindacal-culturale e quella manageriale necessitano di una chiara distinzione di ruoli. Da qui la necessità per il Sindacato di centralizzare in un organo interno e preposto le collaborazioni di carattere commerciale, oltre che applicare dei criteri di trasparenza nei confronti di voi iscritti e di creare una nuova cultura associativa al passo con i tempi.

È proprio per superare queste

anche quello di permettere l'effettuazione di studi e ricerche a livelli sempre superiori.

Emerge quindi l'impronta fortemente etica che è costantemente impressa in tutte le attività di Gestifimp, quella delineata dai valori mutuati dalla Fimp e resi proprie linee guida. Sono con questo a sottolineare la posizione di Gestifimp nei confronti di Fimp, una posizione di cui noi facciamo la



aree critiche all'interno del processo che nasce Gestifimp. È l'esplicitazione del modo in cui la Fimp si è ingegnata per creare un range sempre più vasto di servizi indispensabili ai propri iscritti e per poterli erogare anche in forma gratuita.

Importante poi è non perdere di vista il principale motore di questo sistema che tende verso l'iscrizione, per coadiuvarne l'autorevolezza attraverso l'apporto di cultura e formazione e soprattutto per esaltarne l'importante funzione sociale: la tutela sanitaria del bambino con l'obiettivo di consegnare alla collettività un adolescente sano cresciuto nel rispetto di valori importanti riguardanti la sua persona. Per questo uno degli obiettivi principali che la Fimp ha riposto in Gestifimp è

nostra forza, quella di impegnarci, come in passato, e sempre più incisivamente e incessantemente nello sviluppo dei servizi all'iscritto Fimp.

**Questo contesto di**

**sinergia e integrazione tra**

**Fimp e Gestifimp ci**

**permette di tendere**

**meglio all'espressione**

**sempre più compiuta del**

**professionista Fimp, cioè**

**del pediatra di famiglia**

**che diviene sempre più**

**figura di eccellenza.**

Per concludere, dandovi appuntamento alla prossima occasione, riporto una frase di Gandhi che credo possa essere fonte di ispirazione per i nostri intenti comuni: "Dobbiamo diventare il cambiamento che vogliamo vedere".

# Latte in polvere. Il no alla pubblicità. Tucci: “Ma ci sono rischi grossi”

*Il pericolo è che passi il messaggio che tutti i prodotti siano in qualche modo equivalenti*

**B**ando totale della pubblicità per il latte in polvere e a tutte le forme di promozione per l'allattamento artificiale dei neonati. Niente più omaggi alle neo-mamme in ospedale e forniture gratuite ai reparti di maternità, ma stop anche ad ogni forma pubblicitaria, compresa quella sulle riviste specializzate o negli studi dei medici. Lo prevede il 'Regolamento sulla pubblicità dei prodotti sostitutivi del latte materno', contenuto in un decreto ministeriale, pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 5 aprile.

Il divieto, più in particolare, riguarda: "ogni forma pubblicitaria degli alimenti per lattanti - si legge nel Regolamento che entrerà in vigore dal 20 aprile - comprese quelle su riviste scientifiche, pubblicazioni specializzate in puericultura, in occasione dello svolgimento di convegni e congressi, stand ed esposizioni, negli studi medici, nei punti di vendita o attraverso materiale informativo e didattico". Vietato anche qualsiasi tipo di "distribuzione di campioni gratuiti o a basso prezzo o di altri omaggi per lattanti alle donne incinte, alle madri e ai membri delle famiglie, direttamente o indirettamente, attraverso il sistema sanitario, attraverso i medici e gli infermieri".

Stop, inoltre, "alle donazioni di qualsiasi forma e tipo di forniture gratuite di alimenti per lattanti e attrezzature a istituzioni, figure profes-

sionali o altre organizzazione preposte alla nascita e alla cura del lattante". Vietato anche il ricorso ad altri sistemi di promozione "diretti e indiretti" come "la sponsorizzazione e il contributo economico di qualsiasi genere e in qualsiasi forma all'organizzazione o alla partecipazione a manifestazioni scientifiche - fatta eccezione per i congressi proposti dalle società scientifiche accreditate e autorizzati dal mini-

*D'accordo, ma con qualche riserva, con il Decreto il presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) Pier Luigi Tucci che, riconoscendo i vari aspetti positivi del regolamento ministeriale, invita però a considerare anche un altro aspetto: "Il rischio è che si crei una grande confusione e una mancanza di chiarezza: il divieto totale di pubblicità lascia, infatti, passare il messaggio che tutti i latte in polvere siano in qualche modo equivalenti, ma questo non è vero. Non vorremmo - ha concluso il presidente Fimp - che alla fine a decidere quale sia il latte migliore da somministrare ad un bambino siano i farmacisti, basandosi su valutazioni commerciali, piuttosto che i pediatri sulla base di valutazioni mediche".*

stero della Salute - finalizzati a promuovere la vendita degli alimenti per lattanti presso il consumatore", con espresso divieto di "vendita a domicilio o per corrispondenza, le esposizioni speciali, la concessione di buoni sconto, le vendite promozionali e le vendite abbinate al prodotto". No anche ai crediti formativi Ecm per gli operatori che partecipano a eventi organizzati con il contributo, a qualsiasi titolo, delle aziende produttrici di latte artificiale.

Il decreto, firmato dal ministro

della Salute Girolamo Sirchia e dal ministro delle Attività Produttive Antonio Marzano, modifica il regolamento del 6 aprile 1994, con un 'giro di vite' su ogni forma, diretta e indiretta, che miri a favorire l'uso del latte artificiale a discapito di quello materno. E prevede un maggiore impegno delle istituzioni per favorire l'allattamento al seno.

Il Regolamento prevede che le aziende sanitarie debbano acquistare direttamente i prodotti sostitutivi del latte materno "con particolare attenzione alla tutela economica dell'utente anche nella fase successiva alla dimissione ospedaliera". Il ministero della Salute, invece, "promuove campagne di corretta alimentazione dei lattanti" mentre Regioni e Province autonome "promuovono e sostengono" l'allattamento al seno attraverso: l'informazione, l'organizzazione, il monitoraggio, la raccolta di dati, la dissuasione di forme di promozione occulta o di comportamenti scorretti e la regolamentazione delle visite degli informatori scientifici ai medici.

Infine il listino dei prezzi delle aziende produttrici di latte "finalizzato esclusivamente a diffondere informazioni, oggettive e adeguate sulle alimentazioni dei neonati, incluse le conseguenze sociali e finanziarie dell'uso di tali prodotti, deve essere comunicato al ministero della Salute e delle Attività produttive".

**Il Medico Pediatra News è una realtà anche grazie al sostegno di: AIG Europe, Gruppo GPA e Gruppo UNIPOL che hanno voluto dare il loro contributo.**



## “Le nuove generazioni potrebbero avere grandi pericoli cardiovascolari”

*Un'indagine condotta nelle elementari della Fimp Lombardia e dall'Università Bicocca*

“Le nuove generazioni, i nostri figli, potrebbero trasformarsi in popolazioni ad elevato rischio cardiovascolare”. L'allarme è stato lanciato da Roberto Marinello, Presidente della FIMP Lombardia nel corso di una conferenza stampa a Milano nell'ambito del Convegno “La prevenzione cardiovascolare è una cosa da bambini”, organizzato dalla FIMP e dall'Università degli Studi Milano Bicocca. Un allarme che trova riscontro nei dati. I risultati preliminari di un'indagine condotta su 4583 bambini, in tutte le scuole elementari di alcuni centri della Brianza e in circa la metà di quelle di Monza, evidenziano come un bambino lombardo su quattro tra i 6 e gli 11 anni è in sovrappeso o addirittura obeso.

Lo studio, condotto dall'Università Bicocca e dalla FIMP Lombardia si concluderà quando saranno stati “pesati” più di 8000 bambini. Peso ma anche valori pressori. Un bambino con ipertensione primitiva ha forti probabilità di diventare un adulto iperteso, soprattutto se in famiglia ha parenti stretti che presentano questo problema. “Le campagne di prevenzione - ha detto Marinello - sono sempre studiate per gli adulti, sottolutando il problema nei bambini e negli adolescenti.

Ma, osservandoli da vicino, non è difficile capire che le nuove generazioni saranno probabilmente una popolazione ad alto rischio car-

diovascolare. Il pediatra di famiglia può, quindi, avere un ruolo fondamentale, come famiglia, scuola, Istituzioni e industrie alimentari. ”.

## Nuovo ricettario: le date di avvio



Direzione Centrale Amministrazione

Roma, 30 marzo 2005

Federazione Italiana Medici di Famiglia  
c.a., Segretario Generale Nazionale

Prot. 2005/58389

OGGETTO: Proroga utilizzazione nuovo modello di ricetta ex art. 50 d.l. 269/2003. Richiesta di precisazioni.

Con riferimento alla richiesta di chiarimenti contenuta nella lettera del 25 marzo u.s., la Scrivente, sentito, per le vie brevi, il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, non può che ribadire che la proroga dell'utilizzo non esclusivo del nuovo ricettario previsto dall'art. 50 del d.l. n. 269/2003, riguarda tutte le Regioni ad esclusione di quelle già attivate ai sensi del comma 6 dello stesso articolo 50 (Abruzzo, Umbria, Emilia Romagna, Veneto e Lazio).

## Ecco il calendario che indica le modalità dell'entrata in vigore del nuovo ricettario, Regione per Regione.

<b>ABRUZZO</b>	1 aprile 2005	<b>MOLISE</b>	1 maggio 2005
<b>BASILICATA</b>	1 maggio 2005	<b>PUGLIA</b>	1 maggio 2005
<b>CALABRIA</b>	1 maggio 2005	<b>PIEMONTE</b>	1 maggio 2005
<b>CAMPANIA</b>	1 maggio 2005	<b>SICILIA</b>	1 maggio 2005
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	1 aprile 2005	<b>SARDEGNA</b>	1 maggio 2005
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	1 maggio 2005	<b>TRENTINO ALTO ADIGE</b>	1 maggio 2005
<b>LAZIO</b>	1 aprile 2005	<b>TOSCANA</b>	1 maggio 2005
<b>LIGURIA</b>	1 maggio 2005	<b>UMBRIA</b>	1 aprile 2005
<b>LOMBARDIA</b>	1 maggio 2005	<b>VALLE D'AOSTA</b>	1 maggio 2005
<b>MARCHE</b>	1 maggio 2005	<b>VENETO</b>	1 aprile 2005

**Direttore**  
Pier Luigi Tucci

**Redazione**  
Argon Media  
via Cortina d'Ampezzo, 190  
00135 Roma

**Direttore Responsabile**  
Luciano Ragno

**Grafica e impaginazione**  
Stefano Navarrini  
stefano.navarrini@tin.it

**Area sviluppo ed informazione Gestifimp**  
info@gestifimp.org

**Stampa**

Pacini Editore  
Industrie Grafiche  
via A. Gherardesca, 1  
56121 Ospedaletto (Pisa)  
tel. 0503130262  
fax 0503130300  
www.pacineditore.it

**Supplemento al numero 2/2005 de Il Medico**

**Pediatra**  
**periodico della FIMP**

Autorizzazione Tribunale di Pisa n.6/92 del 6/02/1992

## Visite pediatriche, meglio in ambulatorio

I pediatri di famiglia di Firenze ritengono opportuno intervenire sulla polemica delle visite domiciliari per chiarire una posizione che, a quanto pare, o non è conosciuta o è mal interpretata. Ribadiamo, prima di tutto, che è assolutamente falso che i pediatri di famiglia non fanno le visite domiciliari, che non vanno mai a domicilio e che vogliono abolire le visite domiciliari; è inoltre offensivo pensare che vogliono soldi per farle! I punti da chiarire sono: tutte le patologie acute del bambino vanno viste a domicilio? Il bambino con la febbre può essere portato in ambulatorio? Si dà una risposta più appropriata a domicilio o in ambulatorio? Pur comprendendo bene l'ansia e l'angoscia di un genitore e dei nonni in occasione di una malattia febbrile del bambino, bisogna considerare che dall'altra parte del telefono c'è un professionista che sa valutare la sintomatologia riferita e che, in base ad essa, decidere se è sufficiente un consiglio telefonico, se è necessaria una visita ambulatoriale o se è indispensabile una visita domiciliare.

È logico che alla base della decisione del medico e della "accettazione" della decisione da parte del genitore, deve esserci un forte, consolidato e reciproco rapporto di fiducia. In caso contrario ogni telefonata diventa l'occasione di un "conflitto".

La paura di far uscire il bambino febbrile è legata al timore di possibili complicazioni, ma ciò non è vero, né è mai dimostrato scientificamente: tra l'altro, in molte occasioni di malattia, anche gravi, "si esce di casa" per fare analisi, radiografie, etc. Portare un bambino in ambulatorio di sicuro è disagiabile e comporta difficoltà organizzative sia familiari che di lavoro, ma non si pensa che l'ambulatorio sia il luogo più adatto per visitare anche un bambino "malato", essendo possibile consultare la cartella clinica e fare accertamenti diagnostici (es. urine, tamponi, etc) che aiutano ad una diagnosi più certa e una terapia più mirata, offrendo una prestazione equivalente a quella di un pronto soccorso ospedaliero. La visita ambulatoriale non è quindi scelta di convenienza, o

per troppi assistiti in carico, ma una risposta migliore di assistenza, oltre che qualitativa, anche quantitativa: in 1 ora di ambulatorio possono essere effettuati 5-6 interventi, mentre in 1 ora, in città, si riesce a fare a malapena una visita domiciliare.

Con l'organizzazione del lavoro in gruppi o associazioni, che si avvalgono di personale di studio, i pediatri sono in grado di dare una risposta in tempi rapidi a tutte le richieste ricevute, in perfetta sintonia con quanto il Sistema Sanitario sta attualmente chiedendo alla Pediatria del Territorio, per ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso.

Il comportamento dei pediatri è quindi in linea con quanto affermato

### LA REPLICA DI ASL E MEYER ALLA FIMP

All'indomani della lettera di Valdo Flori pubblicata il 12 marzo da "La Repubblica", le Direzioni aziendali Asl di Firenze e del Meyer - sempre attraverso le pagine del quotidiano - replicano. Ecco, una sintesi, della loro lettera. "La Sanità toscana mette al centro del sistema il cittadino e non il professionista. Tanto più quando si parla di bambini. Partiamo da questo presupposto per entrare nel merito della questione che riguarda le visite domiciliari dei pediatri di famiglia. Il problema c'è e va affrontato. Le proteste raccolte dai mezzi di informazione sulla difficoltà dei pediatri di base di svolgere le visite a casa aprono un fronte di preoccupazione, e in alcuni casi di disservizio, che investe l'intero sistema della Sanità. Non ci piace la difesa corporativa della Fimp provinciale nel non voler affrontare, con i toni giusti e le risposte più appropriate, una esigenza sempre più diffusa nelle famiglie toscane. Non c'è alcun dubbio che la risposta sanitaria migliore, il pediatra la può dare visitando i bambini in un ambulatorio ben attrezzato, con tempi rapidi e un maggior numero di visite, ma è altrettanto evidente che anche la percezione della famiglia di avere, se strettamente

anche dal Ministero della Salute che nell'opuscolo "La Nostra Salute" nel capitolo riservato a "Come usare bene quello che offre il Sistema Sanitario Nazionale" al fine di un uso razionale delle risorse, recita testualmente: "gran parte delle consultazioni possono avvenire nell'ambulatorio, riservando la visita a domicilio ai pochi e rari casi in cui è davvero necessaria".

Che alla base delle "incomprensioni" ci sia una carenza informazione al cittadino, obbligo e dovere delle Aziende Sanitarie?

\***Vicesegretario  
FIMP Toscana**

(Articolo tratto da "La Repubblica - Firenze" del 12 marzo 2005)

# Si parla tanto di Sanità e Salute. E poi si tagliano le borse di studio alla Pediatria

**A fronte di un fabbisogno di 256 borse ne sono state assegnate 178. Coinvolte le Regioni. Di questo passo non si potrà programmare correttamente il turnover nel prossimo ventennio.**

Il Decreto del Ministero dell'Università, firmato il 9 febbraio dal Ministro Letizia Moratti, ha stabilito una riduzione del 16% delle borse di studio statali assegnate ai medici specializzandi nell'anno accademico 2004-2005, in conseguenza del taglio delle risorse disponibili pari a 53,5 milioni di euro. Alla pediatria, a fronte di un fabbisogno di 256 borse, ne sono state assegnate 178: saranno le Regioni a dover intervenire, con propri fondi, per coprire i posti mancanti. È evidente lo stridore tra



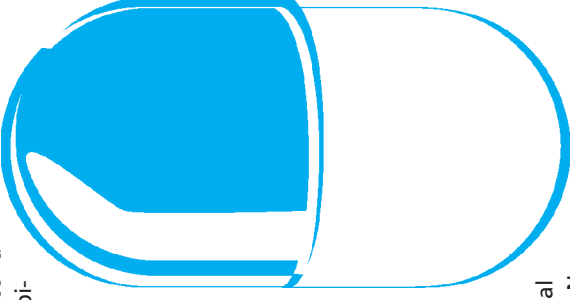
le sbandierate politiche di programmazione legate alle esigenze della Sanità e della salute, e le poli-

tiche economiche: lo stesso aumento del FSN non contiene alcuna voce relativa alle borse per gli specializzandi.

Come si può intuire, la situazione è molto pesante e preoccupante per l'area pediatrica, e per la pediatria di famiglia in particolare, che continuando di questo passo non potrà programmare correttamente il turnover previsto in misura sempre maggiore nel prossimo ventennio legato al pensionamento della maggior parte degli attuali pediatri.

## Pediatri prescrittori. Accuse e repliche

“I pediatri? I peggiori prescrittori di antibiotici. Ve lo dice un ex-pediatra”. La provocazione è di Dante Bassetti, infettivologo dell'Università di Genova, intervenuto a



Roma in un workshop sugli antifettivi. “I bambini - spiega Bassetti - sono vittime inconsapevoli della mancata resistenza dei pediatri alle prescrizioni di genitori e familiari troppo apprensivi. I bambini italiani sono spesso sottoposti a pesanti terapie antibiotiche, frutto di una prescrizione “facile” dei pediatri”. Questa non è che una delle tante voci che si sono alzate accusando i medici di “prescrizioni facili”. E a questo proposito ha fatto scalpore l'indagine del Progetto Arno “Bambini e farmaci” coordinato dal consorzio interuniversitario Cineca di Bologna e dall'Istituto Mario Negri di Milano e pubblicato dalla rivista “Ricerca&Pratica”. Secca la replica di Tucci, ripresa anche dal settimanale “L'Espresso”. “I dati italiani sono nella media europea e sono in linea anche con quelli statunitensi. L'analisi poi non è esaustiva dal momento che non sono registrate le diagnosi”. Non conoscendo le patologie per cui sono stati prescritti i medicinali non se ne può giudicare l'appropriatezza. A premere sulla prescrizione i genitori motivati dall'ansia ma anche “l'esigenza di mantenere i bambini - dice Tucci - malati per il tempo minimo possibile così da non interferire con le attività familiari”. Ma il problema più pressante resta quello dei farmaci pensati per gli adulti e comunque destinati ai bambini. “Ma il metabolismo dei piccoli - dice Tucci - è diverso da quello degli adulti e cambia nelle diverse fasce di età”. La carenza di medicinali specifici è soprattutto legata a fattori economici. Ma, come al solito, questa è un'altra storia.

## LETTERE

### IL GRANDE RUOLO DI *Vaccine Fund* - GAVI

*Ho letto del grande impegno del Gavi, alleanza mondiale per le vaccinazioni. Vorrei saperne di più. ( Lettera firmata).*

Per rispondere alla richiesta del lettore, pubblichiamo una nota dell'Adnkronos in occasione del Congresso Fimp sulle vaccinazioni:

“Ogni anno dice - Jacques Francois Martin, Presidente del *Vaccine Fund* - ventisette milioni di bambini non hanno accesso alle più comuni pratiche di immunizzazione. Di questi oltre due milioni e mezzo muoiono per malattie prevenibili: sono circa 240 mila ogni mese. In pratica come se avvenissero 12 tsunami silenziosi l'anno. Dalla loro fondazione la Gavi e il *Vaccine Fund* hanno permesso la vaccinazione di 60 milioni di bambini scongiurando circa 650 mila decessi, secondo l'OMS. Proteggere un bambino con la vaccinazione di base non costa più di 25 euro”.

## Giovanni Paolo II. Il Papa dei bambini. La FIMP si unisce al dolore della Chiesa

Pier Luigi Tucci, presidente Fimp

**L**a FIMP si unisce al dolore della diocesi di Roma, della Chiesa e del mondo per la morte di Papa Giovanni Paolo II. Una morte vissuta come la sua vita, “in accoglienza del vangelo della vita come dono sempre nuovo, con la gioia di celebrarlo con gratitudine in tutta la sua esistenza, col coraggio di testimoniare con tenacia operosa, per costruire la civiltà della verità e dell’amore”, e per questo accettata con letizia e serenità come la “sorella morte” di Francesco, uno dei santi che più amava.

In aggiunta a tutte le valutazioni che da innumerevoli punti di vista hanno sottolineato l’importanza e il valore grandioso di questo servo di Dio, quali riflessioni può fare un pediatra di famiglia? A me viene in mente, e vi propongo, questa mia. Noi pediatri abbiamo in comune col Papa un ruolo genitoriale. In aggiunta ai figli carnali, i nostri piccoli assistiti sono in qualche modo nostri figli, e abbiamo nei loro confronti il compito di aiutarli a crescere, come persone. Noi abbiamo promulgato la Carta dei diritti del bambino assistito dal pediatra di famiglia, e più volte ci rifacciamo alla definizione di tutela quale emerge dalla Convenzione Internazionale dei diritti del bambino: “garantire al bambino la protezione e le cure necessarie al suo benessere”. Ebbene, Giovanni Paolo II, nell’accogliere i bambini e i giovani di tutte le nazioni e le etnie, richiama ad un diritto superiore al benessere: il diritto alla felicità, felicità negata a tanti di loro in tutto il mondo, a causa di privazioni della dignità, dell’innocenza e persino della vita, dovute a violenza, povertà, carenza di casa, mancanza di adeguata assistenza sanitaria e di educazione, ai danni da alcol e droga, a stati di abbandono e abuso.

È un richiamo ad un nostro ampliamento di prospettiva, che permette, se messo in opera, di meglio comprendere e accettare la riconoscenza del Papa per le fatiche dei genitori, degli insegnanti, degli operatori pastorali, sociali e sanitari, e di tutti coloro che sono al servizio della famiglia e dei bambini con il medesimo atteggiamento di Gesù Cristo che dice: “Lasciate che i bambini vengano a me, non glielo impedito perché a chi è come loro appartiene il regno di Dio” (Mt 19, 14).

Vogliamo per questo ricordarlo con le sue parole espresse in occasione del Giubileo dei bambini, il 2 gennaio 2000.

### GIUBILEO DEI BAMBINI – 2 GENNAIO 2000 ANGELUS

**A**ll’inizio di un nuovo anno, cari bambini e giovani, non possiamo dimenticare *tutti coloro che alla vostra età soffrono a causa della fame e della violenza e quanti sono vittime di forme orribili di sfruttamento. Come potremmo dimenticare i numerosi bambini ai quali è negato perfino il diritto di nascere? Quando le persone vogliono edificare un mondo ignorando Dio e la sua Legge, creano, di fatto, una situazione di ingiustizia e sofferenza sempre maggiori.*

*Con il Giubileo, il Signore ci invita a correggere questi errori, cooperando al grande piano che ha elaborato per ogni persona e per tutta la razza umana. Gesù ha bisogno di voi per svolgere questo compito. Affidati ai suoi piani a voi e vi chiede:*

*Desiderate essere miei amici? Desiderate aiutarmi a rendere il mondo più bello e accogliente? Desiderate essere testimoni del mio amore per la Chiesa e per il mondo? Ditegli “sì” con entusiasmo e portate la gioia del Vangelo nel nuovo millennio. Appartentamo di più al nuovo millennio, il terzo millennio, che al secondo. Miei cari bambini, voi sicuramente ricorderete cosa accadde quando Gesù, all’età di dodici anni, durante il pellegrinaggio a Gerusalemme, rimase nel Tempio. Maria e Giuseppe lo trovarono a parlare con i dottori, sorpresi dalla sua intelligenza e dalle sue risposte (cfr Lc 2, 47-48). Ricorderete anche come Egli stesso, essendo un instancabile predicatore dell’amore di Dio per gli uomini, propose di fronte ai discepoli i bambini come modello di quanti accolgono il Regno di Dio (cfr Mc 10, 14-15). Cominciando con voi, bambini e adolescenti, la serie delle solenni celebrazioni giubilari, la Chiesa vi pone al centro dell’attenzione dei credenti. Ricevete il dono del Giubileo e tornate a casa trasformati dall’amore di Gesù, che vi ha dato la sua amicizia. Seguitelo con entusiasmo e aiutate tutti ad avvicinarsi a Lui con totale fiducia. Gesù è la Porta Santa che ci permette di entrare nel Regno di Dio.*

*(foto tratta dal sito del “La Repubblica” - [www.repubblica.it](http://www.repubblica.it))*

