

il Medico Pediatra

n e w s

2004. Un anno decisivo

- ✓ FIRMA DEL CONTRATTO
 - ✓ DIFESA DELLA PROFESSIONE
 - ✓ TUTELA DEI DIRITTI DEL BAMBINO
 - ✓ PIÙ PRESENZA E IMPEGNO SUL TERRITORIO
 - ✓ PIÙ VOCE CONTRO LE PREVARICAZIONI
DELLE ISTITUZIONI
 - ✓ PRIMI ATTORI NELLA FORMAZIONE
A DISTANZA
 - ✓ ESPORTIAMO IL NOSTRO MODELLO
IN EUROPA
- PIER LUIGI TUCCI

Questa pubblicazione è stata realizzata
grazie alla collaborazione di

Wyeth

Convenzione

La FIMP giudica
negativo
il documento
presentato
dalla SISAC.
Non si riscontrano
elementi chiari
e innovativi.

Mele a pag. 3

Intimidazioni

Si sta aggravando
il clima
di intimidazioni.
Una pediatra
aggredata a Casoria
in Campania.
Un appello:
più protezione.

a pag. 8-9

Grazie Veronesi

L'oncologo scrive
su "Oggi":
"Tutta l'Europa
invidia il nostro
pediatra.
Teniamocelo
stretto".
Il grazie di Tucci.

a pag. 16

Tempi bui per noi medici: cresce il clima intimidatorio

Accordi delle Regioni con la Guardia di Finanza, multe e carcere se non si rispetta la privacy. E se fossero espedienti per diminuire la nostra credibilità e dare un colpo al Servizio Sanitario?

Cari lettori,



L'anno che si è concluso ci porta l'inizio ufficiale delle trattative per il rinnovo del nostro ACN. Ci eravamo lasciati con la notizia di due giornate di sciopero programmate per il 27-28 novembre, viste le non risposte alle richieste congiunte di tutti i Sindacati dell'area del convenzionamento. La prima riunione ufficiale di presentazione dei componenti della SISAC e delle nuove modalità di trattative ha dato modo al Presidente della SISAC, dr. Luigi Covolo, di fare importanti dichiarazioni ufficiali tra le quali: l'intenzione delle Regioni di tutelare il SSN, la loro volontà di potenziare l'assistenza territoriale in ottemperanza al P.S.N. 2003-2005, la non penalizzazione della struttura del compenso, l'impegno della SISAC ad individuare le modalità per garantire tempi certi e contenuti per la stipula degli accordi regionali, la calendarizzazione di una serie di prossimi incontri. I Sindacati hanno convenuto, in modo pressoché totalitario, di non revocare lo sciopero ma di sospenderlo per offrire un segno di apertura alle Regioni e di apprezzamento alle iniziative della SISAC, pronti peraltro a realizzarlo qualora gli impegni assunti non fossero mantenuti. La FIMP, in un Consiglio Nazionale tenutosi a Roma, ha approvato tale orientamento. Tutti abbiamo coscienza che il percorso verso la conclusione dell'ACN è ancora lungo e dovrà confrontarsi con rilevanti questioni normative e con la quantificazione delle risorse; in tali momenti potrebbero essere necessarie molte prolungate e diversificate azioni di lotta.

Le trattative sono entrate nel vivo dal 12 dicembre, giorno in cui la SISAC ha presentato formalmente le sue proposte e nei giorni 17 e 18 dicembre, in cui sono stati definiti gli obiettivi condivisi che la convenzione dovrebbe garantire e sulla cui base saranno successivamente costruiti gli articolati.

Cari colleghi,

Se da un lato l'inizio delle trattative è un punto fermo positivo, congiunto con l'ulteriore chiusura di altri accordi regionali, non posso purtroppo non rilevare come stiano crescendo il clima e gli atteggiamenti intimidatori nei confronti dei medici. Come possono essere, infatti, interpretati gli accordi scellerati che alcune Regioni hanno stipulato con la Guardia di Finanza per valutare l'appropriatezza prescrittiva, malgrado la presenza in un apposito articolo dei DPR della prevista costituzione di Commissioni per l'appropriatezza in tutte le aziende sanitarie locali? Militarizziamo di fatto la Sanità italiana e, in più, paghiamo due entità per svolgere la stessa funzione?

E che dire delle multe sino a 70.000 euro e del carcere da sei mesi a tre anni se non si osserva quanto stabilito dalla legge 196 del 30 giugno 2003 (privacy) che prevede, tra l'altro, di chiamare i pazienti per numero e non per nome o di compilare ricette bianche senza nome e cognome? E delle migliaia di macchinette per medici e farmacisti con cui stampare delle "pecette" (codice fiscale a barre) da mettere su ogni ricetta compilata sia in studio che al domicilio dei pazienti? E' solo un ulteriore aggravio burocratico o un ulteriore espediente per diminuire la credibilità dei medici e quindi del sistema sanitario pubblico? L'aggressione alla nostra collega di Napoli è l'ultimo atto di una serie sempre maggiore di atteggiamenti ostili nei confronti anche di Pediatri di Famiglia e richiede una reale garanzia di tutela della nostra integrità fisica, specie in certe aree nelle quali lavorare con coscienza e professionalità non è sufficiente messaggio educativo, etico e culturale.

Documento Sisac: mancano chiarezza e innovazione

di Giuseppe Mele
Segretario Nazionale FIMP

Il 12 dicembre 2003 si è tenuto regolarmente l'incontro dei sindacati con la SISAC per il rinnovo della Convenzione. La nostra delegazione era formata da tutta la Segreteria Nazionale.

Ci è stato presentato e consegnato, come promesso, uno schema di documento redatto dalla stessa SISAC che è da considerare base di discussione per possibili modifiche da concretizzarsi nei prossimi incontri con l'intento di arrivare ad una formulazione condivisa che definisca obiettivi e risorse disponibili propedeutici alla stesura dell'articolo.

In generale, il documento ripropone quanto è stato già formulato nell'Atto di Indirizzo da noi precedentemente valutato e presenta, quindi, delle evidenti criticità che hanno sollevato delle forti perplessità in seno alla nostra delegazione, e in altre organizzazioni sindacali. È stato registrato un certo "appiattimento" della FIMMG a tali impostazioni, tanto da suscitare critiche, sia da parte nostra che dello SNAMI, per il rischio di una non chiara definizione della struttura del compenso. In particolare, abbiamo voluto chiarire che il testo così come è stato riformulato non dà nessuna garanzia, ed è stato ripetutamente chiarito che la parte pubblica non può ipotizzare di concludere una trattativa nazionale in perdita rispetto agli attuali emolumenti. Poiché si tratta di un'ipotesi di lavoro, abbiamo però precisato l'utilità della riscrittura del testo, con la garanzia delle succitate affermazioni e la possibilità che le percentuali previste nella struttura del compenso (70 e 30%) vengano riviste sulla base di nuove valutazioni.

La parte pubblica ha ribadito più volte la necessità di costituire una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria, di promuovere la medicina associata prevedendo anche strutture operative definite in sede regionale, composte ed organizzate dagli stessi professionisti, fondate sul lavoro associato, anche con sede unica, di MMG, di Pediatri di Famiglia, Medici di Continuità Assistenziale, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni ASL. È stato, però, obiettato che non sono necessarie rivoluzioni e che l'attuale Sistema Sanitario, così come è concepito, regge perché impostato sul rapporto di fiducia individuale fra medico ed assistito e che comunque qualsiasi organizzazione futura deve essere prevista solo ed esclusivamente su base volontaria.

Da parte nostra, abbiamo sostenuto la nostra specificità di ruolo in quanto professionisti in grado di soddisfare la richiesta di salute del bambino nella sua globalità (a tal proposito Covolo, ci ha esortato a consegnare eventuali proposizioni o progetti, strumenti, diversi rispetto alle formulazioni contenute nel documento). Altre osservazioni emergono da una prima lettura che vi è stata da parte della Segreteria Nazionale riunita nella nostra sede subito dopo l'incontro.

Il documento, appare, a nostro avviso troppo spinto nei confronti dell'assistenza primaria del Medico di Medicina Generale. Risulta fin troppo evidente come tra gli obiettivi di carattere generale sia previsto, tra l'altro, l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza (ADI = LEA per i MMG), mentre manchi qualsiasi accenno ad obiettivi quali l'Educazione Sanitaria, la Promozione alla Salute e la Prevenzione.

In conclusione, il nostro giudizio è negativo, in quanto non abbiamo riscontrato elementi di chiarezza ed innovazione rispetto ai documenti precedenti. Qualcuno al nostro interno, e non solo (SNAMI), ha ipotizzato l'idea di un "Accordo Ponte", così come discusso in un precedente Comitato Centrale, in cui si possa prevedere solo un adeguamento di tipo economico senza stravolgere l'attuale impianto normativo.

Un successivo incontro è previsto per mercoledì 17 dicembre. In tale data abbiamo deciso di apportare delle modifiche ed osservazioni di carattere generale che salvaguardino la nostra categoria.

Dopo tale data, inizierà una calendarizzazione piuttosto serrata per arrivare, forse, in tempi ragionevoli, ad un nuovo Accordo Collettivo Nazionale.

RAPPRESENTATIVITÀ

SINDACALE:

TUCCI SCRIVE A COVOLO

La SISAC ha aperto le trattative per il rinnovo degli ACN e mi corre l'obbligo di ricordarLe che spetta a Lei la verifica e il rispetto della rappresentatività delle sigle sindacali invitate e sedute al tavolo delle trattative, anche, e direi soprattutto, in questa fase di discussione delle linee di indirizzo generali precedenti la discussione dei disciplinari propri di ogni singola categoria. La FIMP Le chiede di verificare la rappresentatività o meno, secondo la normativa vigente, sia della F.N.A.M. C.I.Pe. sia dell'altra associazione presente al tavolo (cui tra l'altro ha fatto firmare per due volte la presenza) che si identifica sotto la sigla C.I.Pe. La FIMP chiede di sapere se gli inviti ufficiali a partecipare alle trattative sono inviati solo alla F.N.A.M. C.I.Pe. o anche alla C.I.Pe., e di conseguenza le motivazioni addotte per giustificare la presenza anche di altre sigle non ufficialmente invitate. La FIMP fa presente che è in atto un contenzioso, arrivato anche alle vie legali, all'interno della F.N.A.M. C.I.Pe., tra il Presidente, dottor Roberto Zamboni, e un gruppo di dissidenti, per cui potreb-

berò non essere presenti attualmente, o mancare per il futuro per entrambe le sigle i criteri di rappresentatività previsti. Poiché la FIMP ritiene che gli atti e i comportamenti volti al rispetto delle norme sulla rappresentatività sindacale non rispondano ad esigenze di norma, ma siano sostanza, domanda a che titolo i rappresentanti della C.I.Pe. presenzino, intervengano e firmino, in quanto non risultano né firmatari dell'ACN per la pediatria di libera scelta, né tanto meno sigla su cui verificare i dati di rappresentatività al 31/12/2002. Non risulta inoltre che la normativa preveda la presenza di uditori, e che questi possano interloquire e presentare documenti. I partecipanti al tavolo identificati sotto la sigla C.I.Pe. non hanno per la FIMP titolo ad essere presenti: il permanere della situazione potrebbe inficiare la legittimità dell'accordo. La FIMP ha atteso che Lei si esprimesse su di una richiesta di parere espresso da una delle sigle su citate, ma, non essendo stata ancora ufficialmente comunicata una decisione in merito, Le risollecita una risposta scritta ai quesiti che oggi le sottoponiamo. In caso di mancata o non esauritiva risposta saremo costretti anche a non sederci al tavolo delle trattative, riservandoci ogni altro tipo di tutela legale e non.

L'infanzia oggi: la voce FIMP nel rapporto del Tribunale per i Diritti del Malato

Il Rapporto 2003 del Tribunale per i Diritti del Malato, presentato il 12 dicembre a Roma e basato sulle segnalazioni arrivate al Pit Salute del TdM dal settembre 2002 a novembre 2003, evidenzia l'immagine di un Paese diviso con aree con diverso grado di sviluppo e diversa capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, con le Regioni del Centro-Sud in affanno evidente e sempre più chiamate a scegliere se vendere i propri beni, a cominciare dagli ospedali, o selezionare e ridurre le prestazioni. All'interno del gruppo di Regioni che fa registrare i risultati migliori, sottolinea il Tribunale per i Diritti del Malato, si possono individuare tre sottogruppi: nel primo, all'interno del quale rientrano le aree di eccellenza, si confermano Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia; nel secondo, costituito da Toscana, Emilia Romagna e Veneto, si collocano Regioni che mostrano risultati sicuramente di ottimo livello, anche se distanti dal gruppo delle Regioni di testa; nel terzo, costituito da Umbria, Lombardia, Liguria, Piemonte e Marche, si trovano Regioni che fanno registrare un buon risultato, ma lasciano intravedere aree di criticità tanto in termini di accesso che di adeguatezza. Più distanti le Regioni meridionali, con situazioni di complessità e problematicità.

Tra gli altri aspetti evidenziati dalla relazione, una lenta, ma costante erosione del Servizio Sanitario Nazionale, con un'ulteriore riduzione della accessibilità ai servizi, e il consolidamento e l'aggravamento dei tagli alle prestazioni già visibili nel 2002, senza alcun miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi. E ancora liste d'attesa sempre più lunghe per esami e visite, ma anche per interventi chirurgici, dimissioni forzate dagli ospedali in aumento e bilanci familiari messi a dura prova dall'acquisto di medicinali trasferiti in classe C, cioè a carico dei cittadini, come gli antistaminici. Toscana, Emilia Romagna, Veneto, Umbria, Marche e Trentino si confermano le Regioni che possono vantare tempi di attesa più ragionevoli.

Il rapporto del Tribunale per i Diritti del Malato denuncia, inoltre, che la libera professione intramoenia resta una pietra dello scandalo per i cittadini che se la vedono proporre come una modalità per aggirare, a proprie spese, i ritardi e le inefficienze del servizio pubblico.

Il TdM ha consegnato a Governo e Parlamento un nutrito pacchetto di richieste, sottolineando "la scarsa, se non nulla attenzione nel 2003 ai bisogni dei cittadini".

Alla presentazione era presente il Presidente Nazionale della FIMP, Pier Luigi Tucci, che in un suo intervento ha affrontato gli aspetti specifici della pediatria, sollecitando un contributo a collegare la sfera dei diritti a quella dei doveri, e a individuare indicatori più condivisi tra cittadino e medico.

■ AMAMI: 10.000 MEDICI SONO ACCUSATI INGIUSTAMENTE OGNI ANNO DI MALPRACTICE. E LE DENUNCE NON SI FERMANO

"Aumentano le denunce contro medici innocenti", commenta il Consiglio Direttivo Nazionale dell'Amami, l'Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente, di fronte ai risultati del "Pit Salute 2003", il rapporto del Tribunale per i Diritti del Malato-Cittadinanzattiva. "Se è vero che i sospetti errori medici sono in aumento - commenta in una nota Maurizio Maggiorotti, presidente dell'Associazione - certo è che vedremo ancora più sanitari innocenti trascinati in giudizio e poi assolti da accuse infondate". "Ma - prosegue Maggiorotti - che avranno patito danni irreparabili sotto il profilo morale e professionale". Il fenomeno dell'accusa ingiusta nei confronti dei "camici bianchi" colpisce oggi, secondo le stime dell'Amami, circa 10.000 volte l'anno la professione medica.

Pediatri di famiglia e vaccinazioni.

Audizione di Tucci in Parlamento

I Presidenti di Camera e Senato, d'intesa tra loro, hanno autorizzato lo svolgimento dell'indagine conoscitiva sulla copertura vaccinale in età pediatrica e sulla ospedalizzazione dei bambini affetti da malattie infettive. La Commissione si avvarrà dell'ausilio di consulenti in modo tale da elaborare un documento conclusivo che abbia valore non solo nell'ambito parlamentare ma anche all'esterno. In questo ambito il presidente Pier Luigi Tucci ha tenuto un'audizione davanti alla Commissione Parlamentare per l'Infanzia. Ecco alcuni stralci.

“ Il vaccino – ha detto Pier Luigi Tucci durante l'audizione – è un farmaco speciale: si somministra per la prevenzione e a soggetti sani ed il beneficio è sia collettivo, sia individuale (quello individuale, ipotetico, è legato alla probabilità di potersi ammalare).

La situazione, dal nostro punto di vista di pediatri di famiglia, parte dal presupposto che siamo costantemente in contatto con un universo che chiede sempre nuove risposte rispetto alle pratiche vaccinali. Se l'orientamento è passare da vaccinazioni in cui l'obbligo è l'elemento determinante a vaccinazioni in cui è il consenso l'elemento sempre più implicito, cambiano il modo di porsi rispetto al problema, il tipo di domande che ci vengono rivolte e le risposte che dobbiamo dare.

Oggi, vaccinare con successo - una popolazione o un bambino - parte da un accordo che coinvolge i tre attori implicati: la sanità pubblica, la famiglia ed il pediatra di famiglia. Dal concerto di tali tre realtà si possono ipotizzare ed attuare iniziative atte alla vaccinazione accettabile e di successo. In Italia si sconta una consuetudine di un ruolo molto forte dell'igiene pubblica. Crediamo che tale situazione vada in parte modificata, poiché è cambiato il modo di affrontare, rispetto al passato, le vaccinazioni.

I processi nella definizione delle politiche vaccinali si possono meglio gestire se l'intero percorso è fatto assieme da tutte le componenti che in essi svolgono un ruolo. Ad esempio, in Toscana, all'interno della commissione pediatrica regionale interessata al problema delle vaccinazioni, abbiamo realizzato una pubblicazione, nella quale sono riassunti non soltanto il calendario, i tempi e le modalità di vaccinazione, ma anche le indicazioni specifiche per rispondere ad una serie di problemi. Tali indicazioni riguardano la particolare attenzione che deve essere prestata nella anamnesi prevaccinale, le modalità di conservazione dei vaccini, le modalità di somministrazione, il modo in cui trattare gli shock anafilattici, gli intervalli da rispettare, le procedure da applicare con gli immigrati di cui non si conosca la storia vaccinale precedente, la interpretazione e valutazione delle reazioni collaterali e gravi, le reali controindicazioni e le false controindicazioni e, soprattutto, l'aspetto collegato al concetto del consenso o dissenso informato. Noi siamo maggiormente favorevoli

alla attuazione del dissenso informato, motivato per iscritto e registrato, rispetto alla accentuazione del consenso informato. Esiste infatti il rischio di utilizzare la terminologia del “consenso informato” attribuendole una valenza che non corrisponde mai al significato che dovrebbe avere (professionale? legale?), in presenza di una molto pronta risposta favorevole delle famiglie alla somministrazione del vaccino, col rischio di accentuare la valenza negativa del vaccino che, invece, deve essere visto in un'ottica fondamentalmente positiva.

In questo senso, il nostro ruolo, quali pediatri di famiglia, è essenziale. Il nostro consiglio è determinante nella promozione ed accettazione di qualsiasi pratica vaccinale perché il nostro lavoro e il nostro approccio sono diversi da quelli seguiti dal medico dell'adulto. La nostra impostazione è legata essenzialmente alla promozione della salute, alla adesione a corretti stili di vita e, quindi, ad un atteggiamento maggiormente preventivo, educativo e pedagogico. E' più facile di conseguenza che si parli in modo più ampio, tranquillo e sereno anche di queste problematiche che rappresentano un nostro tema quotidiano.

Tra gli obiettivi che il pediatra di famiglia deve raggiungere in questo campo vi è, innanzitutto, avendo la responsabilità del singolo assistito, la tutela della salute di quest'ultimo attraverso la profilassi delle malattie infettive. Ciò riguarda non solo e non tanto le malattie che, attualmente, sono previste dal piano nazionale dei vaccini ai fini di una copertura vaccinale ma anche l'attenzione alle altre nuove vaccinazioni, immesse in circolazione dal Ministero e a cui, per questa stessa circostanza, sono riconosciute, oltre all'efficacia, l'accettabile rapporto rischio-beneficio. C'è poi un altro obiettivo: il raggiungimento del tetto di soglia vaccinale utile alla eradicazione del germe nella comunità. Inoltre, bisogna contribuire alla costruzione del registro epidemiologico per le reazioni avverse ai vaccini e per la incidenza delle malattie infettive.

Questi punti sono stati recepiti nel nostro A.C.N. proprio per consentirci che tutto il percorso possa essere attuato e registrato, dalla promozione e dalla eventuale esecuzione fino alla verifica degli effetti collaterali.

Si dà molta importanza alla formazione. I pediatri di famiglia sono molto rispondenti alle proposte formative

sulle vaccinazioni, tema sempre attuale e sempre nuovo e ciò fornisce la garanzia di come la categoria, in tal senso, ne sia coinvolta.

Su due punti problematici vorrei far porre la vostra attenzione. Il piano nazionale dei vaccini, oltre a definire il nostro ruolo, a tutti i livelli, afferma che bisogna garantire un servizio orientato al cittadino e su base locale e che tutte le visite ed i contatti con il medico devono essere utili per controllare lo stato di vaccinazione e, all'occorrenza, vaccinare. I dati che avete rilevato dal progetto ICONA, o da altri, evidenziano una certa discordanza tra l'effetto desiderato come copertura vaccinale e il dato reale: in molte situazioni, ciò è legato al fatto che i pediatri di famiglia non sono coinvolti attivamente nella pratica vaccinale.

Vi illustro un esempio di due procedure diverse perseguite dalla Regione Toscana e dalla Regione Sicilia. Tre anni fa, la Regione Toscana emanò una sua direttiva per arrivare ad una copertura vaccinale del 95 per cento contro il morbillo, coinvolgendo esclusivamente i servizi di vaccinazione territoriali, cioè consultori e servizi di igiene pubblica, escludendoci completamente da ogni possibilità di integrazione delle strategie vaccinali. In Sicilia, si è operato in modo opposto. In Toscana, il tasso di copertura medio contro il morbillo è dell'83 per cento mentre, in Sicilia, è del 92 per cento. Questo significa che spesso c'è una incoerenza tra la teoria e la pratica.

Il pediatra di famiglia è stato citato già per altre funzioni che è bene risottolineare. È stata affermata l'importanza di essere sentinelle nell'ambito delle malattie infettive. Non è stato ricordato che anche i pediatri di famiglia, in base all'accordo Stato-Regioni del 2000, fanno parte della sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza. Desidero ricordare che, tre anni fa, il primo caso di influenza fu isolato e tipizzato a Milano dopo che proprio un pediatra di famiglia aveva fatto diagnosi utilizzando una diagnostica rapida nel proprio studio. Tuttavia, l'aspetto particolare è costituito da SPES, il servizio che, dal 1999, coinvolge 700 pediatri di famiglia, in forma gratuita, la cui attività è stata determinante nel cogliere i primi segnali della epidemia di morbillo a Napoli ed in Campania, lo scorso anno. Andrebbe compiuta una riflessione un po' più particolare su questa realtà. Ci chiediamo come sia stato possibile attivare fondi, per quanto minimi, per l'influenza mentre per la promozione di questa attività di sentinelle, per questa attività molto particolare, importante e ad ampio raggio, invidiata da molti, non ci siano stati finanziamenti.

Come strategia, la nostra associazione si è strutturata proprio per dare risalto e visibilità al ruolo specifico dei pediatri di famiglia, dando corpo ad una rete di referenti regionali e provinciali sulle vaccinazioni e stiamo spingendo perché ogni Regione abbia una commissione regionale vaccini, nella quale siano coinvolti tutti gli attori delle vaccinazioni. A tal fine, abbiamo più volte richiesto al Ministero di far parte della commissione nazionale vaccini, per avere assicurata una coerenza di rapporto tra ruolo e competenze: purtroppo, una risposta al riguardo ancora non c'è stata. Per rispettare e venire incontro anche alle domande che tutti i nostri colleghi ci ponevano su come comportarsi nei confronti delle nuove vaccinazioni che

sono state introdotte, abbiamo, in tempi rapidi e a valenza scientifica, promosso un primo calendario vaccinale della FIMP, che ha costituito una grande base di discussione a livello nazionale, perché ha fatto realmente rientrare in queste dinamiche il mondo pediatrico ed ha iniziato un percorso che può essere foriero di molti risultati. Avete anche letto come siamo stati presenti, a livello di opinione pubblica, nell'ultima situazione collegata con la vaccinazione anti influenzale. Varrebbe la pena sottolineare come, grazie anche al nostro intervento, sono cambiate molte posizioni al riguardo. Siamo interessati - e in questo senso ho portato con me alcuni dati che, anche se riferiti solamente ai fiorentini, credo siano importanti - al problema della copertura vaccinale degli immigrati o dei bambini non italiani. Uno dei grossi problemi a livello di conoscenza è capire se i servizi attualmente a disposizione garantiscano un livello ottimale di copertura.

Ho fatto fare una verifica da parte della mia azienda ASL di Firenze della situazione dei nati del 2000 residenti a Firenze, e emergono dati interessanti: maggiore è l'incidenza di stranieri nei distretti, minore il tasso di copertura. Siamo in presenza di un'area grigia che andrebbe meglio sottolineata”.

“La prima disomogeneità nel passaggio dallo Stato alle regioni - ha continuato Tucci - riguarda i finanziamenti che ogni Regione assegna alla prevenzione. Molte regioni sono decisamente al di sotto del valore orientativo del 5,5 per cento e all'interno di questa quota le vaccinazioni rappresentano una parte infinitesimale. Vi deve essere una scelta di campo da parte del sistema per la quale, nell'ambito degli investimenti per la prevenzione, la vaccinazione sia l'investimento principale, perché, se non altro, ha sicuramente dimostrato nel rapporto costi benefici un risultato accettabile, conseguibile e valutabile. Bisogna muoversi verso vaccinazioni nuove. Si è parlato delle gastroenteriti come la maggiore causa di ricovero e tra poco si arriverà al vaccino contro i rotavirus. Se non si giunge rapidamente a definire un percorso coordinato, avverrà che i finanziamenti per queste nuove immissioni saranno ridotti in funzione di altre priorità, che però non garantiscono lo stesso tipo di risultato. Una delle nostre principali preoccupazioni conseguente alla riforma del Titolo V della Costituzione che, anche nell'ambito della prevenzione, vi fosse una eccessiva frammentazione, è ora in parte superata, essendovi un tavolo di concertazione Regioni-Governo che cerca, di giungere ad un quid definito da applicare in ogni Regione. Ciò però non può andare contro situazioni specifiche regionali in cui vi possono essere iniziative aggiuntive (come in Puglia per l'epatite A) che debbono essere messe in atto per tamponare situazioni particolari. Avviene lo stesso in Europa, dove vi è un numero di vaccini uniformemente garantiti e si mantiene un plafond comune, anche se con calendari diversi o tipi di vaccini diversi. Concludo ricordando, non essendo questo profilo ancora stato affrontato, che, se c'è un'eterogeneità a livello italiano, c'è anche una eterogeneità a livello europeo. Parliamo molto d'Italia ma dobbiamo ricordarci anche dell'Europa e, a tale proposito, vi lascerò dati che dimostrano come la situazione in Europa sia molto articolata anche a questo livello”.

Le nuove norme sulla privacy. Ovvero, come garantire i diritti in modo veramente assurdo

Il 1 gennaio 2004 è entrato in vigore il codice in materia di protezione dei dati personali (legge delega 127/2001), che riunisce la normativa in precedenza contenuta nella legge 675/1996 e in varie disposizioni di legge e regolamenti.

Nonostante le numerosi obiezioni dei sindacati la normativa non è stata modificata: di conseguenza aspettiamoci un pesante impatto sulla nostra attività quotidiana sul versante burocratico, con in più il rischio di pesanti sanzioni.

Avevamo sostenuto, e continuiamo a sostenere, la necessità di una modifica legislativa che allineasse l'Italia alla maggior parte dei Paesi europei, che non richiedesse il consenso esplicito del cittadino per il trattamento dei dati ai soli fini di diagnosi e cura.

Nel mentre raccomandiamo a tutti di leggere sul nostro sito il testo integrale del codice, richiama i contenuti fondamentali.

1 Il consenso al trattamento dei dati da parte del cittadino può essere manifestato oltre che con un atto scritto dell'interessato anche oralmente. In tal caso il medico dovrà provvedere ad annotare il consenso. Un consenso espresso solo in forma orale senza la firma del paziente può essere sempre negato a posteriori. Per i trattamenti iniziati prima del 1 gennaio 2004 (cioè per gli assistiti già in carico), la raccolta del consenso, ai sensi di una norma transitoria contenuta nell'articolo 181, può avvenire anche in occasione del primo ulteriore contatto con l'interessato, al più tardi entro il 30 settembre 2004. Non è dato per ora sapere che cosa avverrà dei dati in possesso del medico se un assistito non si presenterà entro il 30 settembre.

2 Il consenso dovrà ovviamente essere preceduto da un'informativa al cittadino, informativa che secondo il Codice dovrà essere fornita preferibilmente per iscritto, anche attraverso carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli, includendo almeno gli elementi indicati dal Garante ai sensi dell'articolo 13 comma 3 eventualmente integrati anche oralmente, in relazione a particolari caratteristiche del trattamento.

3 L'articolo 83 prevede inoltre che il responsabile, cioè nel nostro caso il medico, adotti soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno delle strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa: non più quindi chiamandoli in sala d'attesa per nome e cognome, ma con un numero o un gesto.

4 Per quanto riguarda le ricette per ora nulla è variato per le prescrizioni in ambito di SSN: una norma transitoria rinvia al 2005 l'applicazione degli ormai famosi adesivi che dovrebbero occultare il nome dell'assistito. Per quanto riguarda invece le prescrizioni al di fuori del SSN, per i farmaci non ripetibili non si potranno più riportare le generalità dell'assistito. Per tali farmaci il medico può indicare le generalità dell'interessato solo se ritiene indispensabile permettere di risalire alla sua identità per un'effettiva necessità derivante dalle particolari condizioni del medesimo interessato o da una speciale modalità di preparazione o di utilizzazione. Per i farmaci non ripetibili però c'è ancora l'obbligo dei formalismi, quindi anche di riportare le generalità dell'assistito: il mancato rispetto dei formalismi per i farmaci non ripetibili comporta significative sanzioni amministrative.

5 Sono esplicitate le misure minime di sicurezza per conservare i dati, siano essi in formato digitale o in formato cartaceo.

E le sanzioni previste per gli inadempienti?

a In caso di mancata attuazione delle misure minime di sicurezza di cui all'articolo 33 sono previsti l'arresto sino a 2 anni e un'ammenda da 10.000 a 50.000 Euro.

b Per omessa o inadeguata informativa all'interessato è prevista un'ammenda da 3.000 a 18.000 Euro, che, nei casi di maggiore rilevanza, passa a 5.000 - 30.000 Euro.

L'articolo 167 prevede poi le sanzioni in caso di trattamento illecito, che comportano importanti misure detentive.

Ci auguriamo che la Fnomceo, forte della sicura tutela garantita ai cittadini dal Codice di Deontologia Medica, continui a spingere per modificare tali norme: per parte nostra anche la FIMP non smetterà di cercare di far modificare questa legge.

**ASSISTENZA PRIMARIA
SUL DIRITTO
AL PAGAMENTO
DELLA VOCE "ONORARIO
PROFESSIONALE"
IN ORDINE AGLI ASSISTITI
ECCEDENTI IL MASSIMALE**

Massima

In mancanza di specifica disciplina, anche per gli assistiti eccedenti il massimale occorre fare riferimento all'art. 45 del DPR 484/1996 e 45 del DPR 270/2000. In applicazione delle predette disposizioni al medico è dovuta, anche per tale quota di assistiti, la voce del compenso fisso denominata "onorario professionale". Tale voce compete "per ciascun assistito in carico", senza alcun riferimento al limite numerico delle scelte. Significativa, infatti, appare la circostanza che l'onorario professionale non sia più riferito agli "assistibili in carico", come disposto, dai precedenti regolamenti, ma agli "assistiti".

Ancora una vile aggressione. Pro

Alla Federazione Italiana Medici Pediatri F.I.M.P. e p.c. al Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli dott. Del Barone ai Direttori Generale e Sanitario dell'A.S.L. Na3

La sottoscritta dott.ssa Giulia d'Avolio, pediatra di libera scelta presso l'ASL NA3 - Distretto 66 (cod. Reg. 81220/9 - n° iscr. Ordine 24406) con studio ubicato in Casoria (NA) alla via Alessandro Manzoni n°106, gravida al 7° mese di gestazione al momento della redazione del presente documento,

denuncia quanto segue:

il giorno 28 novembre, mentre era come di regola intenta a svolgere le visite giornaliere secondo l'ormai collaudato sistema di accesso per numerazione progressiva, è stata verbalmente prima e fisicamente poi aggredita da tale Squillace Gennaro, padre dell'assistito Antonio di mesi 10. Il predetto personaggio, con fare a dir poco minaccioso (che peraltro è ormai divenuto usuale in una cittadina universalmente riconosciuta come una tra le più delinquentziali dell'hinterland), ha dapprima intimato gli astanti a cedergli il turno in quanto "...avente la macchina fuori posto [sic!]." e poi, alle giuste proteste degli altri genitori (per lo più mamme) è entrato di prepotenza nello studio interrompendo una visita in corso e in aperta violazione alla giusta privacy della paziente visitanda, profferendo ingiurie e frasi irrispettose nei confronti della scrivente rea di non aver perorato la sua "giusta" causa. Vistosi aggredita la sottoscritta ha più volte richiesto l'intervento dei Carabinieri della locale Caserma, giunti poi con notevole ritardo sul posto solo grazie all'intervento del fratello di persona in quel momento in sala d'aspetto, anch'egli sottoufficiale dell'Arma. A nulla sono valsi gli inviti a mantenere la calma da parte sia della scrivente che delle altre mamme, ormai intimorite da tale atteggiamento intimidatorio. I piccoli pazienti in attesa di essere visitati, nel frattempo sono stati raccolti, impauriti e piagnucolanti, in un angolo dello studio onde preservarne l'incolumità. Tale atteggiamento da "guappo" non è per nulla mutato al sopraggiungere dei militi dell'Arma i quali, con fare a mio parere fin troppo "accomodante" hanno "gentilmente" invitato il becero individuo ad uscire. Nell'eseguire l'invito lo Squillace ha malmenato, in sequenza:

- Postiglione Nunzio, padre di altro mio paziente, unicamente colpevole di essere sopraggiunto nell'attimo in cui stava uscendo, intralciandogli la strada;
- Piscopo Maria Rosaria, colpevole di aver tentato di difendermi;
- Giuliano Lucio, marito della scrivente nonché anch'egli medico, nel frattempo sopraggiunto perché avvertito dalla medesima.

E ribadisco che tutto ciò è avvenuto sotto gli occhi di decine di pazienti inermi e di due smarriti carabinieri che non sono incisivamente intervenuti neanche quando lo Squillace, con fare minaccioso e "promettendomi" di farmi partorire prematuramente a "suoni di calci", si è avvicinato a circa 5 cm da me, decisamente (a quel punto!) trattenuto dagli astanti.

Ancora una volta un medico di base, questa volta è una pediatra di famiglia di Casoria, in Campania, è stato aggredito nel suo studio da un genitore di un piccolo paziente. L'episodio è accaduto nello studio di via Alessandro Manzoni 106. Un uomo ha fatto irruzione nell'ambulatorio chiedendo di essere ascoltato prima di altri pazienti ed ha aggredito non solo il medico ma anche altre persone. Addirittura l'energumeno ha minacciato la dottoressa, in stato interessante di sette mesi, "promettendo" di farla partorire a suon di calci. Sono dovuti intervenire i carabinieri. "Episodi così gravi non sono purtroppo rari. Stiamo notando - dice

Pier Luigi Tucci, presidente

Avendo vissuto gran parte della mia esistenza civile e professionale in tale degradato paese avrei forse dovuto abituarci a tali atteggiamenti ed essere maggiormente accondiscendente al cospetto di tale brutta prepotenza, ma voglio ancora una volta illudermi che la professionalità e l'amor proprio possano ancora non essere così miseramente calpestate e che malgrado tutto ciò che si dice anche noi, medici di serie B, abbiamo il conforto e la tutela di una Federazione di categoria e di un Ordine professionale. Quest'esortazione va soprattutto a Lei, dott. Del Barone, persona a mio parere degna di massima stima e profondo conoscitore delle problematiche di noi "medici curanti"; ho più volte avuto modo di apprezzare i suoi belligeranti interventi in difesa della categoria, per cui mi permetto di invitarLa ad intervenire personalmente. Mi auguro che tali mie aspettative non vadano disilluse da una noncurante presa d'atto degli organi suddetti che, a mio parere, dovrebbero farsi promotori di iniziative di tutela fattiva dei propri iscritti, piuttosto che di iniziative benefiche a favore degli orfani dei medici aggrediti in servizio, come il caso della collega di Cellole (CE) o di quella siciliana. Sottolineo che tutto quello da me affermato in tale documento è stato verbalizzato dai Carabinieri della Caserma di Casoria (NA) e facilmente verificabile dalle numerose testimonianze giurate. Gli elencati malmenati e la suddetta si sono tutti recati al P.S. dell'Ospedale Cardarelli per medicazione e refertazione giudiziaria.

Dott.ssa Giulia d'Avolio

etendiamo di essere protetti

della Federazione Italiana Medici Pediatri come l'exasperazione delle persone si stia sempre più scatenando sui medici di base che, oltre ad essere il primo anello di risposta ai bisogni delle persone, sono anche il primo livello di scarica delle pulsioni, delle insofferenze e della maleducazione. Chiediamo alle Autorità di essere protetti". Di seguito, la lettera di denuncia al Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli Del Barone della dottoressa aggredita, la risposta dello stesso Del Barone, i messaggi di solidarietà del Presidente Pier Luigi Tucci e del Segretario Generale Giuseppe Mele e il commento del Segretario Provinciale della FIMP Napoli Antonio Improta.

Del Barone: "Chiedo alle Autorità di prevenire questo malcostume"

*H*o appreso dalla stampa cittadina del grave episodio di aggressione da Lei subita, nel Suo studio, mentre svolgeva la Sua attività professionale di pediatra. Per tale grave ed increscioso episodio, anche a nome del Consiglio Direttivo, che ho l'onore di presiedere, Le rappresento la più sentita ed affettuosa solidarietà. Sarà mia cura intervenire, ancora una volta, su tutte le Autorità preposte al fine di prevenire e arginare questo difficile, tristissimo e purtroppo diffuso malcostume, che investe, in modo particolare, alcune zone del nostro territorio. Nel salutarLa con molta cordialità, Le auguro Buon Natale.

*Il Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli
On. Dr. Giuseppe Del Barone*

Cara collega, non posso che esprimerti la mia vicinanza per le conseguenze di natura psicologica, perché per fortuna tua e della creatura che hai in grembo, non siamo arrivati ad atti lesivi della tua integrità fisica. Mi prendo l'impegno di intervenire direttamente su Del Barone per un suo deciso intervento a difesa tua, delle colleghe donne e madri e della categoria. Purtroppo stiamo notando come l'exasperazione delle persone si stia sempre più scatenando sui medici di base che, oltre ad essere il primo anello di risposta ai bisogni delle persone, sono anche il primo livello di

LA SOLIDARIETÀ E L'INDIGNAZIONE DI TUTTI I COLLEGGI DELLA FIMP PER LA BRUTALE AGGRESSIONE A CASORIA

Esprimo a nome mio personale la solidarietà e l'indignazione per quanto accaduto e ti informo che ho provveduto ad inoltrare immediatamente al Presidente la tua nota per gli opportuni provvedimenti.

**IL SEGRETARIO NAZIONALE
Giuseppe Mele**

scarica delle pulsioni, delle insofferenze, della maleducazione. E la Campania purtroppo non è nuova a tali situazioni. Tienimi informato di ulteriori sviluppi della situazione. Con i miei più cordiali saluti.
Pier Luigi Tucci

■ TI FACCIO PARTORIRE ... A CALCI!

E' proprio questa l'espressione usata da un energumeno contro una pediatra di famiglia napoletana, rea di non avergli concesso di saltare la fila di una sala d'attesa gremita di mamme e bambini. Ragione della richiesta: la macchina in seconda fila!

L'episodio a cui hanno dato eco alcuni giornali locali (...e neanche tutti!) è solo l'ultimo di una lunga sequela di fatti e misfatti che vedono ormai vittime inermi i pediatri di famiglia napoletani (...ma non solo!). Certo Napoli e la sua provincia "conurbata" sono da sempre una realtà complessa, difficile, disagiata per qualsiasi attività, ma negli ultimi tempi il nostro lavoro di pediatri di famiglia si è fatto sempre più improbo. Alcune zone sono dei veri e propri campi di battaglia dove in ogni momento si rischia in prima persona, anche fisicamente. E' impossibile anche solo abbozzare in poche righe un'analisi del problema, ma è certo che a Napoli l'atteggiamento di molti funzionari e dipendenti ASL (soprattutto agli sportelli) e il clima di caccia alle streghe innescato da certi apparati dello Stato, richiedono oggi una forte levata di scudi a difesa di una realtà significativa anche numericamente (siamo ormai quasi 500!) per la pediatria di famiglia italiana quale è quella napoletana. Sarebbe il caso di dire anche per questo: **mò bast!**

Antonio Improta
Segretario Provinciale FIMP Napoli

Gettate le basi di un modello di area pediatrica europea

La riunione di fine anno del CESP, tenutosi a Bruxelles, è stata preceduta dall'incontro tra i presidenti delle Società Scientifiche Europee e i Presidenti delle Associazioni professionali (sindacati) nazionali.

Questa riunione è stata fortemente voluta dal nuovo Direttivo per dare maggiore visibilità al CESP, nella convinzione che non tutti i Presidenti fossero a conoscenza delle attività passate e presenti del CESP e al fine di avere dalla Società Europee suggerimenti e raccomandazioni per le attività future.

L'invito è stato raccolto da 25 nazioni: Austria, Belgio, Svizzera, Germania, Danimarca, Spagna, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Lussemburgo, Olanda, Svezia, Inghilterra; altre 10 non ancora inserite nel CESP: Bulgaria, Croazia, Cipro, Estonia, Lituania, Lettonia, Georgia, Polonia, Slovacchia, Slovenia e un paese dell'area mediterranea Israele.

Per l'Italia erano presenti Pier Luigi Tucci e Giuseppe Saggese.

Il Presidente della FIMP nel suo intervento, ha ricordato di rappresentare la più importante e numerosa organizzazione sindacale dei pediatri delle cure primarie in Europa, e come il delegato della FIMP, Stefano del Torso, abbia più volte sottolineato le caratteristiche delle cure primarie che sono alla base anche del nostro contratto lavorativo. Alla base del nostro accordo ci sono principi presenti nella Convenzione Internazionale dei Diritti del bambino – “ad ogni bambino da 0 a

18 anni deve essere garantito il diritto a ricevere la protezione e le cure necessarie al suo benessere” (art.3), e “provvedere a fornire la necessaria assistenza medica con particolare attenzione allo sviluppo delle cure primarie” (art.24), e, ha esplicitato Tucci, grazie alla presenza dei pediatri di famiglia abbiamo sviluppato il concetto di “area pediatrica”, e al suo interno il ruolo determinante delle cure primarie.

La FIMP riafferma con forza che il bambino ha diritto a specifiche cure e assistenza, non riconducibile a quella dell'adulto, e quindi invita la CESP ad affermare costantemente che:

1. Il pediatra è il medico naturale del bambino.

2. I pediatri devono avere una continua e globale responsabilità sull'educazione alla salute, sulla promozione di corretti stili di vita, sul controllo del bambino sano nelle sue realtà biopsico-sociali, sulla diagnosi e trattamento delle malattie acute e croniche, nel contesto delle famiglie, della comunità e dell'ambiente.

La FIMP, ha concluso il Presidente, è disponibile a collaborare con la CESP e le altre organizzazioni pediatriche europee per promuovere un modello di area pediatrica europeo, dove i diritti e i bisogni dei bambini nel campo della salute siano presi in carico in modo integrato da pediatri che offrano una continua, globale assistenza, senza ostacoli all'accesso.

Coerentemente con questi punti anche la formazione pediatrica deve essere focalizzata sui bisogni del bambino, deve essere indirizzata primariamente verso le cure primarie, e deve potersi svolgere nel modo più ampio possibile negli studi dei pediatri al di fuori dell'ospedale.

Dopo la presentazione delle attività del CESP, da parte di tutti i membri del direttivo, nelle domande si è notato come alcuni Presidenti non erano sufficientemente informati né sulla struttura del CESP né sui documenti già prodotti.

Un'ulteriore richiesta è stata quella di stabilire un calendario CESP con obiettivi e risultati raggiunti. Per alcuni presidenti può essere utile una Newsletter annuale, da pubblicare nei rispettivi giornali.

Un'altra richiesta è stata quella della possibile pubblicazione di linee guida sull'organizzazione delle attività pediatriche in Europa e di stabilire un numero minimo di pediatri necessari in rapporto alla popolazione pediatrica.

In molte Nazioni esistono difficoltà nell'accettare le linee guida sulla formazione e il CESP può collaborare con l'UEMS, cercando di creare una Commissione sulla Salute in Europa.

E' stato prospettato che il futuro del CESP che da Federazione di delegati Nazionali potrebbe diventare la Accademia Europea di Pediatria, con due indirizzi di pari livello, uno professionale sulla formazione e qualità della attività pediatrica e uno scientifico come federazione delle società scientifiche subspecialistiche con attenzione anche ai progetti di ricerca.

IL GRUPPO DI LAVORO DI BIOETICA DEL CESP ha affrontato a Bruxelles il tema del bambino immigrato e rifugiato. In questo ambito è stato presentato il libro "Etnopediatria" che ha suscitato grande interesse pur con i limiti della lingua. Verrà al più presto definitivamente licenziato il documento sulla pratica pediatrica quotidiana che trae in buona parte ispirazione dalla Carta dei Diritti FIMP.

CESP: un ruolo più adeguato per la pediatria generale

di Milena Lo Giudice

Nell'ambito di una integrazione e di una ridefinizione di un ruolo del pediatra generalista in Europa ho intervistato la dottoressa Catherine Weil-Olivier di Parigi, segretario del Gruppo di Studio delle Cure Secondarie.

Il CESP dà uno spazio adeguato alla pediatria delle cure primarie?

In questo momento mi sto fortemente battendo per un riconoscimento più adeguato della pediatria generale, una pediatria che possa comprendere sia le cure ambulatoriali (primary care) sia la pediatria praticata all'interno dell'ospedale (secondary care).

Crede, quindi, che sia opportuno unificare cure primarie e secondarie in pediatria?

Gli incontri congiunti che si sono svolti al CESP fra i cosiddetti gruppi delle cure primarie e secondarie sembrano essersi rivelati un punto di forza rispetto alla pediatria superspecialista o di terzo livello e soprattutto, secondo me, nei confronti di possibili istanze di politica sanitaria dei Governi nazionali e/o europei (e il CESP potrebbe rappresentare proprio una di queste istanze).



Il CESP ci chiede un Syllabus specifico per l'insediamento della pediatria generalista. Non possiamo certamente tirarci indietro anche perché è stato richiesto anche uno specifico Syllabus ad ognuna delle 11 sub-specialità pediatriche riconosciute (tengo a sottolineare che nel mio paese, la Francia, nessuna sub-specialità pediatrica è ufficialmente riconosciuta dal Governo!).

Personalmente ritengo che il Syllabus rappresenti ben poca cosa e credo fortemente che dovremo lavorare secondo altre strategie per un nostro maggiore riconoscimento.

Cosa pensa della diminuzione ingravescente del numero dei pediatri nei Paesi europei, quale rimedio penserebbe di proporre?

La continua diminuzione dei pediatri è probabilmente il nostro problema principale. Credo che sarà preso in considerazione se riusciremo a dimostrare che è interesse di singoli stati tenere in vita un vero e proprio corpus di Pediatri Generalisti: io ho suggerito fortemente di lavorare sulla promozione della salute soprattutto per sottolineare come il General Practitioner (l'equivalente in Italia del Medico di Medicina Generale n.d.a.) non sia assolutamente coinvolto né competente in questo campo. Prima di avanzare le nostre richieste dobbiamo però dimostrare l'importanza e l'efficacia del nostro lavoro: si tratta davvero di un grande impegno, con l'obiettivo ben definito di combattere l'invasione dei General Practitioners nella cura quotidiana del bambino.

SUD E GOVERNO

Il presidente della Fnomceo, Giuseppe Del Barone, sollecita gli Ordini dei Medici di Campania, Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, a farsi promotori di un confronto con Governo e Regioni per avviare un'operazione verità sulla situazione sanitaria. "Le disparità sulla qualità e quantità di prestazioni - dice Del Barone - non riguardano più solo il rapporto tra il Nord e il Sud del Paese, ma anche Regioni limitrofe. Lombardia ed Emilia-Romagna autofinanziano la Sanità per il 70% e il 56%, mentre Basilicata e Calabria per l'11% e l'8,1%. Quello che sembrava un rischio, sta diventando realtà, cioè 21 sistemi sanitari diversi, mentre la Costituzione garantisce lo stesso diritto alla Salute a tutti".

la pediatria non ha confini

GARANTE PER LA PRIVACY: ATTENTI ALLE BANCHE DATI SULLA SALUTE

L'Autorità Garante per la protezione dei dati personali richiama l'attenzione sui delicatissimi problemi sollevati dall'art. 50 del dl 30 settembre 2003, n. 269, che prevede la realizzazione di un modello di ricetta medica a lettura ottica e la costituzione di una banca dati contenente il codice fiscale di tutti gli assistiti, al fine di controllo della spesa sanitaria. Tali finalità, sicuramente apprezzabili per l'obiettivo di un più razionale monitoraggio della spesa pubblica - ha spiegato il Garante - sono tuttavia perseguite attraverso una strumentazione che violerebbe il diritto dei cittadini alla protezione dei dati personali per quanto riguarda le informazioni riguardanti la salute e quindi protette da particolari garanzie. L'Autorità ha ricordato che la

legislazione vigente già prevede procedure per il monitoraggio della spesa sanitaria che non richiedono banche dati centralizzate. Tali procedure possono certamente essere rese più efficienti (permettendo, ad esempio, un rapido accertamento dei requisiti che danno diritto all'esenzione), ma non possono tradursi in una compressione del diritto alla protezione dei dati personali. L'Autorità ha sottolineato che, qualora non si adottasse la soluzione dei dati anonimi, si correrebbe concretamente il rischio di introdurre nel sistema giuridico una disciplina che discriminerebbe i cittadini in base alla possibilità, per quanti possono pagare direttamente i farmaci e le prestazioni specialistiche, di non vedere inseriti i loro dati personali nella banca dati.

(Fonte: Garante per la Privacy del 28 novembre 2003)

Su quattro pilastri il modello organizzativo delle cure primarie pediatriche in Puglia

I cardini sono: informatizzazione, assistenza al cronico, forme associative e prevenzione

Il 10 dicembre 2003 è stato sottoscritto presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia l'Accordo Regionale.

Il ritardo è dipeso da alcune scelte della Regione che negli anni passati aveva allocato risorse su progetti obiettivo di educazione sanitaria anziché sul contratto decentrato.



L'obiettivo dell'accordo è stato quello di migliorare il modello organizzativo delle cure primarie pediatriche attraverso quattro filoni fondamentali: informatizzazione, assistenza al cronico, forme associative e prevenzione.

Veniamo ai dettagli:

- **Informatizzazione.** Il ragionamento di base della parte pubblica è stato sicuramente coerente: tutti i servizi sanitari, dagli ospedali ai distretti, sono integrati in rete con il sistema informatico sanitario regionale, sono fuori solo i MMG e i pediatri di famiglia. Per incentivarli a modernizzarsi la quota prevista dall'ACN per l'informatica è stata raddoppiata (incremento del 100%), con l'obbligo di gestire le informazioni cliniche e terapeutiche su una scheda computerizzata. Il tetto del 40% è stato abrogato.

- **Forme associative.** Sono stati elevati sia i tetti previsti dall'ACN che il relativo incentivo. Per la pediatria in associazione la percentuale è passata al 50% degli assistiti con un incentivo annuo di 5,68 (quasi raddoppiato rispetto al nazionale) mentre per la pediatria di gruppo il tetto è stato elevato al 15% con un'indennità annua per assistito di 6,20. A fronte di questi incrementi dell'ordine del 100% gli aderenti ad ambedue le forme associative dovranno garantire settimanalmente 1 ora di apertura al pubblico ogni 53 assistiti in carico che per un

massimalista corrisponde a 3 ore giornaliere.

- **Assistenza al cronico.** Sarà erogata secondo le modalità previste dagli allegati E ed E-bis dell'ACN. L'accesso per ADP ed ADI è stato incrementato del 40% (ADP= 26,46 ed ADI =28,92) mentre per ogni accesso del paziente in Assistenza Ambulatoriale Programmata (AAP) è previsto un incentivo di 20,00. Per ogni caso di attivazione inoltre compete un compenso di 77,47. Come si può notare per la nostra Regione l'assistenza al cronico è una priorità, questi incrementi (come gli altri) non sono casuali ma finalizzati sempre al potenziamento delle cure sul territorio.

- **Collaboratore di studio.** Il tetto massimo del 10% dell'ACN è stato elevato al 35% degli assistiti (un incremento del 250%).

- **Aggiornamento professionale.** Siamo riusciti, pur in presenza della normativa nazionale ECM che pone dei paletti, a preservare l'autonomia del nostro aggiornamento che sarà gestito da una Commissione paritetica Aziendale con progettazione e animazione curata da pediatri di famiglia.

- **Prestazioni aggiuntive.** Sono state notevolmente incrementate sia come tipologia che come compenso. Per ridurre l'onere burocratico per l'utenza è stata abolita la preventiva autorizzazione per Boel e screening per l'ambliopia.

- **Progetto salute infanzia.** Integralmente recepito con 8 bilanci di salute.

- **Libretto Sanitario pediatrico.** E' stato esteso a tutti gli assistiti in carico (nel precedente accordo era limitato agli 0-6 anni). Anche il relativo incentivo è stato aumentato portandolo a 4,39 annuo. Il combinato dell'estensione a tutti gli assistiti e dell'incremento della misura dello stesso comporta un aumento complessivo per questa voce di circa il 40% rispetto al progresso.

- **Vaccinazioni.** E' stata prevista la par-

tecipazione volontaria a campagne vaccinali promosse da AUSL o Regione con compenso di 10,00 per singolo atto vaccinale.

- **Pediatri sentinella.** Ai pediatri che svolgono attività di rilevazione epidemiologica delle malattie delle vie respiratorie e dell'influenza (rete Influnet) è riconosciuta un'indennità di 1000,00 per un periodo complessivo di sei mesi l'anno.

- **Rappresentatività sindacale.** A causa della mancata definizione numerica dei Comitati ex art 12 e 11 del DPR si è definita la rappresentatività in proporzione alle deleghe sindacali. Inoltre è stato previsto un gettone di presenza di 155,00 per i componenti dei comitati 11 e 12, oltre al rimborso delle spese di viaggio.

- **Zone carenti straordinarie.** In situazioni di sofferenza assistenziale pediatrica, vale a dire dove il termine pediatra "di libera scelta" non aveva senso, è stato inserito un meccanismo che permette la pubblicazione di zone carenti straordinarie.

- **Festa patronale.** A dimostrazione del fatto che gli accordi regionali ormai riflettono problematiche locali, al limite con il folclore, abbiamo concordato l'attivazione della guardia medica nel giorno feriale della festa del patrono, in pratica eravamo l'unica categoria, con i MMG, a lavorare quel giorno.

Tutti coloro che hanno partecipato ad una trattativa regionale conoscono quanto essa sia defaticante.

Solo un lavoro di squadra permette di ottenere apprezzabili risultati e, fortunatamente, attorno a me questa squadra c'è. Li ringrazio tutti, in modo particolare Pino Mele e l'inconficcabile Gigi Nigri.

Anche se i futuri scenari dovessero cambiare in modo radicale il nostro lavoro, sapremo gestire il cambiamento a tutela della pediatria di famiglia tutta.

“Carta di Portonovo”. Ecco i dodici principi per tutti gli attori del sistema sanitario

L'intento è di promuovere il miglioramento verso l'eccellenza

La Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria-VRQ, Società scientifica multidisciplinare e interprofessionale, fondata nel 1984, persegue lo sviluppo della cultura per la qualità dei servizi sanitari. A vent'anni dalla sua fondazione propone a tutti gli attori del sistema sanitario la “Carta di Portonovo”.

Le organizzazioni e i singoli professionisti che intendono offrire servizi di buona qualità e promuovere il miglioramento verso l'eccellenza si ispirano ai seguenti principi:

1 Centralità della persona.

Progettare e realizzare le attività e i servizi sulla base dei bisogni del singolo e della comunità.

2 Etica e Equità.

Rispettare i principi universali a tutela della dignità della persona. Garantire che i cittadini abbiano opportunità di accesso a servizi di uguale qualità.

3 **Condivisione, Coerenza e Uniformità.** Sviluppare le attività in un sistema integrato e coerente basato su criteri e

standard espliciti e riconosciuti.

4 Valutazione.

Valutare sistematicamente i risultati delle attività attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di esito.

5 **Leadership: Apertura, Trasparenza e Collaborazione.**

Confrontare e scambiare informazioni ed esperienze in un clima di collaborazione e di supporto reciproco.

6 Efficacia e appropriatezza.

Realizzare interventi basati su prove di efficacia e secondo criteri di appropriatezza.

Riferire ogni azione clinica e organizzativa ai dati e al metodo scientifico.

7 Sicurezza.

Promuovere la cultura della sicurezza, prevenire gli eventi avversi e realizzare un ambiente sicuro.

Individuare e ridurre i rischi e le possibili cause di errore.

8 **Efficienza.** Utilizzare con responsabilità le risorse disponibili.

9 Integrazione e Continuità

assistenziale. Promuovere la collaborazione fra discipline, professioni, organizzazioni e istituzioni secondo modalità esplicite e condivise.

10 **Informazione, Comunicazione e Partecipazione.**

Garantire l'informazione e la comunicazione con il paziente, i cittadini e i professionisti. Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte e diffondere la cultura scientifica sull'efficacia degli interventi.

11 Innovazione e Creatività.

Stimolare la ricerca di soluzioni innovative e sostenere il cambiamento.

12 Competenza e Formazione.

Considerare la formazione continua come parte integrante della professione e della organizzazione. Adeguare competenze, conoscenze e abilità agli obiettivi delle professioni e delle organizzazioni.

LE MODIFICHE ALLE CERTIFICAZIONI

Su proposta del Ministero della Salute, è stato approvato dalle Regioni un testo di modifica del capitolo sulle certificazioni Dpcm 28 novembre 2003, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 286 del 10 dicembre. La modifica riguarda l'allegato 2A del Dpcm sui Lea, prevedendo la non esclusione dalle certificazioni a carico del SSN di quelle rilasciate dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta su richiesta delle Istituzioni scolastiche, dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche di minori e disabili e dell'idoneità al

servizio civile. Tutte le altre non sarebbero più a carico del SSN.

Il Dpcm sui Lea, infatti, prevede attualmente che siano esclusi dalle prestazioni a carico del SSN le certificazioni mediche che con rispondono "a fini di tutela della salute collettiva" anche quando sono richieste da disposizioni di legge. In pratica, sarebbero ammesse solo le certificazioni per la pratica sportiva non agonistica nelle scuole e resterebbero fuori dalla porta quelle per l'idoneità allo sport agonistico, all'impiego, al servizio civile, all'affidamento e all'adozione, per il rilascio della patente, del porto d'armi, ecc.

Direttore
Pier Luigi Tucci

Il Medico
Pediatra
NEWS

Clemente, Danila Mariani,
Valdo Flori, Antonio
Improta, Milena Lo Giudice,
Giorgio Meneghelli.

00135 Roma
tel. 063058014
fax 0635059343
argonmedia@tiscali.it

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

Supplemento al numero
6/2003 di Il Medico
Pediatra
periodico della FIMP

Direttore Responsabile
Luciano Ragno

Redazione
Argon Media
via Cortina d'Ampezzo, 190

Grafica e impaginazione
Stefano Navarrini
s.navarrini@tiscali.it

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

Comitato di redazione
Paolo Becherucci, Antonio

Sono diventati adulti i bimbi di Scanzano. I grandi hanno dato una lezione di fierezza

I ragazzi hanno avuto modo di vedere i loro genitori comportarsi con orgoglio, correttezza e tenacia nel contrastare la decisione del Governo sulle scorie. E ne hanno tratto insegnamenti

E' bella, veramente bella la foto pubblicata a tutta pagina sulla prima dal quotidiano "La Nuova Basilicata" il giorno 28 novembre 2003, che ritrae un gruppo numeroso di bambini di Scanzano che mostrano la prima pagina dello stesso quotidiano edito il giorno prima che annuncia la vittoria del loro paese contro la decisione del Governo di voler ubicare su quel territorio il deposito nazionale per la raccolta di tutte le scorie nucleari prodotte in Italia.

L'espressione del volto di quei bambini, che la foto ritrae, è più eloquente ed emblematica dei tanti servizi televisivi, interviste, articoli di stampa e dichiarazioni di uomini pubblici, cittadini, associazioni ed esperti, succedutesi sull'argomento nei giorni scorsi.

Essi non gioiscono, i tratti somatici sono severi, la mimica è impoverita, lo sguardo è stanco, il loro sorriso è come se si perdesse nel vuoto, eppure hanno vinto, e quindi



dovrebbero essere felici.

La loro consapevolezza nasce dalla certezza di chi ha ragione. Per giorni non sono andati a scuola, hanno accompagnato i loro genitori, i loro insegnanti, i loro parroci, i loro pediatri, nelle tante manifestazioni che si sono svolte in molte piazze, in ogni strada di quei luoghi per gridare il loro diritto alla vita contro decisioni non supportate da alcun criterio di buon senso e di scientificità che altri uomini avevano adottate

Questi bimbi interpretano al meglio la fierezza, l'orgoglio e la tenacia che hanno manifestato i loro

patri in questa occasione. Un comportamento esemplare per compostezza e dignità, segno di maturità e civiltà di quella gente.

Siamo sicuri che nei prossimi giorni, con la ripresa della normale vita quotidiana, fatta più propriamente degli impegni e delle emozioni di quella età, ritorneranno a sorridere.

Ritorneranno a sorridere felici quando arriverà la bella stagione, allorché si potranno rituffare nelle splendide acque del loro mare e potranno prendere il sole sulle loro spiagge dorate.

Alla sera potranno giocare, cantare, ballare ed animare, fino a tarda ora, le piazze, i viali ed i villaggi turistici del loro paese insieme a tanti bambini di città lontane.

Quando saranno stanchi, andranno a dormire felici sperando di non fare un unico sogno: quello di diventare di nuovo adulti.

“TUTTI I BAMBINI HANNO DIRITTO AD AVERE IL PROPRIO PEDIATRA DI FIDUCIA” PERCHÉ QUESTO DIRITTO È NEGATO IN CAMPANIA?

di Roberto Sassi Segretario Regionale FIMP Campania

di Vincenzo Sannino Segretario Regionale del Tribunale per i Diritti del Malato

La FIMP ed il Tribunale per i Diritti del Malato intendono portare alla luce il disagio, creato nella politica dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, arrecato ai bambini ed alle mamme della nostra Regione. Infatti, in numerose AA.SS.LL. della Regione, ed in particolare nella provincia di Napoli, il numero insufficiente di pediatri impedisce che un gran numero di bambini nuovi possa avvalersi, pur avendone diritto, dell'assistenza e delle cure da parte del proprio pediatra di fiducia. Occorre che un mag-

gior numero di tali figure professionali possa essere iscritta sul territorio perché presti la propria opera laddove è necessario. D'altronde questa soluzione, già condivisa con i funzionari Regionali nominati dall'Assessore alla Sanità, è parte di una bozza di Accordo che la FIMP ha, con essi, sottoscritto ma che, da mesi, giace inapplicato sulla scrivania dell'Assessore stesso.

La situazione – riferiscono Roberto Sassi, Segretario Regionale FIMP, e Vincenzo Sannino, Segretario Regionale del Tribunale per i Diritti

del malato – è ancora più drammatica nei quartieri più popolari, definiti a disagio sociale, nei quali la carenza di pediatri, oramai cronica, vanifica ogni possibilità di azione nel campo della prevenzione oltre che della cura. Sembra utile ricordare come tali inadempienze espongono la nostra Regione al pericolo di nuove epidemie di malattie infettive, simili a quella di morbillo che nel 2002 ha causato anche dei morti tra la popolazione in più tenera età. Altro settore ormai abbandonato a se stesso – proseguono Sassi e Sannino – è quel-

Italia della FIMP, regione per regione

FIMP Abruzzo Piero Di Saverio Segretario Regionale abruzzo@fimp.org Via G. Saragat, 12 64100 Teramo	FIMP Emilia Romagna Maria Grazia Catellani Segretario Regionale modena@fimp.org Via Valdrighi, 141 41100 Modena	FIMP Lombardia Roberto Marinello Segretario Regionale rmarinel@comm2000.it Via G. Modena, 3 20129 Milano	Via Sant'Antonio, 73/H 70051 Barletta (BA)	FIMP Alto Adige Gianni Galassini Segretario Regionale bolzano@fimp.org Via Sassari, 2 39100 Bolzano
FIMP Basilicata Mauro Tannoia Segretario Regionale basilicata@fimp.org Via Roma, 35 85024 Lavello (PZ)	FIMP Friuli Venezia Giulia Giuseppe Montanari Segretario Regionale friuli@fimp.org Vicolo Fornasotto, 4 33077 Sacile (PN)	FIMP Marche Alessandro Capolongo Segretario Regionale marche@fimp.org Via degli Ulivi, 9 63030 Spinetoli (AP)	FIMP Sardegna Giorgio Pusceddu Segretario Regionale sardegna@fimp.org Via Gramsci, 270 09095 Mogoro (OR)	FIMP Umbria Umberto Lazzarini Segretario Regionale ula@libero.it Via Montemellilino Casesparse, 4 06060 Agellio (PG)
FIMP Calabria Antonio Gurnari Segretario Regionale calabria@fimp.org Via Peripoli, 505 89030 Condofuri Marina (RC)	FIMP Lazio Antonio Palma Segretario Regionale lazio@fimp.org Via Fiorentini Filippo, 106 00159 Roma	FIMP Molise Donato Meffe Segretario Regionale molise@fimp.org Via Conte Rosso, 56 86100 Campobasso	FIMP Sicilia Giuseppe Montalbano Segretario Regionale sicilia@fimp.org Via Nina Siciliana, 16 90130 Palermo	FIMP Valle d'Aosta Marco Debernardi Segretario Regionale valledaosta@fimp.org Via St. Martin de Corleans, 44 11100 Aosta
FIMP Campania Roberto Sassi Segretario Regionale campania@fimp.org Piazza dell'Autonomia, 8 Massa di Somma (NA)	FIMP Liguria Federico Freschi Segretario Regionale liguria@fimp.org Via Piaggio, 49/2 16136 Genova	FIMP Piemonte Andrea Valpreda Segretario Regionale piemonte@fimp.org Via Condove, 99 10096 Collegno (TO)	FIMP Toscana Gian Piero Cassano Segretario Regionale toscana@fimp.org Via Rovereto, 20 - 55043 Lido di Camaiore (LU)	FIMP Veneto Giampietro Chiamenti Segretario Regionale veneto@fimp.org Via Montelongo, 6 37036 San Martino Buonalbergo (VR)
FIMP Trentino Paolo Pancheri Segretario Regionale trento@fimp.org Via Perini, 181 38100 Trento	FIMP Puglia Ruggiero Piazzolla Segretario Regionale puglia@fimp.org			

Io dei bambini con malattie croniche, per i quali negli anni passati la Campania, unico caso in Italia, aveva predisposto controlli periodici di monitoraggio della malattia da parte dei pediatri di famiglia al fine di accompagnare questi piccoli pazienti nel percorso assistenziale di cura e di riabilitazione all'interno delle équipes mediche multidisciplinari attivate allo scopo.

Per far conoscere queste ed altre problematiche che l'inerzia dell'Assessore sta aggravando ogni giorno di più, i Pediatri di Famiglia e il Tribunale per i Diritti del Malato organizzeranno nei prossimi giorni un convegno pubblico che culminerà con la raccolta di firme tra i cittadini contro la non politica sanitaria della Regione Campania.

Farmaci senza glutine

Tutti i farmaci senza glutine, "sicuri" per i celiaci. La lista dei medicinali "gluten-free" è disponibile sul sito di Federfarma (www.federfarma.it), nella rubrica "Cerca un farmaco". È sufficiente inserire il nome del prodotto (o della sua autorizzazione all'immissione in commercio) per avere una risposta in tempo reale. Sul sito sono contenute le indicazioni su oltre 4 mila farmaci, ma - assicura Federfarma in una nota - il numero aumenterà mano a mano che le aziende produttrici comunicheranno le informazioni.



■ LIGURIA, NUOVO CR

Il 2 dicembre è stato rinnovato il Consiglio Regionale FIMP Liguria che, per il prossimo triennio, risulta composto dai dottori: Federico Freschi di Genova (Segretario); Guido Brusoni di Spezia (Vice Segretario); Cesare Astrici di Genova (Tesoriere). Lando Barberio di Imperia (Consigliere); Mauro Biagioni di Spezia (Consigliere); Giorgio Conforti di Genova (Consigliere); Michele Fiore di Imperia (Consigliere); Fulvia Gatto di Savona (Consigliere); Maurizio Lanteri di Savona (Consigliere); Giovanni Semprini di Genova (Consigliere); Dott. Roberto Bezzi di Spezia (Revisore dei conti); G. Paolo Castagnoli di Imperia (Revisore dei conti); Giuseppe Squazzini di Savona (Revisore dei conti); Alberto Torchio di Genova (Revisore dei conti).

orizzonti copertina

Veronesi: "Tutta l'Europa ci invidia il nostro Pediatra"

Il famoso oncologo nella sua fortunata rubrica sul settimanale "Oggi" nel rispondere ad una lettera, offre un interessante spunto di riflessione sulla figura del Pediatra italiano. Vi proponiamo la lettera e la risposta.

Ho tre bambini e, viaggiando per lavoro, mi è capitato di parlare dei figli con francesi, inglesi, tedeschi. Parlando di salute, ho scoperto che in quei Paesi non esiste il pediatra come lo conosciamo noi in Italia: un "medico del bambino", alle cui cure ha diritto ogni cittadino italiano che nasce. Ma ho anche sentito voci di un'abolizione del pediatra di base che ci costringerebbe a sceglierne uno privato o recarci sempre all'ospedale. Vogliono forse eliminare qualcosa in cui siamo più avanti degli altri?

Antongiulio Lo Capo, Ronca



Ho sentito anch'io quelle voci, ma non credo che avranno un seguito perché tutti dovremmo essere orgogliosi di questa situazione molto avanzata sia sul piano sociale sia sul piano medico. L'Italia è l'unico Paese europeo che possiede una rete capillare di assistenza sul territorio specifica per l'età infantile. Non solo per i bambini italiani, ma anche per i piccoli immigrati, regolari e non. I primi possono avere l'assistenza dei pediatri convenzionati. I secondi ne godranno quando i loro genitori saranno regolarizzati, ma nel frattempo vengono curati negli ospedali. Una rete così universale a favore dei bambini è una potenzialità preziosa per sviluppare una concezione di assistenza centrata sulla salute anziché sulla malattia.

Perché dico questo? Perché i bambini, essenzialmente sani, sono la fascia di popolazione che fortunatamente ha meno bisogno di cure mediche. Ma è proprio nel campo della salute dei bambini che si esplica la grande azione della prevenzione, tanto che l'Italia ha un tasso di mortalità infantile tra i più bassi nel mondo: 6 per mille per i maschietti e 5 per mille per le femmine. (...)

Torniamo alla rete dei pediatri, organizzazione che l'Europa ci invidia. Anche nel resto d'Europa esistono i pediatri, ma la differenza di organizzazione è sostanziale. Lì ci sono i pediatri ospedalieri, che lavorano nei reparti di pediatria o negli ospedali infantili, ma sul territorio i pediatri sono specialisti che vengono chiamati in seconda istanza, mentre è il "general practitioner" (equivalente al nostro medico di medicina generale) ad avere in carico anche i soggetti di 0-12 anni. Ma il bambino "non è un adulto in sedicesimo, è un bambino", e perciò le cure che gli può dare un pediatra sono molto più adeguate.

Questa attenzione comincia dal letto dove la madre ha partorito, con un attento controllo del neonato da parte di un pediatra, e poi il bambino viene iscritto (spesso con qualche difficoltà, perché i pediatri convenzionati sono pochi) presso un pediatra che lo seguirà fino all'adolescenza. Il pediatra non si limita a curare il bambino, ma tiene d'occhio sia la prevenzione (con i "bilanci periodici" di salute, in modo da scoprire tempestivamente eventuali problemi nello sviluppo) sia l'ambiente in cui cresce, e dà consigli preziosi sull'allattamento, lo svezzamento, un'alimentazione equilibrata, il vivo consiglio di non fumare che dà ai genitori. In pratica, si assume il compito di essere non solo il medico del bambino, ma il suo protettore "sociale". Concludo ricordando l'ampia visione dell'Unicef, in perfetto accordo con la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità a proposito di una sanità a misura di bambino: occorre promuovere l'uguaglianza "di genere" (cioè tra uomo e donna), favorire l'empowerment della madre (la sua istruzione e possibilità di decidere e di fare), migliorare la salute della donna, promuovere condizioni di vita sana, fornire un'istruzione di qualità, proteggere i bambini da abusi, sfruttamento e violenza.

E TUCCI SCRIVE A VERONESI

RINGRAZIANDOLO

DEL POSITIVO GIUDIZIO

SUI PEDIATRI ITALIANI.

"PER NOI È UNO STIMOLO"

Egregio Prof. Veronesi, volevo ringraziarla a nome mio personale e dei pediatri di famiglia italiani della sua risposta comparsa sul settimanale "Oggi", riguardante la pediatria di famiglia. Ci fa molto piacere che abbia sottolineato la positività e il valore dell'esperienza italiana, che oltre ad essere costantemente dal 1988 al più alto livello di gradimento della popolazione, come evidenziato da numerosi studi ed indagini di mercato, è stimolo continuo verso le altre nazioni europee per riaffermare il principio culturale e professionale che il Pediatra è il medico naturale del bambino e dell'adolescente. Oltre infatti, a migliorare sempre più i già alti livelli qualitativi assistenziali, e a far sì che i nostri Accordi Collettivi Nazionali salvaguardino e valorizzino la nostra specificità assistenziale, siamo sempre più impegnati a livello europeo per promuovere ed estendere anche ad altre nazioni i principi del nostro sistema assistenziale. Le parole e le espressioni da lei utilizzate nella risposta, da un medico di così profonda cultura e di rilevante ruolo politico, sono per noi motivo di gratificazione e di stimolo, ma in particolare lo sono per i cittadini che vedono ulteriormente riconosciuto il valore e l'importanza che l'Italia dà nell'offrire ai bambini e alle loro famiglie il più alto livello di cura possibile, in ottemperanza a quanto prevede la Convenzione Internazionale dei Diritti del Fanciullo.

Il Presidente Nazionale
Pier Luigi Tucci