

# Un parto lungo due anni, almeno

di Salvatore Cannavò

**N**oi siamo un po' come le ostetriche, assistiamo a un parto, portiamo i figli a dei genitori che li desiderano. È la parte più bella, persino commovente, di un lavoro che resta molto difficile". Il giudice dei minori che ci accompagna in questo viaggio nel mondo dell'adozione, e che per ragioni deontologiche preferisce non essere citato, utilizza una metafora suggestiva che, almeno per un momento, spazza via la burocrazia. Adottare un figlio è difficile, impegnativo emotivamente, mette a confronto con la macchina statale per una funzione altrimenti naturale. Dall'altra parte c'è invece la felicità imprevedibile di chi non ha avuto affetti o ha conosciuto solo degrado

## Le due adozioni

La legge che regola le adozioni, nazionali e internazionali, del 1983, è stata riformata in profondità nel 2001. Il suo fondamento è la tutela dell'infanzia. Adottare è difficile perché, fortunatamente, i bambini dichiarati adottabili in Italia sono pochi, non pochissimi ma certamente pochi. Nel 2010, ultimo anno con cifre ufficiali, le dichiarazioni sono state 1.177, le richieste circa 10 volte superiori (otto volte la stima del 2012). Diverso è il caso di quelle internazionali - i dati della Commissione adozioni sono del 7 gennaio: al 31 dicembre 2012 risultano adottati 3.106 minori da 2.469 coppie.

Una coppia che voglia procedere a un'adozione deve avere **un requisito essenziale: essere sposata**. La legge italiana su questo punto, a differenza del resto d'Europa, è molto chiara: tre anni di matrimonio oppure di convivenza suffragata dal matrimonio.

I "single" non sono ammessi a meno che (Adozione in casi particolari) non abbiano già un rapporto pre-constituito con il bambino oppure siano titolari dell'affidamento (vedi a pagina 5). Altro requisito importante: un minimo di 18 anni e un massimo di 45 anni di differenza tra genitori e minori. In ogni caso, la coppia presenta la "domanda di disponibilità all'adozione internazionale" presso il Tribunale dei minori il quale sarà incaricato di verificare le motivazioni e le capacità, materiali, affettive, psicologiche, dei possibili genitori.

## La conoscenza del piccolo

La verifica iniziale viene affidata ai servizi sociali, si basa su colloqui con assistenti e con psicologi che durano, salve proroghe, 120 giorni. Poi tocca al tribunale. Lo scopo principale è accertare se la nuova famiglia sia in grado di assicurare al bambino "il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno". Si verificano anche le motivazioni e le aspettative della coppia, che non cerchi

"un figlio sognato" ma sia in grado di accogliere un figlio reale. "Nel 90 per cento dei casi - spiega il nostro giudice - le motivazioni delle famiglie sono sane, muovono dall'impossibilità di procreare ma nella consapevolezza che si sta mettendo in gioco una vita umana". La verifica è comunque accurata e il tempo medio è di circa un anno. Esistono proposte di legge per abbreviare questo percorso ma i giudici, e molti operatori del settore, lo ritengono un periodo adeguato.

Sarà quindi il Tribunale dei minori a trasmettere il decreto di idoneità alla Commissione per le adozioni internazionali e a notificarlo ai richiedenti, i quali hanno un anno di tempo per incaricare uno degli Enti autorizzati. Sono questi ad assistere i coniugi nel delicato processo di ricerca del Paese e della struttura e poi a metterli in relazione con il bambino.

La scelta dei paesi esteri è cambiata nel corso del tempo. Brasile o India, ad esempio, sono oggi due potenze economiche in ascesa e le adozioni da questi paesi sono diminuite. Nel 2012 è stata la Federazione russa a fare la parte del leone con il 24% delle autorizzazioni concesse, a seguire la Colombia, poi altri paesi dell'Est europeo come la Polonia. Roberto e Valeria sono due genitori che hanno adottato un bambino in Colombia. Sono stati due mesi in quel paese per costruire la giusta fiducia e "l'innamoramento" necessario, così lo definiscono. "Quei due mesi sono stati di un'intensità totale perché abbiamo costruito, sia pure velocemente, i tasselli di una relazione che poi ha avuto le sue difficoltà anche se oggi nostro figlio sta bene".

Dopo il via libera del paese estero e il supporto dell'Ente autorizzato, la Commissione per le adozioni autorizza l'ingresso del minore in Italia e il Tribunale dei minori decreterà l'adozione disponendone la trascrizione nei registri dello stato civile.

Per un'adozione internazionale - pur essendo la fase in Tribunale gratuita - non bastano 10 mila euro tra viaggi, alloggio all'estero, spese varie e spese post-adozione. L'associazione Amici dei bambini pubblica le sue tabelle con molta precisione: **4000 euro per le spese in Italia e, per un'adozione dalla Russia, 2500 euro di traduzioni, 9000 euro** per accompagnamento all'estero e mantenimento del minore, 720 euro per la fase post-adozione. Totale, 16.220 euro che scendono a 10.720 euro nel caso della Colombia.

Il magistrato-ostetrica entra in azione per le adozioni italiane. Nei casi di neonati non riconosciuti la procedura è piuttosto rapida: "La bambina di cui mi sto occupando - racconta il nostro giudice - ha tre giorni e la madre naturale non ha voluto riconoscerla". La legge lo consente, anche per evitare aborti o abbandoni più drammatici. Si va in ospedale, si partorisce senza rilasciare le proprie generalità e poi si va via. "Ora dovrò convocare le famiglie che hanno presentato domanda in ordine cronologico: la prima è del 2008". I tempi sono più o meno questi e, una volta che il giudice abbia accertato motivazioni e capacità dei coniugi, l'affidamento

si risolve in un paio di settimane. Ci sarà però un anno di tempo, prorogabile ancora di un anno, prima di dichiarare la definitiva adozione. Diverso è il caso di abbandono dei bambini in corso di infanzia. La dichiarazione di adottabilità emessa dal giudice "costituisce una cesura netta con la famiglia di origine, uno strappo affettivo dichiarato giuridicamente che non può ammettere errori". **Con la dichiarazione del Tribunale, infatti, il bambino viene allontanato dai genitori naturali** per abbandono materiale e morale da parte loro. "Un simile evento richiede che il processo di adozione debba essere svolto con estrema cura: l'adozione è un diritto del bambino prima che del genitore e come tale va trattato".

Una volta scelta la coppia il giudice può disporre l'affidamento pre-adoztivo che dura un anno.

È un processo lungo, complicato, a volte doloroso quello che regola l'adozione perché basato su un evento traumatico, un abbandono. Ma può regalare emozioni molto profonde: "Quando convoco una coppia per comunicare la decisione dell'affidamento vedo davanti a me una grande commozione che mi contagia.

E questa emozione si ripercuote nel tempo: le famiglie mi vengono a trovare per farmi vedere il bambino oppure mi mandano una sua foto, mi tengono al corrente". Come se il giudice fosse una nonna. Oppure, l'ostetrica di una volta.

**"A volte mi sento un'ostetrica che aiuta a far nascere un figlio e osserva la felicità dei genitori".** La testimonianza di **un giudice dei minori** ripercorre le lunghe e complicate tappe per arrivare al via libera definitivo. I bambini abbandonati in Italia, per fortuna, non sono molti e le richieste sono otto volte le possibilità. Per le adozioni all'estero si possono spendere decine di migliaia di euro

## La centralità del tribunale dei minori

**LA MAGISTRATURA** Il Tribunale per i minorenni è stato istituito e disciplinato nel 1934. È presente in ogni distretto di Corte d'appello. Decide con un collegio formato da due giudici professionali e due giudici onorari esperti in scienze umane. Protegge il minore, ne dispone l'affido, ne dichiara l'adozione. Le funzioni dei tribunali per i minorenni in materia di adozione internazionale concorrono con quelle della Commissione (CAI).

**1.177**  
IL NUMERO DI  
BAMBINI ADOTTABILI  
NEL 2010

**IN ITALIA** Nel 2010, ultimo anno con cifre ufficiali, le dichiarazioni di adottabilità per bambini nati nel nostro paese, sono state 1.177. Le richieste da parte di genitori adottanti sono state circa otto volte tanto.

**15 MILA**  
LA SOMMA IN EURO  
CHE PUÒ SERVIRE  
PER L'ESTERO

**ADOZIONI IN RUSSIA** L'associazione Amici dei bambini ha pubblicato queste tabelle: 14.000 euro per le spese in Italia, 2.500 euro per traduzione dossier, 9.000 euro per accompagnamento all'estero (Russia) e mantenimento del minore, 720 euro per la fase post-adozione. Totale, 16.220 euro.

**45**  
GLI ANNI MASSIMI  
DI DIFFERENZA CON  
GLI ADOTTANDI

## LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

Pronto soccorso nel caos  
così muore la dea Ragione

**N**ei giorni scorsi le cronache romane erano dominate dall'emergenza dei pronto soccorso. Gli ospedali erano pressoché ricolmi, i pochi posti liberi contesi, le ambulanze libere scomparse, 23 erano immobilizzate nei piazzali degli ospedali e non potevano muoversi perché le barelle con le quali avevano trasportato i pazienti erano state requisite per far distendere i ricoverati in attesa di un letto. Proseguiva la ricerca di ambulanze private o della Croce Rossa da affittare a debito. Non restava che lanciare da un nosocomio all'altro appelli telematici di soccorso. Dopo alcune ore, la governatrice dimissionaria annunciava con sollievo che la situazione andava migliorando. Almeno per quel giorno. Allarmi simili erano risuonati sovente negli ultimi mesi, suscitando proteste, interventi d'urgenza, inchieste della magistratura, approfondimenti indignati della stampa. Eppure alla fine ogni grida appariva inutile. Le cause venivano elencate, più o meno le stesse, della volta precedente: in testa le esigenze di risparmi e tagli di fronte all'accumularsi dei debiti e degli sprechi, che hanno colpito, *in primis*, il numero di posti letto in rapporto al livello dei grandi ospedali qualificati, destinati a pazienti acuti e gravi e non per lungo degenti. Questi pazienti, dopo il primo ricovero d'urgenza, dovrebbero trascorrere un periodo relativamente breve in un reparto di osservazione (un tempo si chiamavano astanterie) dove, una volta accertata a fondo la diagnosi, sia possibile stabilire un percorso terapeutico al di fuori dell'ospedale. I cosiddetti piani di rientro con rigidi obiettivi di risparmio hanno penalizzato anche i letti di questi reparti. Qui si acutizza periodicamente il blocco dei mezzi di soccorso: i pazienti che andrebbero ricoverati nei reparti di cura non trovano posto e restano al Ps e, quando questo è pieno, rimangono su barelle di fortuna o su quelle che li hanno trasportati all'ospedale, in attesa che da qualche parte si apra uno sbocco. Alle volte un'attesa di giorni. Posto in questi termini il problema appare irrisol-

vibile. Ma sarebbe possibile una diversa organizzazione, basta uno sguardo ai numeri: nel 2011 il servizio 118 ha utilizzato 293 mezzi (ambulanze) per fornire prestazioni con una media di 937 soccorsi giornalieri. Di questi soccorsi il 21%, quasi un quarto, erano codici verdi, cioè stando ai parametri medici non avevano alcun bisogno di ricovero ospedaliero, e sarebbe bastato un intervento territoriale. Inoltre i dati relativi al Lazio mettono in evidenza che nel 2011 su 2.034.454 accessi al pronto soccorso, solo il 17% è arrivato con ambulanze, mentre l'83% è arrivato con mezzi autonomi e il 71% in base a una propria decisione, ovvero non c'è stata alcuna funzione di filtro da parte di strutture sanitarie (medico di famiglia, specialista, inquadramento territoriale). Va anche considerato che all'uscita ben il 67% torna a casa senza alcun bisogno di ricovero ospedaliero, il 4% si allontana spontaneamente, il 3,4% non risponde alla chiamata. Appare chiaro che le motivazioni principali del sovraccollamento risiedono nell'utilizzo improprio delle strutture territoriali, nell'insufficiente filtro ambulatoriale dei medici di famiglia, e nelle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Inoltre occorre tener presente che anche per i pazienti che necessitano delle strutture di emergenza, molta parte del tempo di attesa al Ps è dovuto alla necessità di eseguire indagini e consulenze specialistiche per arrivare a una diagnosi e a una collocazione del paziente. Se una parte significativa di tale attività fosse svolta in strutture di livello inferiore e comunicata con mezzi telematici alla struttura superiore che funge da Hub si potrebbe ottenere una maggiore fluidità del flusso dei ricoveri necessari, un miglioramento dei tempi di attesa e degli esiti diagnostico terapeutici.

Tutto è già stato scritto e molto già sperimentato nelle regioni con una migliore organizzazione sanitaria, si tratta di applicarlo e farlo rispettare in quelle ancora disastrose come per l'appunto il Lazio. La Sanità è l'unica scommessa importante da vincere per chi andrà a governarlo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Influenza a livelli record New York in ginocchio “È stato di emergenza”

## No al vaccino obbligatorio ma dilaga il contagio

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE  
**FEDERICO RAMPINI**

NEW YORK — E' "allarme per la salute pubblica" da ieri nello Stato di New York. Lo ha dichiarato il governatore Andrew Cuomo dopo che l'influenza ha superato la soglia "epidemica". Il bilancio è drammatico, con 20 bambini morti a livello nazionale, e altre città negli Stati vicini come Boston (Massachusetts) già stremate, anche l'economia in ginocchio per il dilagare delle assenze dal lavoro. Dirompente è l'effetto dell'influenza nella sua versione gastrointestinale: a Manhattan si sono visti dei robusti operai al lavoro nei cantieri edili, presi da improvvise vertigini, in preda a svenimenti e cadute, per la debolezza estrema provocata dalla malattia. I danni economici già si stimano nell'ordine di miliardi di fatturato perduto, nell'insieme degli States. Dopo che l'escalation del contagio si è accanita su New York, l'epidemia diventa ancora più visibile, i mass media si scatenano, la Grande Mela è già ribattezzata con humour nero: Flu York. "Flu"

è il nome familiare dell'influenza stagionale da virus. Nel solo Stato di New York in effetti il numero dei pazienti ricoverati in ospedale è cresciuto del 55% in una sola settimana. Il numero delle vittime per adesso viene rilevato dall'autorità sanitaria (Center for Disease Control, Cdc) solo per i bambini, ma si stima che sia un multiplo fra le persone anziane.

New York con ventimila pazienti affetti dal virus solo nel "borough" (distretto) di Manhattan, raggiunge gli altri 46 Stati Usa che sono già da due settimane sotto l'impatto dell'epidemia influenzale. È considerata la più grave influenza virale da 4 anni, e le persone colpite sono già il quadruplo rispetto all'influenza dell'anno scorso. La dichiarazione dello stato di emergenza sanitaria consente al governatore Cuomo di spingere per le vaccinazioni dei bambini. Finché non arrivava l'allarme ufficiale, medici e farmacisti dovevano dare la priorità ai pazienti sopra i 18 anni. Questo è legato anche al problema delle "resistenze politiche" contro le vaccinazioni, che diventano sempre più diffuse in America. Ben nota da anni è la campagna di destra contro tutte

le vaccinazioni obbligatorie viste come una "ingerenza del governo federale" nella libertà dei cittadini (alla pari delle proposte di controlli sulle armi).

Ma a New York la più nota radio cittadina, Wnyc, in un popolare talkshow registra da giorni altrettanta diffidenza verso i vaccini "da sinistra". La radio Wnyc è assediata da chiamate di ascoltatori progressisti che spiegano la loro avversione alle immunizzazioni. Due componenti si distinguono: quei salutisti convinti che bisogna sopportare stoicamente l'influenza perché "fa bene" (l'organismo secondo loro impara a difendersi da solo, rafforza le difese immunitarie); d'altra parte c'è una corrente di "cospirazionisti", i quali pensano che la campagna per vaccinarsi contro l'influenza è un vasto complotto di Big Pharma per ingrassare i profitti delle multinazionali. Cuomo dovrà vedersela anche con loro, nel tentativo di alzare la percentuale di cittadini vaccinati. Parte in queste ore una campagna pubblicitaria ad hoc, per incoraggiare chi non ha ancora fatto l'immunizzazione a presentarsi al proprio medico di famiglia, in farmacia, o a un pronto

soccorso. "Non è mai troppo tardi", dice Cuomo nel messaggio che accompagna la pubblicità. Tutti sanno però che il vaccino non è un toccasana. La formula usata quest'anno ha dimostrato finora un'efficacia limitata al 62% dei casi: è considerata un'efficacia "medio-bassa" rispetto ad anni precedenti (non esistono comunque vaccini influenzali che eliminano il 100% dei contagi, a differenza che per altre malattie). Ma anche per il 38% dei pazienti più sfortunati, generalmente l'aver preso il vaccino consente di ammalarsi con una variante meno micidiale dell'influenza.

Gli esperti dell'istituto di sanità Cdc stimano che quest'influenza stagionale raggiungerà il picco nell'attuale bimestre gennaio-febbraio, per poi calare a marzo. È stata rafforzata dal clima insolitamente mite. L'azione di prevenzione è stata ostacolata inoltre dal sommarsi di un virus "estraneo" (e non coperto dalla vaccinazione), nonché da un revival di una forma di tosse convulsiva quale non si diffondeva da anni negli Stati Uniti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'allarme per la salute pubblica è il più grave registrato negli ultimi quattro anni**

**Almeno una ventina di bambini morti in tutto il Paese. Danni economici per miliardi**

**Allarme influenza**

**Stati Uniti**

L'emergenza riguarda 47 Stati, e quello più colpito dal virus dell'influenza A/H3N2 è il **Massachusetts**. Gli unici stati risparmiati sono stati la **California**, le **Hawaii** e il **Mississippi**

Fonte Centers for Disease Control and Prevention (CDC)



20.000 casi di influenza nello Stato di **New York**, un numero quattro volte superiore ai casi riportati lo scorso inverno

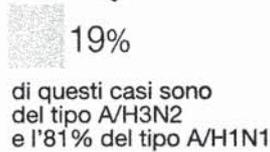
7,3% La scorsa settimana il 7,3% delle morti negli Usa sono state causate da influenza e polmonite: **200 adulti e 20 bambini**

www.ecostampa.it

**Europa**



A gennaio su 2606 casi di influenza il 70% sono del ceppo A



Fonte The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)



## L'SOS

A New York (in alto il sindaco Bloomberg) dilaga il virus. E le farmacie (a destra) pubblicizzano il vaccino antinfluenzale



FOTO: REUTERS



# «Ancora solo due o tre giorni per vaccinarsi»

## L'INTERVISTA

ROMA «Ricordiamo che quest'anno si sono vaccinate meno persone delle stagioni passate. Questo vuol dire che i virus riescono a circolare più velocemente e a contagiare più persone. Ma non è allarme». Gianni Rezza direttore del dipartimento Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità non parla di emergenza.

**Il virus che in questo momento ha fatto dichiarare lo stato di allerta negli Stati Uniti è anche da noi. Perché non preoccuparsi?**

«Il vaccino è stato costruito per proteggere anche da questo virus che è l'A/H3N2. Oltre che da altri due, l'A/H1N1 immutato dal 2009

e il B. Possiamo contare su una immunizzazione generale nonostante il calo dovuto al fermo della vendita dei vaccini in autunno».

**Negli Stati Uniti non si sono vaccinati?**

«Le autorità americane parlano del 60% di persone a rischio protette. Da noi la percentuale è sicuramente più alta. Non si esclude che il virus A/H3N1, il più diffuso in Usa, sia mutato nelle ultime settimane. Da qui, un contagio di queste proporzioni».

**Si è ancora in tempo per vaccinarsi?**

«Direi che siamo fuori tempo massimo visto che gli anticorpi cominciano a fare il loro lavoro due settimane dopo la vaccinazio-

ne. Quando ci sarà il picco dell'epidemia. Tra la fine di gennaio e febbraio».

**Consiglia di non aspettare oltre questa settimana?**

«Prima possibile direi massimo due o tre giorni se si è colpiti da patologie croniche».

**Anche da noi potrebbe arrivare il virus mutato?**

«Potrebbe, non è detto. Ma è assolutamente fisiologico che degli anni si abbiano più casi e degli anni meno. In America come in tutti gli altri paesi».

**Ci dobbiamo aspettare un'epidemia aggressiva?**

«Le previsioni ci fanno ipotizzare un'ondata influenzale di media gravità».

**C.Ma.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**«L'ONDATA VIRALE SARA DI MEDIA GRAVITA'»**

Gianni Rezza Istituto superiore sanità



**L'epidemia**



**FABRIZIO PREGLIASCO**

Virologo, Università degli Studi di Milano



**DINO VAIRA**

Docente di Medicina interna Università di Bologna

# Dilaga l'influenza E l'intestino è sotto attacco

**La cosiddetta «influenza intestinale» è responsabile del 10% delle visite dal medico di famiglia. Il picco dell'epidemia influenzale intanto è raggiunto, contagi in aumento a metà gennaio**

**Alessandro Malpelo**

**L'INFLUENZA** stagionale ha calato la maschera. Negli Stati Uniti miete vittime a causa del ceppo H3N2. «In Italia e in Europa — spiega Aurelio Sessa, presidente regionale SIMG Lombardia e medico sentinella — assistiamo a un'importante circolazione di virus B dell'influenza (circa il 50% dei tamponi positivi per influenza sono positivi per il virus B) e le infezioni da virus A stanno incrementando con una maggior prevalenza per il virus pandemico A/H1N1, pari al 27% contro il 13% dell'A/H3N2. Ma è necessario mantenere alta la soglia d'attenzione grazie alla rete di sorveglianza, perché anche l'Europa potrebbe trovarsi in una situazione di emergenza se il virus A/H3N2 diventasse il più diffuso».

«**SAPEVAMO** che le feste avrebbero fatto da incubatore — afferma il virologo Fabrizio Pregliasco, Università di Milano — e ora l'epidemia dilaga. Oltre al freddo peserà, come hanno fatto osservare i medici di famiglia, anche la

forte riduzione di persone che si sono vaccinate all'inizio dell'autunno a causa delle notizie sul blocco di alcuni lotti di vaccini anti-influenzali».

**DI PARI PASSO** con il progredire del virus influenzale, si fa strada l'influenza intestinale, che è tutta un'altra partita, anche se si gioca negli stessi giorni. È un'esperienza spiacevole fare i conti con l'improvvisa insorgenza di nausea, vomito, crampi addominali, diarrea. A volte si associano senso di stanchezza, capogiri, sudorazione fredda, dolori osteoarticolari e febbre. «La gastroenterite da influen-

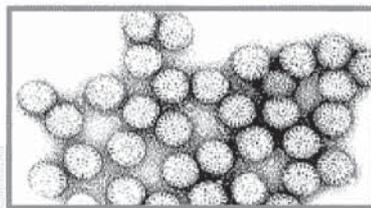
**CAPOGIRI**

**L'indisposizione è diffusa  
Meno persone quest'anno  
si sono vaccinate per tempo**

za intestinale — avverte Dino Vaira, Policlinico Sant'Orsola di Bologna, in questi giorni in Rai a *Buongiorno Elisir* — è responsabile del 10% delle visite dal medico di famiglia. Solitamente tanto è repentina la comparsa dei sintomi quanto veloce è la guarigione: in 2-3 giorni questa infezione dell'apparato digerente si risolve anche se lo scombussolamento può durare più a lungo, lasciandoci stanchi e inappetenti, con qualche doloretto alla pancia e l'intestino che sembra non aver voglia di riprendere la sua normale funzionalità cosicché spesso ci si ritrova con il problema opposto: la stipsi».

**La gastroenterite mette al tappeto**

La gastroenterite virale è dovuta a un agente infettivo distinto dai comuni virus influenzali



## Come appare al microscopio

Il rotavirus può causare diarrea e vomito, affligge grandi e piccoli, si diffonde nei mesi invernali



## Chi non è vaccinato paga peggio

La classica influenza si fa strada e costringe a letto circa 250mila italiani ogni settimana. Febbre e tosse

## IL DISTURBO

L'influenza intestinale ha gli stessi sintomi e si diffonde nello stesso periodo dell'anno dell'influenza propriamente detta, ma è dovuta a un altro virus, detto rotavirus

### I sintomi

- Crampi a stomaco e addome
- Nausea
- Vomito
- Diarrea
- Febbre
- Dolori articolari
- Debolezza
- Vertigini
- Giramenti di testa
- Sudorazione fredda



### Il virus

Aggredisce le mucose dell'intestino e il corpo non trattiene più l'acqua



### Durata del disturbo

Tre giorni

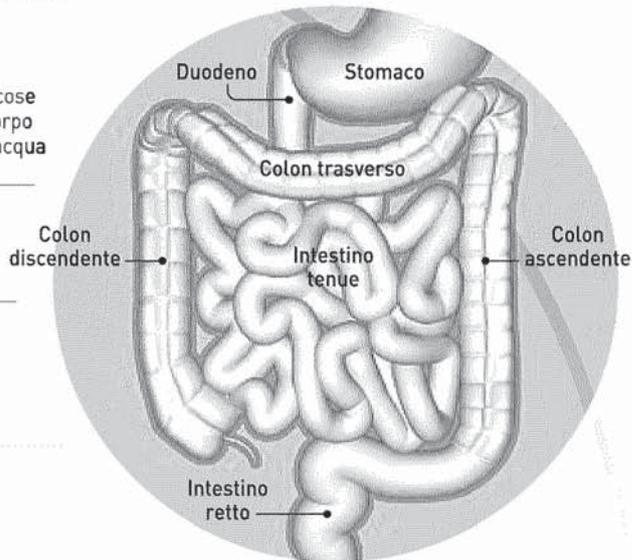


### Categorie a rischio

Bambini piccoli



Malati cronici (diabetici, cardiopatici, ecc.)



## TERAPIA E RIMEDI



### Liquidi

Assumere a piccoli sorsi bevande tiepide e non troppo zuccherate (tè e camomilla)



### Farmaci

**SI** Antinausea e antiemetici (vomito)  
**NO** Antidiarroici

### Alimentazione

Dopo tre giorni

Riso Pasta Pesce al vapore Carni bianche Mela sbucciata

Dopo almeno una settimana

Si può tornare alla normale alimentazione, ma sempre per gradi



INFOGRAFICA A CURA DI centimetri.it

# Crampi alla pancia Dieta in bianco

**Dino Vaira \***

**LA GASTROENTERITE** è comunemente provocata da infezioni virali: il germe più spesso chiamato in causa è il rotavirus, responsabile di epidemie specie tra i bambini nel periodo invernale, fino a marzo. E' facile che interi gruppi familiari vengano colpiti. Bisogna preoccuparsi? No, anche se ancora una volta occorre prestare attenzione alle categorie più a rischio: bambini piccoli, anziani e pazienti con malattie croniche come il diabete o patologie cardio-vascolari. Il rischio concreto è quello della disidratazio-

ne ovvero della perdita di acqua e sali con le ripetute scariche diarroiche e il vomito; perdita che il malato fa fatica a reintegrare bevendo e mangiando proprio a causa del malessere generale.

**COSA FARE?** Sicuramente bere acqua, camomilla ma anche un tè leggero, poco zuccherato, a temperatura ambiente e a piccoli sorsi per non scatenare la nausea. Specie nel primo giorno è utile lasciare a riposo l'intestino non sforzandosi di mangiare a tutti i costi. Lentamente si potrà poi riprendere l'alimentazione facendo tanti piccoli spuntini a base di cibi

leggeri: via libera a riso, pasta, carne bianca e pesce, cotto al vapore o alla griglia, evitando spezie e intingoli.

**IDEALE LA MELA** sbucciata e grattugiata, meglio rinunciare alle carni rosse, ai fritti ma anche agli alimenti ricchi di scorie quali spinaci, carciofi, cibi integrali, kiwi. Si agli integratori di sali minerali primi tra tutti magnesio e potassio che servono a evitare i crampi muscolari. I farmaci più usati sono quelli a base di metoclopramide che servono a contrastare nausea e vomito. Si anche ai probiotici. E' sempre bene consultare il medico.

(\*) Professore di medicina interna



**ANTIPIRETICI** La febbre accompagna sempre l'influenza



**LA DENUNCIA** La gavetta in sala operatoria

# «I giovani medici non sanno usare il bisturi»

*L'appello del presidente dell'Ordine ai primari: «Fate fare più pratica agli specializzandi»*

**Maria Sorbi**

Escono dall'università con la media del 28 o del trenta ed hanno la parete della stanza costellata di attestati e titoli di studio. Ma non sanno impugnare un bisturi. Eccoli i medici specializzandi lombardi: super preparati nella teoria. Un po' meno nella pratica.

A sollevare il problema è Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei medici di Milano. Il primo che osa dire ad alta voce quello che da sempre si sussurra nei corridoi. Ovviamente la situazione non è la stessa in tutti gli ospedali: in alcuni reparti si impara di più e in altri di meno. «Il problema - sollecita Rossi - è molto diffuso. La preparazione teorica dei nostri ragazzi è eccellente ma quella pratica non è neanche paragonabile a quella delle scuole eu-

ropee e nordamericane. Bisogna rivedere le regole».

Rossi fa un confronto efficace: dopo un corso di quattro anni di aeronautica un giovane è perfettamente in grado di pilotare un aereo che vale 80 milioni di euro. Ecco, allora, dopo cinque anni di specializzazione un medico deve essere preparato a operare il cuore o il cervello di un uomo. «Le università della nostra regione - spiega il rappresentante dei medici - sono perfettamente in grado di dare questo tipo di preparazione. È urgente che ci si muova in tal senso».

Tuttavia per chi è agli inizi, non è semplice entrare in sala operatoria. I giovani assistono agli interventi, anche più complicati, osservano la destrezza dei primari e dei chirurghi più abili, cercano di rubare con gli occhi tutti i trucchi del mestie-

ro. Ma il percorso per diventare terzo assistente è davvero lungo. Per arrivare ad essere il secondo assistente del chirurgo spesso c'è da sgomitare. Raggiungere l'autonomia sembra quasi impossibile, pur lavorando nello stesso reparto per anni. «Non abbiamo un assetto legislativo che consenta di operare prima della fine della specialità - denuncia l'Ordine dei medici - e ci sono ancora parecchi problemi con le coperture assicurative». Problemi che riguardano i medici titolari, figuriamoci chi non è ancora in ruolo e nell'organico fisso dell'ospedale. Ovviamente la piaga della poca pratica si fa sentire soprattutto nelle specialità chirurgiche.

Le cose funzionano meglio nei reparti di medicina interna e affini dove gli specializzandi imparano a formulare diagnosi

e a impostare le cure durante il «giro» dei letti del mattino assieme alle équipes. I primari sentirsi insicuri sono i diretti interessati: i giovani medici che indossano il camice bianco da pochi anni. «A volte incontriamo medici che ci insegnano e ci coinvolgono - raccontano - Altre, per esigenze di lavoro, non riusciamo a fare molta pratica. E così fare un'ecografia o saper leggere davvero bene una radiografia diventa dura».

Qualche giovane medico racconta di aver visto colleghi arricciare il naso nelle cliniche Svizzere davanti al «titolo di specialità» preso in Italia. Da qui l'appello della categoria: «Dobbiamo mettere i nostri giovani in grado di competere con la concorrenza straniera. Abbiamo ottime università e insegnanti bravi. Va solo presa qualche accortezza in più nel percorso della «gavetta»».

## TROPPIA BUROCRAZIA

«Risolvere gli intoppi legislativi e legati alle assicurazioni»



**IN REPARTO** Gli aspiranti medici sono «poco autonomi»



IL PRESIDENTE DEI CAMICI BIANCHI

# «I giovani medici non sanno usare il bisturi»

I giovani medici specializzandi? Preparatissimi sulla teoria ma non sanno impugnare il bisturi. A sollevare il problema è Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei medici di Milano. Il primo che osa dire ad alta voce quello che da sempre sussurra nei corridoi. Ovviamente la situazione non è la stessa in tutti gli ospedali: in alcuni reparti si impara di più e in altri di meno. «Il problema - sollecita Rossi - è molto diffuso. La preparazione teorica dei nostri ragazzi è eccellente ma quella pratica non è neanche paragonabile a quella delle scuole europee e nordamericane. Bisogna rivedere le regole e le coperture assicurative».

**Maria Sorbi** a pagina 4

