

Man B76/8

ANTONIO SIGNA

IL FUNZIONAMENTO DEL CONSULTORIO PEDIATRICO DELL' O. N. M. I.

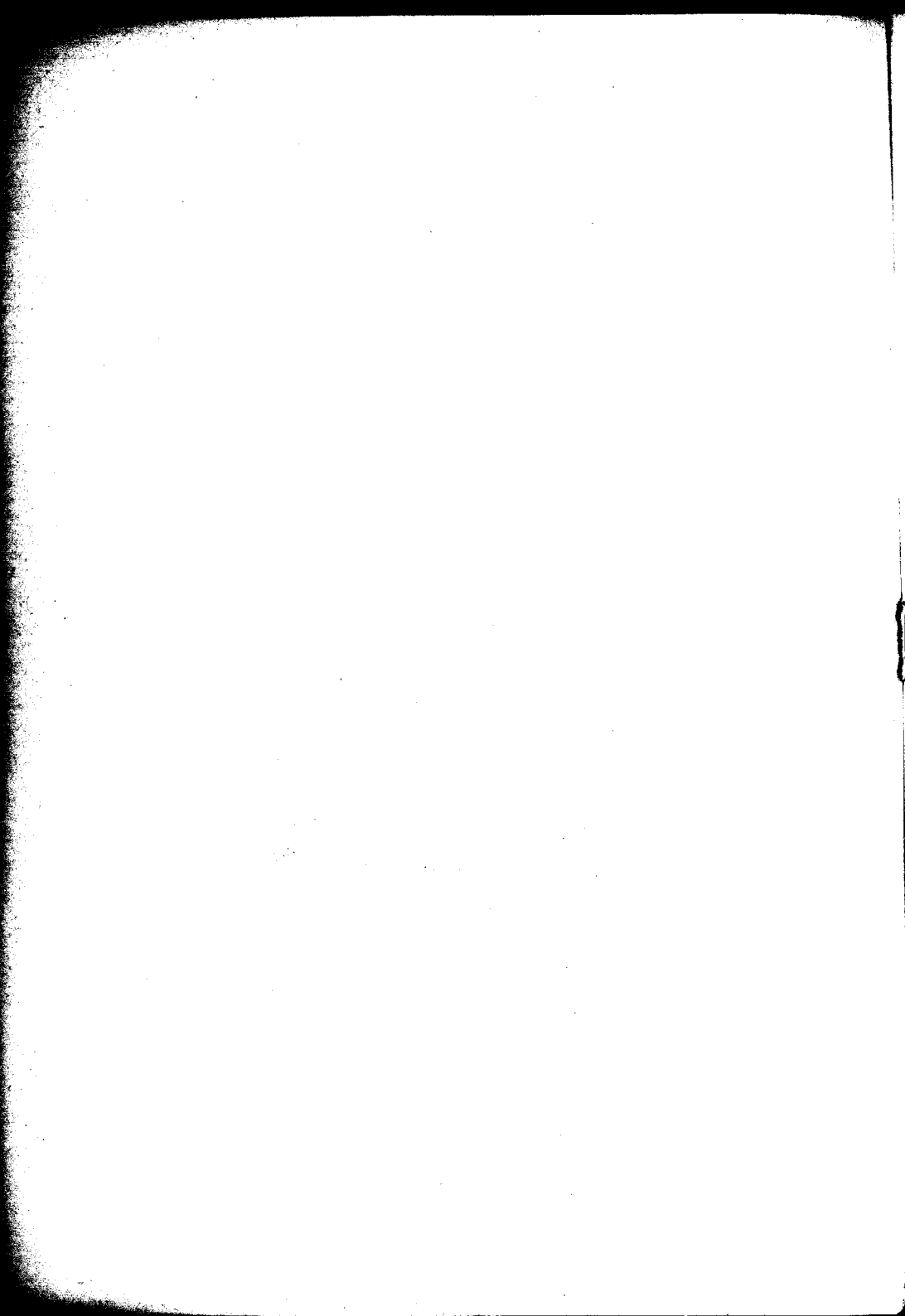
ESTRATTO DALLA RIVISTA *MATERNITÀ E INFANZIA*

MAGGIO-AGOSTO 1941-XIX - N. 3-4



TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI FASCI E DELLE CORPORAZIONI

ROMA MCMXLI-XIX



ANTONIO SIGNA

IL FUNZIONAMENTO DEL CONSULTORIO PEDIATRICO DELL'O. N. M. I.

ESTRATTO DALLA RIVISTA *MATERNITÀ E INFANZIA*
MAGGIO-AGOSTO 1941-XIX - N. 3-4

**Esemplare fuori commercio
per la distribuzione agli
effetti di legge.**

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI FASCI E DELLE CORPORAZIONI
ROMA MCMXLI-XIX

I.

Perchè un consultorio dell'Opera Nazionale Maternità Infanzia funzioni adeguatamente agli scopi per i quali esso è stato istituito è necessario che il medico a cui ne è stata affidata la direzione, pure essendo provvisto del titolo indispensabile di specializzazione in pediatria abbia una buona preparazione teorica e pratica acquistata negli anni che egli ha trascorso in una Clinica pediatrica, per il conseguimento del suo titolo, e conosca da vicino il funzionamento di un consultorio per lattanti.

In relazione a quello che ho osservato, credo opportuno anzitutto affermare che il lavoro di consultorio non deve essere considerato leggermente come un compito facile di fronte alle difficoltà che può presentare un ambulatorio per bambini ammalati, poichè in esso non ci si deve limitare a dare dei semplici consigli di puericoltura, come spesso sarebbero capaci di dare anche le assistenti sanitarie che hanno seguito gli appositi corsi.

Il consultorio è una istituzione complessa e richiede al medico non pochi requisiti, quali la conoscenza della patologia infantile, la conoscenza della tecnica dell'allevamento, unite ad una buona dose di volontà e di pazienza ed al senso pratico che deve essere in rapporto all'ambiente sociale in cui i consigli dati debbono essere attuati.

Il consultorio pediatrico dell'O. N. M. I. deve essere considerato come la parte più delicata e più importante di tutto il funzionamento dell'Opera, poichè, soltanto con giusti criteri pediatrici, le provvi-

denze adottate possono contribuire a rendere efficace l'azione svolta per la protezione dell'infanzia.

Si può affermare senza pretese, che, venendo a mancare l'opera svolta dal pediatra, molti provvedimenti resterebbero privi di efficacia; quindi i medici debbono essere coscienti che, assumendo l'incarico di svolgere il consultorio, si assumono la responsabilità di valorizzare la funzione dell'Opera stessa. Quest'incarico intanto deve essere assunto soltanto dal medico che nello svolgimento del suo lavoro parte dal principio di dare la sua attività senza lesinare il tempo, quindi dal medico che ha dei margini di tempo disponibili e che deve considerare un onore servire nella grande Opera voluta dal Regime. D'altra parte tale onore, per necessità di vita, non deve costituire soltanto un onere ed è giusto che il lavoro che si esige dal medico venga ad essere equamente retribuito.

II.

Una necessità fondamentale per il buon funzionamento del consultorio è quella che esso si svolga in ambienti decorosi, ben attrezzati, provvisti dei requisiti tecnici ed igienici indispensabili. I requisiti che presenta un locale, pur escludendo il lusso, servono ad invogliare le madri a frequentarlo, servono di esempio e di educazione igienica a buona parte delle frequentatrici e determinano in esse il rispetto per l'Opera e per le persone che ad essa sono adibite. Non è infrequente il caso, come ho avuto occasione di rilevare, che in locali meschini, disadorni, insufficienti, è difficile ottenere la disciplina e l'ordine da parte delle madri, mentre in locali adeguati ciò si ottiene con maggiore facilità. Anche nella stessa zona, quando si è avuta la trasformazione o la sostituzione di un locale vecchio con uno nuovo, oltre che vedere aumentare l'affluenza, si è notata una maggiore disciplina, una maggiore cura a non insudiciare, insomma un maggiore rispetto che è stato provocato dall'ambiente.

Naturalmente è affidato alle varie Federazioni l'incarico di provvedere all'apprestamento di locali decorosi; ma è bene che chi le dirige sia consapevole che, così facendo, contribuirà a rendere più agevole il compito del medico.

Una cura particolare deve avere il medico nel rispettare l'orario, cioè una volta fissata l'ora dell'inizio delle consultazioni, il medico non deve ritardare. Il ritardo provoca lunghe attese delle donne e dei bambini per la consultazione, per conseguenza affievolisce o addirittura stanca ogni buona volontà di frequenza. Se si vuole seguire il bambino settimanalmente occorre favorire e rendere facile questa frequenza evitando innanzi tutto ogni superflua perdita di tempo. Occorre tenere presente che ogni mamma oltre al figlio che porta al consultorio con grande frequenza, ha altri figli che ha lasciato a casa mal custoditi o che spesso ha lasciato fuori per la strada. Ogni mamma ha necessità di accudire alle faccende domestiche; è giustificata, quindi, la sua premura di tornare presto a casa. I consultori, dove per ottenere la consultazione occorre aspettare parecchie ore, sono quelli poco frequentati o frequentati di malavoglia, presso i quali si svolgono con maggiore facilità delle proteste provocate dal nervosismo per la lunga attesa. Ma per evitare anche un eccessivo impiego di tempo per l'attesa, occorre che il numero delle visite giornaliere non sia eccessivo; si rende necessario, quindi, che il numero dei bambini da visitare non superi un massimo di 30 per ogni seduta di consultorio.

Una buona abitudine per rendere più agevole il compito del medico è quella di preparare per la visita i bambini prima dell'inizio delle consultazioni. Mi sono giovato sempre di questo metodo e lo consiglio. L'assistente sanitaria prima dell'arrivo del medico dovrà far spogliare e pesare i bambini, eventualmente praticare il bagno ai più sudici; scrivere le annotazioni e le notizie anamnestiche sulle cartelle, ecc. Quando il medico arriva tutto questo lavoro deve essere già compiuto e l'ingresso deve essere chiuso in modo che l'assistente dovrà assolvere esclusivamente il compito di assistere il medico nella visita e scrivere quello che egli detterà. Nei consultori dove le assistenti non usano questo metodo, il medico dovrà esigerlo, poichè è evidente che il suo lavoro si svolgerà con ordine e con calma che altrimenti non si potrebbero avere quando ogni madre, al suo ingresso nella camera delle consultazioni, dovrà spogliare il suo bimbo, dovrà farlo pesare, dovrà rispondere alle domande che le verranno fatte, ecc.

Naturalmente tutto ciò presuppone che il locale adibito per il consultorio sia fornito di un capace ambiente che servirà per sala d'attesa, sufficientemente aereato, riscaldato nella stagione invernale, dotato dei servizi igienici per le madri ed i bambini che aspettano.

Per regolare l'afflusso nella camera delle consultazioni l'assistente sanitaria sistemerà prima le cartelle cliniche per ordine di precedenza e successivamente chiamerà per nome la donna che deve entrare per fare visitare il suo bambino. Un'infermiere regolerà all'ingresso l'entrata e l'uscita delle donne.

Sarà anche cura dell'assistente, nel preparare per la visita i bambini, di non permettere che restino nella sala d'attesa quelli che a suo giudizio presentassero delle malattie contagiose. In questa eliminazione, però, non deve essere seguito il criterio di *allontanare indistintamente tutti i bambini che hanno febbre*, come ho visto fare in alcuni consultori, poichè non è detto che la febbre sia sempre espressione di una malattia contagiosa, come pure vi possono essere delle malattie contagiose che possono decorrere senza febbre. L'assistente dovrà regolarsi quindi seguendo tutti gli altri segni che a suo giudizio possono destarle dei sospetti, e se nel locale esiste una stanzetta di isolamento dove mettere il bambino, sarà bene, prima di decidere l'allontanamento, aspettare il giudizio del medico.

I casi che presentassero una particolare urgenza della visita, come per esempio un disturbo della nutrizione, un prematuro, un lattante a digiuno, ecc., sarà bene che abbiano la precedenza sugli altri.

Il medico ha l'obbligo di scrivere o dettare i rilievi più importanti dell'anamnesi prossima, dell'esame obiettivo, delle prescrizioni mediche, del tipo di allattamento e della composizione qualitativa e quantitativa delle poppate che ha consigliato sulle apposite cartelle cliniche. La cattiva abitudine di lasciare in bianco le cartelle, come si fa in molti consultori, riesce di danno per il bambino che si segue e per il medico stesso che non avrà la possibilità di avere presente nelle visite successive ciò che egli aveva notato e prescritto. Trascurando questa elementare pratica ne consegue che ad ogni rivisita si impiegherà un tempo maggiore per chiedere ciò che il bambino ha

avuto e ciò che è stato fatto, andando incontro a tutti gl'inconvenienti che tale metodo mnemonico offre.

Inoltre, non tenendo al corrente le cartelle verrà a mancare la prova più diretta per la documentazione dell'attività svolta dal medico nel consultorio, verrà meno la possibilità di accertamenti statistici, che hanno grande importanza, riuscirà impossibile la esatta determinazione delle quantità di alimento consumato dal bambino nei casi allevati con allattamento misto o artificiale.

Il medico deve pure scrivere nel libretto-tessera che viene rilasciato per ogni bambino la prescrizione dietetica o medica che la madre deve eseguire e apporrà la sua firma nell'apposita colonna.

III.

La base su cui poggia l'istituzione del consultorio è quella di svolgere un compito principalmente igienico sanitario e, perchè esso possa svolgersi, è necessario che tutti i bambini che vi vengono portati siano indistintamente visitati. Non è assolutamente da ammettere che il consultorio serva esclusivamente per dispensare dei consigli dietro alle domande che al medico vengono rivolte dalle madri, prescindendo dall'accertamento delle condizioni fisiche del bambino, come pure non è da ammettere che il consultorio sia l'equivalente di un distributore di latte. Quindi dovere di ogni medico è quello di visitare accuratamente e dettagliatamente tutti i bambini alla prima visita. Nelle rivisite, se dall'anamnesi e dall'accrescimento ponderale non risultano dei dubbi, è ammissibile che la visita sia meno dettagliata.

Quando è a conoscenza delle madri che nel consultorio si visitano i bambini, il loro giudizio sulla funzione del consultorio viene a cambiare: non si andrà più in esso con l'idea di andare in una bottega per il prelevamento dell'alimento (come forse avveniva in qualche posto), ma vi si andrà in primo luogo per la visita medica. Visitando i bambini il medico stesso eviterà per il primo la svalutazione della sua opera. Agendo con questo principio il medico avrà la possibilità di dare una base concreta al suo giudizio ed alle sue prescrizioni e

sarà sicuro che ogni madre tornerà con fiducia nel consultorio per seguire i consigli che le verranno dati.

Si è fatto spesso presente che il consultorio non è ambulatorio cioè non è destinato ai bambini ammalati e si è voluta quindi fare una netta separazione fra questi due compiti. Io sostengo che non esiste (e non è possibile farlo in pratica) un limite netto fra stato di malattia e sanità, particolarmente in un posto dove vengono portati dei lattanti. Il consultorio però ha funzioni profilattiche, e ciò sarà ammesso da tutti; ma quale migliore profilassi vi potrà essere di quella di curare un disturbo della nutrizione incipiente, per prevenire un disturbo cronico che porterà alla distrofia, quale migliore profilassi vi potrà essere di quella di curare un arresto nei normali processi di ossificazione per prevenire un rachitismo o di curare addirittura un rachitismo per evitare i gravi postumi permanenti che esso potrà produrre?

Con questi intendimenti il medico del consultorio non si rifiuterà di fare una fasciatura sterile o di medicare un ombelico secerne di un neonato o di causticare un granuloma ombelicale poichè sarà certo di avere contribuito ad evitare l'insorgenza di una sepsi che originerà dalla ferita ombelicale. Il medico non si rifiuterà di ammettere alla visita un neonato con una dermatite dei genitali, dei glutei o delle cosce perchè sa che il consiglio dato a tempo eviterà l'aggravarsi e l'approfondirsi delle lesioni, che per il consecutivo attecchimento dei piogeni, potrebbero portare a gravi ed irreparabili conseguenze.

Quindi il medico visiterà e darà i suoi consigli e se sarà necessario farà la sua ricetta, compenetrato sempre dall'ambiente in cui esplica la sua missione, limitandosi a prescrivere nella maniera più semplice, eliminando dalle sue prescrizioni, per quanto sarà possibile, le specialità medicinali.

Sorge qui una delicata questione che ritengo utile fare presente. Molte delle frequentatrici hanno la loro tessera di povertà, hanno quindi diritto alla distribuzione gratuita delle medicine, però possono ritirarle soltanto quando le ricette sono firmate dal medico condotto del rione. Nei piccoli centri spesso il consultorio dell'O. N. M. I. è affidato al medico condotto, quindi non si verifica alcun incon-

veniente; nelle grandi città però il medico del consultorio dell'O. N. M. I. non è mai il medico condotto, quindi le mamme o debbono aver vistata la ricetta da quest'ultimo o debbono rinunciare alla visita del medico del consultorio rivolgendosi al medico condotto direttamente. Pur non volendo svalutare la grande opera prestata da questa benemerita classe di professionisti, è ragionevole ammettere che, come la clientela pagante in casi di malattie di bambini si rivolge allo specialista, la classe degli umili, con l'istituzione del consultorio dell'O. N. M. I., usufruirà dell'opera del pediatra che lo dirige, che sarà in grado di curarlo meglio perchè conosce già il bambino per averlo seguito nel suo allevamento. Io non vedo alcuna perdita di prestigio da parte del medico condotto nel vistare la ricetta del collega, quindi apprezzo il medico che esegue questa semplice formalità, però non tutti i medici condotti si prestano a ciò; ne consegue, quindi, per le donne che lo preferiscano, l'inutilità di rivolgersi al consultorio pediatrico tutte le volte che occorressero delle medicine per il proprio bambino e che esse fossero nella impossibilità di acquistarle.

Per ovviare a quest'inconveniente sarebbe opportuno una cordiale intesa fra il medico dell'O. N. M. I. ed il medico condotto della stessa zona, intesa che potrebbe essere incoraggiata dai singoli Comitati di Patronato e dai singoli Podestà, in modo che il medico condotto considererà il collega del consultorio pediatrico come un valido aiuto specializzato nella esplicazione della grande mole di lavoro che gli è affidata, invece di considerarlo, come qualche volta avviene, come un concorrente la cui opera debba essere svalutata.

Dal consultorio dovranno essere esclusi soltanto tutti quei casi di malattie a decorso acuto non compatibili con la frequenza, tutti i casi di malattie infettive soprattutto a carattere facilmente contagioso, tutte le malattie in cui la cura, oltre che la visita medica, richieda una prestazione del medico, quali potranno essere i piccoli interventi chirurgici, le medicazioni ad essi consecutivi, la cura per iniezioni, ecc.

IV.

Parte integrante del compito igienico sanitario che svolge il consultorio è l'allevamento del lattante. Ad esso sarà rivolta principalmente, ma non esclusivamente, l'attività del medico, considerato che l'allevamento sta alla base della profilassi e della cura di quasi tutte le malattie del lattante. Per queste ragioni, dicevo in principio, il medico del consultorio deve conoscere bene la tecnica dell'allevamento. Quali sono i criteri che il medico deve qui seguire? Per rispondere a ciò premetto che non intendo fare una esposizione didattica, ma mi fermerò soltanto a far rilevare quali sono i problemi che il medico dovrà risolvere specie quando v'è grande frequenza nel consultorio.

Intanto occorre fare una distinzione, e cioè questa: nel consultorio vengono portati bambini che allattano al seno materno e bambini che sono già allevati con allattamento misto o artificiale. Non è vero che debba necessariamente esistere una grande prevalenza di quest'ultimi sugli allattati al seno materno, poichè, ripeto, il consultorio non deve servire soltanto per il prelevamento dell'alimento. A Roma, da una statistica fatta recentemente sull'attività dei vari consultori, è risultato che in alcuni di essi gli allevati al seno materno, che hanno frequentato durante l'anno, hanno raggiunto la percentuale del 90%. Questo risultato deve essere riferito soprattutto all'attività del medico, nella sua opera d'incoraggiare la persistenza dell'allattamento materno e di riuscire con i suoi modi a far tornare periodicamente anche quelle madri che, allevando al seno il proprio figlio, hanno frequentato esclusivamente per accertarsi delle condizioni sanitarie di esso e per fare controllare il suo normale accrescimento. Quando in un consultorio il medico avrà raggiunto un'alta percentuale di allattamenti naturali, potrà considerare di avere svolto bene il suo compito avvicinandosi a quella che dovrebbe essere la funzione ideale del consultorio.

Per questi lattanti allevati al seno l'opera del medico dovrà consistere allora nell'accertamento periodico delle loro condizioni fisiche, nell'elargizione di consigli per regolare l'allattamento, nel controllo

del normale accrescimento, nel consigliare a tempo opportuno il divezzamento graduale, indicando la semplice somministrazione di minestrine, brodi vegetali, succo di frutta, per evitare i danni di un allattamento esclusivo prolungato o di un divezzamento repentino. Per facilitare il compito della madre, la quale allattando avrà la necessità di una nutrizione più abbondante, quando le condizioni economiche della famiglia sono disagiate, il medico potrà proporre un aiuto alimentare alla madre. Per questo scopo esistono due tipi di assistenza, il refettorio materno e il buono alimentare che dà diritto al prelevamento di un dato quantitativo di alimenti (pasta, riso, legumi, olio) che dovrà servire per la preparazione di una minestra giornaliera per un periodo di un mese. Tra queste due forme di assistenza la preferenza dovrà esser data al refettorio materno dove si è sicuri che la madre potrà recarsi giornalmente a consumare un pasto abbondante e adatto alle sue particolari condizioni. I risultati ottenuti con questa forma di assistenza sono sempre migliori poichè l'alimento dato va ad esclusivo beneficio della madre. Quando però, per la distanza eccessiva dell'abitazione dal refettorio o per particolari condizioni di salute, la frequenza al refettorio non sarà possibile, allora si proporrà il buono alimentare benchè sulla sua utilizzazione non si sarà mai sicuri, poichè spesso gli alimenti a cui esso dà diritto vengono utilizzati per sfamare l'intera famiglia.

Nell'uno e nell'altro caso il medico deve limitarsi a fare la proposta dell'aiuto alimentare mediante certificato medico; sarà poi cura dell'assistente, previo accertamento domiciliare delle condizioni economiche della famiglia, fare pervenire la proposta assieme al risultato della sua verifica al competente Comitato di patronato per la debita approvazione. Nei casi in cui tale aiuto presentasse motivi di urgente necessità sarà bene che la proposta sia avviata rapidamente o che lo stesso medico proponga l'inizio dell'assistenza come soccorso di urgenza in attesa dell'espletamento della pratica, per non far perdere di efficacia il provvedimento.

Quando l'ammissione al refettorio sarà fatta scrupolosamente, riservandola a donne veramente bisognose, si sarà sicuri di vedere la continuità della frequenza e con essa i vantaggi acquisiti dalla madre

e dal figlio. Sarà un criterio esatto quello di esigere che, perchè la frequenza al refettorio e la somministrazione del buono alimentare abbia carattere continuativo, venga obbligatoriamente portato settimanalmente o quindicinalmente il lattante al consultorio per l'accertamento delle sue condizioni di salute e di nutrizione. Rendendo direttamente dipendenti queste due pratiche si accrescerà l'importanza della funzione del consultorio e si sarà sicuri di eseguire l'opportuno controllo.

Ma fra i bambini che vengono allevati esclusivamente al seno vi sono quelli il cui accrescimento ponderale non avviene più regolarmente. Questo fatto può avvenire durante la frequenza al consultorio od all'inizio della frequenza, anzi spesso si ricorre al consultorio per questo motivo. In questi casi il medico non deve affrettare il suo giudizio nel diagnosticare un'ipoalimentazione nè deve farsi guidare dal sentimento della carità nel favorire subito l'inizio di un allattamento misto o artificiale. Il medico deve anzitutto escludere che l'arresto dell'accrescimento o la perdita di peso non dipendano da cause diverse dalla scarsità dell'alimento quali per esempio una sepsi delle vie urinarie, una infezione tubercolare, ecc. Farà poi tornare a breve scadenza la madre, per attuare una doppia pesata per accertarsi della quantità di latte ingerito con una poppata, controllerà se effettivamente coesistano assieme i sintomi certi, inequivocabili dell'ipoalimentazione, cioè arresto di peso, irrequietezza, stipsi ostinata e solo allora darà il suo giudizio.

Diagnosticata l'ipoalimentazione di un allevato al seno materno nel primo semestre di vita, il medico però non deve come primo rimedio suggerire l'aggiunta di un alimento complementare, ma in primo luogo tenterà con l'aiuto alimentare alla madre di fare accrescere la sua secrezione lattea, o meglio ancora con questo metodo avrà la possibilità di fare superare alla madre un periodo di iposecrezione lattea che, come spesso avviene in pratica, può essere transitorio.

Fallito anche questo tentativo il medico consiglierà allora l'aggiunta di un alimento al latte materno stabilendo la qualità, la quantità, il metodo di somministrazione e di preparazione in rapporto all'età ed al peso del lattante e proporrà, se la famiglia del bambino

non ha i mezzi per procurarselo, l'elargizione dell'alimento da parte dell'Opera stessa. Nei casi urgenti i medici potranno iniziare la distribuzione dell'alimento prescritto come pronto soccorso, senza aspettare la deliberazione. Le successive visite potranno confermare la bontà del metodo suggerito o dimostreranno le necessità di una modificazione.

Però, come il medico deve essere rigoroso nel consigliare l'inizio di un allattamento misto, in contrapposto non deve essere esclusivista nell'ammettere come unico alimento il latte di donna, preferendo una ipoalimentazione prolungata all'aggiunta di un alimento complementare. Un allattamento misto sorvegliato e ben condotto può in pratica dare ottimi risultati.

L'inizio di un allattamento artificiale, teoricamente, non dovrebbe avvenire nei consultori. Particolarmente il medico, quando gli viene presentato un bambino nel primo trimestre di vita, la cui madre o non è in condizioni di potere allattare o è deceduta, non dovrà indirizzare verso questa forma di allattamento, ma cercherà di far fruire il lattante di un allattamento a balia o a mezzo balia o lo farà ricoverare in apposito istituto dove si pratica l'allevamento naturale, seguendo il criterio che esporrò in seguito a proposito dell'argomento del baliatico.

Però in pratica capita qualche volta di ricorrere all'allattamento artificiale o per difficoltà del ricovero o del baliatico o perchè la famiglia si rifiuta di allontanare il piccolo lattante dalla casa. In questi casi eccezionali il medico darà il suo consenso per un allevamento artificiale, sempre quando il lattante sarà in condizioni di tollerarlo, e lo concederà più facilmente quando il lattante avrà superato i primi tre mesi di vita. Però facendolo attuare, il medico farà presente alla madre o a chi ne fa le veci di non poterne garantire il successo e che molta parte della riuscita starà nell'attuazione più scrupolosa del metodo consigliato e dell'igiene adoperata.

Il medico che in un consultorio per lattanti non si atterrà a questi elementari principi e con la sua opera incoraggerà o addirittura creerà l'allattamento artificiale là dove esso non dovrebbe esistere, si sarà assunta una gravissima responsabilità e non avrà certamente cooperato ai fini che l'O. N. M. I. si propone di raggiungere.

Vi sono poi i lattanti che vengono portati al consultorio già allevati con allattamento misto o artificiale. Purtroppo il medico in questi casi si deve rassegnare al fatto compiuto perchè non è facile tornare indietro. Mi esprimo in questo modo poichè spesso nel rifare la storia di questi particolari casi si scopre che in parecchi di essi, la madre, senza aver controllata la sua portata lattea, ha di propria iniziativa attuato un allattamento misto o ha staccato del tutto dal suo seno il proprio figlio per non compromettere il suo stato di salute o per avere più libertà nel lavoro, o perchè resa edotta di un allattamento precedente attuato nello stesso modo e riuscito bene, o perchè consigliata da una conoscente che le ha garantito la bontà di un determinato tipo di alimento, ecc. Per fortuna questi casi non sono molti, ma purtroppo bisogna dire che fra questi vi è una percentuale di donne che ha agito in mala fede non valutando i pericoli a cui espone il proprio figlio.

Il medico in questi casi avrà il compito di regolare o modificare l'alimento somministrato e di sorvegliare le condizioni di nutrizione del lattante, ma sarà veramente rigoroso nel proporre al Comitato di patronato da cui dipende l'elargizione dell'alimento, se non proprio quando è dimostrata la necessità della famiglia, per evitare in questo modo che l'iniziativa della madre venga incoraggiata e spinga altre donne a seguirne l'esempio o che la stessa donna, in gravidanze successive, abbandoni con leggerezza l'allattamento al seno.

V.

Accennerò brevemente al tipo di alimento da somministrare agli allevati con allattamento misto o artificiale che frequentano i consultori dell'O. N. M. I. Premetto che il medico spesso non ha grande libertà di scelta perchè essa è limitata agli alimenti che il Comitato di patronato o la Federazione da cui dipende mette a sua disposizione. Sono sicuro che come me buona parte dei pediatri converrebbe che, come alimento complementare nei bambini del primo semestre di vita, fosse usato il latte vaccino fresco opportunamente modificato in rapporto alle condizioni del lattante. Ciò si risolverebbe facilmente

somministrando dei buoni latte che darebbero la possibilità di ritirare il latte fresco giornalmente dalle latterie e dei pacchetti di farinati e zucchero che settimanalmente si potrebbero ritirare dai consultori. Questo metodo però in pratica incontra delle grandi difficoltà e cioè: 1°) la difficoltà dell'approvvigionamento giornaliero del latte vaccino fresco che difetta molto specie in alcuni centri dell'Italia meridionale ed insulare; 2°) la insufficiente garanzia che offre il latte fresco venduto dalle latterie, specialmente nelle città in cui non vi è una centrale del latte controllata dalle autorità comunali; 3°) la difficoltà della preparazione, sterilizzazione e conservazione della miscela da parte delle madri, le quali, per mancanza di mezzi idonei nelle proprie case o per incapacità nell'eseguire le prescrizioni, non danno alcuna garanzia di successo.

Per risolvere questi inconvenienti i mezzi adottati sono due: l'istituzione di un lattario centrale per la preparazione delle miscele e distribuzione in boccette già sterilizzate e la distribuzione di polvere di latte già miscelato opportunamente con idrati di carbonio, come sono i latti in polvere del commercio. Il primo metodo ha il vantaggio di permettere la somministrazione del latte fresco, però presuppone l'esistenza di condizioni non sempre realizzabili in pratica e cioè: 1°) la necessità che il lattario o dispensario latte funzioni in una località centrale di un agglomerato edilizio, come si verifica in una grande città o meglio ancora in un grande centro industriale, per dare modo alle madri di rifornirsi giornalmente delle boccette con il tipo di latte prescritto dal pediatra, senza fare un lungo cammino; 2°) l'esistenza di un impianto che consenta la preparazione di un forte quantitativo di boccette con i migliori requisiti igienici tali da garantirne la conservazione per un periodo minimo di 24 ore. Detto impianto però, che importa una forte spesa non è sempre attuabile, anche quando per alleviare le spese si consentisse la vendita diretta al pubblico delle boccette preparate.

Il secondo metodo, cioè quello della somministrazione di polvere di latte, se ha lo svantaggio di fornire un alimento non fresco, offre però i vantaggi della garanzia del prodotto, della possibilità di permettere la provvista una volta la settimana, di avere sempre a disposizione la miscela che si desidera, poichè essa risulterà dall'ag-

giunta di semplice acqua ad un dato quantitativo di polvere, prevenendo così in gran parte le cause d'inquinamento, specie nella stagione estiva. Per queste prerogative è spiegabile il favore che la distribuzione di latte in polvere incontra presso noi pediatri e perchè essa viene fatta su più larga scala nell'Italia centrale, meridionale, ed insulare, dove oltre alla scarsità ed alla non sempre buona qualità del latte fresco, si aggiungono la minore esistenza di agglomerati industriali ed una più manifesta insufficienza di mezzi idonei che consentano la preparazione e la conservazione del latte nelle case private.

Per i lattanti che hanno superato il sesto mese di età è preferibile che il medico prescriva e che i Comitati di patronato favoriscano la distribuzione di pacchi alimentari contenenti farina di grano tostata, semolino di grano e di riso, olio di olivo, ecc., per permettere la preparazione delle minestrine.

Di regola il medico quando nel consultorio gli viene portato un neonato o un lattante che non ha superato i primi tre mesi, la cui madre è deceduta o trovasi in condizioni di non potere allattare, deve prescrivere un allattamento a balia. Non ripeterò qui quali sono le vere cause materne che impediscono l'allattamento, ogni buon pediatra deve conoscerle e giustamente valutarle. Faccio osservare però che il giudizio che stabilisce l'idoneità della madre ad allattare deve essere dato dal medico stesso del consultorio e gli accertamenti diagnostici debbono essere fatti in istituti in cui egli stesso, con biglietto d'accompagnamento fatto a nome dell'Opera, indirizzerà la donna. In altri termini il medico non si deve esclusivamente basare sulla dichiarazione della donna o sulle attestazioni di un certificato medico, poichè non è infrequente che esso possa essere stato carpitto in buona fede ad un medico privato. L'Opera Nazionale Maternità Infanzia come Ente di assistenza pubblica non può basarsi su queste dichiarazioni, ma deve accertarsi direttamente dello stato delle cose, quindi il medico visiterà la donna, se lo crederà opportuno, controllerà lo stato delle sue ghiandole mammarie e la secrezione di esse, invierà la donna al dispensario antitubercolare più vicino per gli accertamenti opportuni, e quando avrà gli elementi sufficienti darà il suo giudizio. Nel frattempo per non

andare incontro ad eccessivi ritardi, farà praticare l'esame di sangue alla madre per escludere un'eventuale infezione luetica. Nel caso che la madre fosse deceduta all'atto del parto l'accertamento sierologico sarà fatto subito con il sangue del padre. Quando invece viene dichiarato che la madre trovasi nelle condizioni di non potere lasciare il letto, perchè ammalata, sarà necessario un controllo domiciliare.

Ricorderò, fra le malattie della madre, la tubercolosi che rende necessario l'allontanamento del lattante. L'O.N.M.I. ha il compito di interessarsi di questi casi, sia quando la segnalazione viene fatta da istituti di ricovero per tubercolotici, dove il parto è avvenuto e dove riesce più agevole la separazione immediata del neonato dalla propria madre, sia quando il parto è avvenuto a casa e l'accertamento viene fatto posteriormente. Indistintamente questi bambini saranno inviati a balia, poichè è logico che in questi casi, più che la maggiore o minore indicazione di allattamento naturale, esiste la necessità di non fare infettare il lattante.

Ma oltre alle suddette condizioni si presentano altre condizioni che rendono necessaria la prescrizione di un allattamento a balia. Per essere brevi esse sono quelle che si verificano in lattanti che, per malattie intercorrenti o per intolleranza di un allattamento artificiale, sono andati incontro a forme distrofiche più o meno gravi, per cui s'impone un allattamento naturale come unica e inderogabile prescrizione.

Quando il medico avrà prescritto un allattamento naturale, se la famiglia sarà in condizioni economiche di pagare la balia, l'opera del medico si limiterà alla sorveglianza nel consultorio dell'allievo se la balia resta nella città o presso i familiari. Se la famiglia potrà in parte pagare la balia, il medico che ha prescritto il baliatico proporrà la concessione di un contributo baliatico tutte le volte che l'allevamento proceda bene.

Se invece l'O. N. M. I. deve provvedere con i propri mezzi, allora per l'allevamento naturale esistono tre soluzioni.

La prima è quella del baliatico esterno o a domicilio della balia. Di solito, procurata la balia con i documenti sanitari in regola, o direttamente dagli organi dell'Opera o per mezzo di agenzie di collocamento di nutrici, come esistono in alcune provincie, le viene

affidato il lattante, per un dato periodo di tempo che in genere si aggira intorno ai primi otto mesi di vita, dopo il quale periodo, se non vi sono controindicazioni allo svezzamento, esso viene restituito alla madre o alla famiglia. Eccezione a questa regola fanno tutti quei casi in cui esiste una tubercolosi della madre, che se in atto, controindica il ritorno del lattante nella famiglia. In questi casi il medico del consultorio, se il lattante verrà riportato per il controllo, chiederà al locale dispensario antitubercolare un certificato sulle attuali condizioni della madre e su esso baserà il suo giudizio. La soluzione più semplice che si deve attuare in questi casi è quella di proporre che la balia venga trasformata in affidataria, sempre quando essa avrà dimostrato di avere cura per il bambino invitandola a tenerlo per tutto il periodo in cui persisteranno in famiglia le ragioni di contagio.

L'affido a baliatico esterno, dato che per lo più le donne che si sottopongono a questa mansione risiedono in campagna, rappresenta teoricamente la soluzione ideale poichè garantisce al lattante un allattamento naturale e gli permette il soggiorno in un ambiente fuori della città. Ma perchè da esso possano trarsi buoni risultati occorre che i medici dei consultori facciano presente ai competenti Comitati di patronato la necessità di una sorveglianza continua che varierà nella sua applicazione a secondo le ragioni e la diffusione del baliatico, senza la quale si andrà incontro ad un cattivo risultato come spesso avviene in pratica.

Non mi fermerò ad illustrare l'organizzazione di questo servizio, poichè non rientra nell'argomento delle funzioni del consultorio, accennerò però brevemente che affinchè esso possa attuarsi è necessario: il raggruppamento degli affidi baliatici in determinate zone per facilitare il controllo domiciliare; la rigorosa selezione delle balie sia dal punto di vista sanitario, sia limitando la scelta a quelle che non vivano in grave stato di indigenza e abbiano a loro disposizione una casa con il minimo di abitabilità per ospitarvi un lattante; i mezzi necessari per l'alimentazione quotidiana, evitando come spesso avviene in pratica di usufruire di balie, per le quali l'assegno mensile dato dall'O. N. M. I. costituisca l'unica fonte di guadagno per l'intera famiglia. Questi accenni avranno valore più

che per il medico del consultorio, per i vari Comitati dai quali dipenderà l'organizzazione del servizio.

Questa forma di baliatico oltre all'inconveniente spesso non superabile del controllo, presenta anche quello di allontanare il lattante dall'affetto dei propri familiari, fatto questo che in pratica, soprattutto quando manca la madre, porta ad un affievolimento dei sentimenti affettivi, per cui dolorosamente in certi casi la restituzione in famiglia riesce difficile.

Una seconda soluzione per l'allevamento naturale a carico dell'O. N. M. I. è quella del baliatico a domicilio dell'allievo. È qui che a mio giudizio il medico, oltre alla sua prescrizione, deve mettere in atto tutta la sua buona volontà e spirito d'iniziativa per agevolare questa forma di allattamento. Per la sua attuazione pratica il medico, fra le mamme nutrici frequentanti il consultorio cercherà di scegliere quelle che a suo giudizio potrebbero avere la capacità di allattare facilmente un secondo bambino, sia in parte, cioè a mezza balia, sia per intero. Ciò riuscirà più facile quando l'età del figlio della balia permetterà che esso possa cominciare ad usufruire di un divezzamento graduale o possa essere del tutto svezzato. Il medico convincerà queste donne a prestarsi rendendole edotte che oltre ad un'opera di bene, esse ne potrebbero ricavare un discreto utile economico senza danneggiare il proprio figlio. Ottenuto il consenso, si farà eseguire ad esse un accertamento clinico e sierologico per essere sicuri del loro stato di salute, e quando si presenterà l'occasione si affiderà a quelle ritenute valide l'incarico di allattare un lattante che risieda nelle immediate vicinanze entro la stessa zona dove risiede il consultorio. Mediante l'accordo delle due parti la balia potrebbe recarsi nelle ore delle poppate in casa dell'allievo o sarà la stessa madre a portare il bambino in casa della balia. Settimanalmente si obbligherebbe la madre a portare il lattante al consultorio per il controllo del suo stato di salute e del suo accrescimento. Il medico allora dovrebbe proporre la concessione del pagamento baliatico agli organi dell'O. N. M. I. da cui dipende; tutte le volte che l'allevamento venga ben condotto. Questa forma di allattamento che indubbiamente può dare buoni risultati offre i vantaggi rispetto alla prima forma del controllo continuo del me-

dico e dell'assistente sanitaria della zona e della permanenza del lattante in seno alla propria famiglia, conservandolo così all'affetto ed alle premure dei familiari stessi. I risultati potranno essere ancora migliori, per la possibilità dell'attuazione pratica, quando il numero delle poppate abbia solo carattere integrativo, e quindi non superi il numero di tre o quattro nelle 24 ore. Purtroppo questa forma di baliatico non potrà assumere una grande diffusione poichè i requisiti che esso richiede, primo fra tutti la vicinanza di abitazione tra allievo e balia, non è facile a verificarsi in determinate zone, mentre poi in alcune località le donne sono restie a fare da balie. Questa forma di baliatico evidentemente non è da prendersi in considerazione quando l'indicazione di un allattamento a balia è dato da una tubercolosi materna.

La terza soluzione che è consentita al medico dell'O. N. M. I. per fare attuare un allattamento naturale, è quella della proposta di ricovero in istituto. Essa presuppone che nella città o nella provincia in cui ha sede un consultorio, esistano degli istituti ben attrezzati dove venga garantito un allattamento a balia. In genere questi istituti non sono dipendenti dall'O. N. M. I. ma essa può servirsene, assumendo il carico della retta mensile, riservandosi, come per legge, la sorveglianza. Tale soluzione acquista carattere di necessità quando le condizioni del neonato o del lattante da ricoverare sono abbastanza compromesse, per cui si rende necessario, accanto all'allattamento al seno, la sorveglianza del medico e di personale assistente specializzato. Sarebbe auspicabile che di questi istituti l'O. N. M. I. ne potesse avere a disposizione in ogni provincia, poichè in ogni caso sarebbe sempre possibile il soccorso di urgenza. Il presupposto per la riuscita di un simile provvedimento sta nell'attrezzatura e nell'organizzazione sanitaria dell'Istituto, poichè con il perfezionamento di questi mezzi, si eviteranno i pericoli che potrebbero insorgere in una comunità di ricovero per lattanti.

Quello che sinora si è detto sull'argomento del baliatico riguarda tutti quei casi in cui la prescrizione dell'allattamento a balia viene fatta dallo stesso medico dell'O. N. M. I. Però in pratica non è infrequente il caso che vengano presentati nei consultori dei lattanti che sono già stati attaccati al seno di una nutrice, per iniziativa

dei familiari stessi, senza avere avuto prima il parere del medico; e ciò che è più grave, senza avere svolto le necessarie indagini sullo stato di salute della balia e dell'allievo. In genere la presentazione al consultorio avviene per avere la concessione del contributo baliatico.

È bene che in questi casi il medico provveda subito ad evitare che a lui ed all'Opera possano essere attribuite delle responsabilità non proprie, e ciò soprattutto per la sifilide trasmessa per mezzo del baliatico. In questi casi prima di ogni cosa, si farà firmare una dichiarazione da cui risulti che il lattante è stato attaccato al seno della nutrice, prima della frequenza del consultorio, poi si controlleranno i documenti che eventualmente venissero presentati, poi si procederà all'esame clinico della balia e del bambino, si farà praticare l'esame di sangue per la lue sia alla balia sia ad uno dei genitori del lattante e se tutto sarà in regola si proporrà il contributo baliatico. Se invece risulteranno delle irregolarità è evidente che non si potrà proporre il contributo baliatico, poichè oltre a dare la convalida ad uno stato di cose dannoso per la salute della balia o del bambino, si addosserebbe l'O. N. M. I. di una grave responsabilità. Quando in questi casi si è riscontrata una sifilide nella balia, allora se il lattante ha già manifestazioni si farà ricoverare e si terrà in osservazione sino a quando si avrà la sicurezza che la malattia non sia stata trasmessa.

VI.

Accanto all'allevamento del lattante che, quando è bene attuato, presuppone la profilassi delle malattie della nutrizione, il medico si occuperà nel consultorio anche della cura di esse. Credo di trovare l'accordo di tutti i medici su questo argomento poichè è inammissibile che un consultorio per lattanti debba rimandare indietro un bambino che presenta diarrea. Sostengo questo ammettendo che per la maggior parte dei disturbi della nutrizione curabili ambulatorialmente, ha valore quasi esclusivo la terapia alimentare, che può trovare la sua facile attuazione solo nel consultorio. Si eviterà così che tante povere mamme vadano in giro per la città, andando a finire spesso da medici non specializzati, o peggio ancora in una farmacia,

dove come inizio di terapia si comincia dalla purga e si continua con l'emulsione *rinfriscante* a base di olio di mandorle. Chi ha pratica pediatrica conosce queste cose e sa quanto danno viene involontariamente fatto. Invece il medico nel consultorio ha la possibilità di far le indicazioni dietetiche opportune e quando occorrerà deve potere somministrare alimenti indicati per i vari disturbi, però egli deve usare particolari accorgimenti che faciliteranno la sua opera. Egli educerà le madri a conservare e portare contemporaneamente al bambino un campione delle feci, ultime emesse, tutte le volte che esso presenterà numerose evacuazioni nella giornata. Senza questo elementare esame che il medico può fare nel consultorio, perchè esso principalmente si baserà sui caratteri organolettici, di facile interpretazione per un occhio esercitato, e sull'esame della reazione alla cartina di tornasole, non sarà sempre agevole indicare uno schema di terapia dietetica.

Assieme a questo esame il medico per ogni singolo caso si intratterrà a fare un'esatta anamnesi prossima riferendosi soprattutto al tipo di alimentazione a cui è abituato il bambino e agli eventuali errori dietetici che fossero stati commessi. Senza questa particolare cura si andrà incontro alla frequente abitudine di classificare tutti i bambini che presentano i sintomi di diarrea, come affetti da enterite sulla cui parola tanto si abusa, mentre con essa non si definisce la forma clinica. Il medico competente che avrà fatto le sue indagini accuratamente, deve nel consultorio sapere distinguere, le varie malattie della nutrizione, evitando di comprendere sotto unica denominazione una semplice dispepsia da una tossicosi, una malattia specifica del tubo digerente, quale una dissenterite amebica o bacillare, da una malattia infettiva generalizzata decorrente nel lattante con il quadro di un'enterocolite. Tutto ciò servirà non per eleganza diagnostica ma ad esclusivo beneficio della cura dietetica che il medico potrà attuare nel consultorio o servirà per inviare a tempo un lattante in un luogo di ricovero, clinica od ospedale pediatrico, quando il caso presenta particolari caratteri di gravità ed avrà bisogno di cure mediche.

Per l'attuazione pratica della terapia dietetica è necessario che in ogni consultorio si disponga dei mezzi necessari. Ciò non è diffi-

cile e in atto vi sono delle Federazioni come p. e. quella dell'Urbe in cui il medico può avere a disposizione i mezzi adatti. Ed è bene qui specificare che quando si dispone in prima linea della possibilità di fare attuare un allattamento naturale, quando si può fare la distribuzione di alimenti che chiamerò base, per la composizione delle varie miscele, il medico pediatra con la competenza che lo deve distinguere dal medico generico può dettare la sua prescrizione dietetica, senza bisogno di ricorrere a tutta quella congeria di specialità alimentari che sono in commercio e che incontrano il favore dei pediatri improvvisati. Con ciò mi riferisco al fatto più volte notato che si crede di risolvere il problema adottando come panacea di tutti i mali una data specialità alimentare senza tenere conto del tipo di disturbo della nutrizione nè della composizione qualitativa della specialità prescritta. Invece con gli alimenti basi (latte in polvere magro, latticello acido in polvere, caseinato di calcio, farina diastasata in unione a mucillagini o decozioni di facile preparazione) il medico può far preparare sempre il tipo di miscela più indicata per il disturbo, valendosi anche dell'intervento dell'assistente sanitaria che potrà recarsi a domicilio per istruire la madre nella preparazione.

VII.

Quale è il compito del consultorio nel campo della profilassi antitubercolare? Oltre ai compiti specifici che gli sono affidati per legge, il consultorio può e deve dare in questo campo un valido contributo. Infatti con la propaganda igienica e con i consigli che il medico non deve mai lesinare durante le sedute del consultorio, si contribuirà a rendere note le possibilità di contagio e s'insegnerà a prevenirle. L'allevamento attuato con i metodi ed i mezzi che fornisce il consultorio, quando è ben condotto costituisce una valida profilassi, poichè è ben noto che in condizioni normali di nutrizione e di accrescimento, sarà più valida la resistenza alla tubercolosi.

Il medico del consultorio provvederà, come abbiamo detto, a fare allontanare un lattante dalla propria madre quando gli verrà segnalato che essa è tubercolotica o quando egli stesso, con le sue

indagini, accerterà la malattia. Così quando si dovrà riconsegnare il lattante che è già stato allevato a balia per il motivo suddetto, il medico farà accertare lo stato attuale della malattia e i caratteri di contagiosità che essa ancora presenta. Per questo scopo si gioverà della collaborazione del dispensario antitubercolare più vicino; così pure, quando dall'inchiesta domiciliare che compie l'assistente, risulterà che nella famiglia esistono persone affette da tubercolosi, il medico farà la sua segnalazione, invitando il Consorzio a provvedere all'allontanamento del tubercolotico dall'ambiente in cui vive il lattante.

Un buon criterio sarebbe quello di adottare in tutti i consultori la pratica della cutireazione alla tubercolina, per i lattanti entro il primo anno di vita, come si è incominciato a fare nei consultori dipendenti dalla Federazione dell'Urbe, con lo scopo di segnalare al locale Consorzio Antitubercolare tutti i casi positivi, per dar ad esso la possibilità di svolgere le debite indagini per stabilire la fonte dell'infezione ed eliminarla se essa risiede in famiglia.

In tutti i casi che si presentano nel consultorio e in cui l'anamnesi familiare abbia fatto rilevare nel gentilizio una tara tubercolare, il medico dovrà proporre alla competente Federazione il ricovero del bambino in una colonia o in un preventorio per un dato periodo di tempo sufficiente ad irrobustire il piccolo organismo e preservarlo dallo sviluppo della malattia.

Nel consultorio si avrà pure la possibilità di mettere in evidenza precocemente una incipiente malattia tubercolare che servirà a far ricoverare e curare il bambino in luoghi adatti. Resta inteso però che per i primi casi, cioè quando si tratta di predisposti o di bambini infetti di tubercolosi, il ricovero resta di competenza dell'O. N. M. I., mentre quando si tratta di bambini ammalati di tubercolosi il ricovero non è più di competenza dell'O. N. M. I. ma dei locali Consorzi antitubercolari e degli istituti di cura, quali cliniche ed ospedali pediatrici.

Anche per la sifilide il medico del consultorio può fare attuare delle previdenze utili per diminuire i danni con cui questa malattia incide sulla mortalità infantile. È evidente che la profilassi prenatale

esula dai compiti del consultorio pediatrico, mentre resta nelle competenze del consultorio ostetrico; però ogni caso di *credolue* che capita sotto l'osservazione del pediatra, mette in evidenza la necessità che esiste per la madre di curarsi e di poter affrontare in migliori condizioni una successiva gravidanza. Quindi il medico, nel prescrivere le cure per il bambino, inviterà la madre a curarsi inviandola nel Dispensario più vicino. È vero che spesso per questa malattia, di cui si ha un ingiustificato timore, s'incontra una notevole difficoltà ad ottenere che le donne frequentino dei Dispensari o degli Ambulatori, dove si possono trovare delle indesiderabili compagnie, però, esiste una disposizione dell'O. N. M. I. che invita le varie Federazioni d'istituire nei propri consultori dei centri di diagnosi e cura della sifilide, quando lo credano opportuno per contingenze locali.

Dall'istituzione di queste particolari forme di assistenza, come si è già fatto nella Federazione dell'Urbe, verrà un grande beneficio poichè la frequenza delle donne e dei bambini per la cura viene di gran lunga facilitata.

Credo utile accennare infine al concorso che ogni anno si fa, in occasione della « Giornata della Madre e del Fanciullo » (24 dicembre), per il buon allevamento igienico del bambino. Come è noto in tale occasione, su proposta del medico del consultorio, vengono assegnati alle mamme degli speciali diplomi, ed a quelle povere anche dei premi in denaro, allo scopo di premiare quelle che hanno ottemperato con diligenza alle norme d'igiene impartite nel consultorio e che hanno ottenuto e mantenuto nei loro bambini un buono stato di salute e di accrescimento.

La disposizione stessa dice che tale concorso dovrà sostituire le futili gare di bellezza e dovrà essere soprattutto riservato a quelle mamme che avranno incontrato maggiore difficoltà nell'allevamento (per gracilità della prole, per parti gemellari, per ostacoli fisici all'allattamento, per tristi condizioni economiche, ecc.). Io aggiungo che in pratica è avvenuto che in molti consultori detti concorsi sono stati l'equivalente di gare di bellezza oppure i premi sono stati riservati a quelle madri che hanno allevato artificialmente il proprio

figlio, perchè si è creduto che per allevamento igienico s'intende soltanto quello artificiale.

Il medico invece deve conoscere lo spirito della disposizione e riservare le sue proposte dando la preferenza ai bambini che sono stati allevati al seno materno, per non incoraggiare, anche con un premio, la facile diffusione dell'allattamento artificiale.

VIII.

Queste brevi note sono state fatte da un medico che ha svolto la sua opera di pediatra, prima in ambulatori clinici e poi lungamente in consultori dell'O. N. M. I., quindi hanno la modesta pretesa di essere considerate da chi scrive come il frutto della propria esperienza. In esse ho cercato di esporre la materia dal punto di vista pratico, intendendo con ciò riferirmi al fatto che tutto quello che ho scritto può e deve essere fatto dal medico nello svolgimento della sua attività consultoriale, restando nelle direttive emanate dall'Opera Nazionale Maternità Infanzia, e nello spirito con cui è stato creato il consultorio.

La materia esposta potrà sembrare semplice od elementare, ma è questa quella di cui si fa uso nel consultorio, dove spesso, tutto ciò che si scrive e si sostiene senza essere stato a contatto con esso, è destinato a restare sulla carta anche se apparentemente può sembrare attuabile.

Prima di chiudere quest'argomento, credo ancora utile ricordare ai medici che non dimentichino per un momento l'ambiente sociale di cui è composta la clientela del consultorio e si regolino sempre in modo che tutto ciò che si prescrive e si consiglia possa essere applicato dalle mamme, evitando, come qualche volta avviene, di dare indicazioni che restando fuori delle possibilità economiche della famiglia, provoca in esse, oltre al dolore di non poterle attuare, un disagio o una mortificazione che non torna a vantaggio dei rapporti sociali.

Nessuno meglio del medico, che per la sua attività professionale viene sempre a contatto degli umili, conosce i loro bisogni e le

loro sofferenze: quindi sarà egli il migliore artefice per il raggiungimento degli obbiettivi che si prefigge l'O. N. M. I. Egli deve pure tener presente che il consultorio oltre al compito igienico-sanitario, il quale ha per obbiettivo la riduzione al minimo della mortalità infantile, ha anche un compito politico-sociale, che ha per obbiettivo l'aderenza del popolo all'opera svolta dal Regime e l'impulso sempre maggiore alla natalità che si ottiene solo quando è dimostrato al popolo che lo Stato s'interessa ed aiuta le famiglie prolifiche. Esso ha anche un terzo compito che è quello morale, poichè, destando l'interesse e conservando l'affetto dei genitori verso i figliuoli che vengono messi al mondo, si rafforza il sentimento del vincolo familiare. Tutto ciò in felice sintesi è contenuto nel comandamento che il Duce ha dato all'O. N. M. I. cioè: rafforzare al massimo il sentimento del vincolo familiare, dare il maggiore impulso alla natalità, ridurre al minimo le cause di mortalità delle madri e dei bambini.

345037

