

UN EPISTOLARIO COLLETTIVO: LE LETTERE DEL MALESSERE

Mamme italiane

La mamma italiana è la più ansiosa tra le madri europee.

Questo è il risultato di una recente indagine realizzata da un pool di 20 ricercatori di psicologia sociale. Lo studio, promosso dallo IMS, verrà presentato nei suoi particolari in ottobre. Vi chiedo intanto un Vostro parere; vi chiedo anche se non sia il caso di fare un'indagine su questo soggetto tra i pediatri di famiglia ospedalieri.

Sono convinto che il nostro comportamento sia molto cambiato, in peggio, rispetto a 15-20 anni fa.

Più di una volta prescrivo cose che non avrei prescritto, e faccio prestazioni che, in tempi più sereni, non avrei fatto. O no? Gradirei una risposta.

Un pediatra di base

La lettera era inviata alla rubrica "Domande e risposte", e il collega ha scelto l'opzione «non accetto che il nome sia pubblicato». Non è dunque un anonimo, né nel suo breve sfogo c'è qualcosa che giustifichi l'anonimato; ma rispettiamo il suo desiderio. Tenterò di mettere insieme per questa, come per tutte le lettere di questo numero, che sono le lettere arrivate durante le "vacanze" d'agosto, una risposta generale. D'altra parte queste lettere, per uno strano gioco di specchi, si rispondono già tra di loro. Per ora mi limito a dire che il quesito non è peregrino, ma che abbiamo qualche diffidenza sulla effettiva scientificità di questo tipo di indagini; che non abbiamo, né possiamo avere, un'opinione personale seria sull'ansiosità delle mamme italiane paragonate alle mamme svedesi, tedesche o francesi; che pensiamo che un'indagine fatta attraverso i pediatri sarebbe un'indagine difficile e forse viziata dall'osservatore (perché non è escluso che i pediatri abbiano alla fine le mamme che si meritano); e che siamo invece sicuri, sulla base di dati registrati di rilevanza statistica (vedi le ricerche sull'uso degli antibiotici in pediatria, o quelle sulla qualità delle cure, o sulla numerosità dei ricoveri), che la percezione di un peggioramento dei comportamenti professionali corrisponde a verità (ma che probabilmente l'ansia delle madri c'entra poco).

F.P.

Rom di due anni trovato disidratato

È il titolo di un trafiletto de "Il Messaggero" del 5 luglio, che prosegue così: «Gi-

rava da solo per Ponte Milvio. Era uscito dal campo Nomadi. Ricoverato in Ospedale. Il PM ha vietato ai genitori di riprenderselo».

La cronista racconta, sotto questo titolo, la storia di un bambino di due anni, «piccolo cucciolo disidratato e spaurito», preso da un carabiniere «arrivato come nelle favole», e portato alla sede della Compagnia Trionfale, dove è stato assistito e rifocillato. Per disposizione del PM è stato poi portato in un ospedale pediatrico. «Il Magistrato dei minori (...) ha deciso l'allontanamento dei genitori (...), vuole capire».

Il padre, che, intanto, aveva denunciato ai Carabinieri la scomparsa del bambino, è andato a trovarlo in ospedale, dove gli «hanno permesso di vedere il bambino attraverso un vetro».

Il giorno seguente il bambino era al campo. La madre mi ha raccontato che si era allontanato coi fratelli - per chi sta in una baracca il "dentro" e il "fuori" non sono così chiari - e quando l'hanno ritrovato, poco lontano dal campo, lui piangeva perché non sapeva prendere il viottolo su cui si erano incamminati i fratelli per tornare a casa. «I superiori hanno capito che si erano sbagliati e ce l'hanno ridato. Ma perché in ospedale non hanno voluto che il padre lo prendesse in braccio? Lui piangeva e gli tendeva le braccia».

L'episodio pone in verità molti interrogativi, ma quest'ultimo è il più inquietante, e riguarda direttamente noi pediatri. Come mai il personale di un ospedale pediatrico si comporta come se non sapesse che un bambino di due anni che si è perso ed è stato preso da gente sconosciuta e portato in un luogo sconosciuto, un "piccolo cucciolo", ha un grande bisogno di essere consolato e, se arriva il padre, non gli basta vederlo attraverso un vetro, ma vuole assolutamente essere preso in braccio da lui? Perché questo personale ha rinunciato al diritto/dovere di modulare la disposizione del magistrato, ovviamente nel rispetto di questa, in modo da renderla tollerabile a un bambino di due anni? Non vorrei che calarsi troppo nel ruolo di difensori dei bambini costasse la perdita della sensibilità e del buon senso.

Fernanda Di Tullio, Pediatra, Roma

È così. Recitiamo tutti con maschere di cartone; e a poco a poco diventiamo di cartone anche noi. Ci iper-adequiamo a quello che pensiamo vogliono i custodi della nostra società; ci scandalizziamo per le offese all'infanzia ma da dietro la nostra maschera di cartone, la stessa maschera per metà corrucciata e per metà sorridente che ci fa

sembrare dei cittadini perbene e che ci fa nascondere il filo di indifferenza e il filo di sadismo che ci scorre nel cuore.

F.P.

Bad girls, baby-gang, padri e figli

Leggo a p. 390 del numero di giugno di *Medico e Bambino*, nella "Pagina bianca", il commento alla notizia riportata da *La Stampa* su un fatto di cronaca riguardante il comportamento sopraffattorio-criminale di un gruppo di "bad-girls" di buona famiglia. Il *Corriere della Sera* del 19 luglio ha dedicato tutta la pagina 15 al problema del "dialogo tra generazioni", prendendo lo spunto da un episodio che ha fatto rumore anche perché la vittima era la figlia di Roberto Vecchioni, la cui festa di compleanno era stata rovinata dall'invasione di una banda di giovani devastatori, una baby-gang di famiglie "perbene". Ve ne invio fotocopia, assieme alla lettera di commento da me inviata al Direttore del quotidiano, per un costruttivo dibattito in merito. Confesso che l'ultimo capoverso del Vostro commento mi sembra oscuro, se non addirittura poco comprensibile. Vorrei in particolare qualche chiarimento su che cosa intendete per "impegnarsi (noi pediatri?) alla rifondazione (sic!) delle agenzie educative".

Vittorio Piccini, Pediatra, Milano

La pagina 15 del "Corriere della Sera" contiene due lettere, letterariamente di buona qualità: una del figlio (incompreso, ma in realtà lazzarone, autoindulgente e ricattatore) al padre (padre-padrone, ma in realtà viziatore cieco), e una del padre (padre-nobile e self-made-man, disperato, severo, ma anche autocritico, ma anche pronto ad aprire le braccia) al figlio (orgoglio di casa fino a un momento prima, oggi debosciato distruttore di speranze e di sogni, ma, sotto traccia, sempre amatissimo); contiene inoltre interventi non destinati all'immortalità di Vecchioni, Fo, Jovannotti, Jannacci e Mingardi, il tutto concluso da un fondino di Don Mazzi, secondo cui i ragazzi sono come aquiloni, che i genitori cercano di rendere troppo inutilmente adorni invece di insegnar loro a volare, e che dovrebbero trattenere con un filo sempre più lungo e sottile perché possano salire sempre più in alto, sempre più indipendenti, e diventare aquile. Di queste "fumose allegorie inconcludenti" (e specialmente del fatto che il povero Don Mazzi si lascia scappare che «Giorgio è un adolescente

normale, normalissimo») si adira nella sua lettera al Corriere della Sera il dottor Piccini, che da una parte sottolinea (giustamente) che per fortuna la maggior parte degli adolescenti è "davvero" normale, e dall'altra che tuttavia il mestiere del genitore resta un mestiere difficile, che nessuno insegna (né potrebbe insegnare), e che nessuno controlla (né potrebbe controllare). Auspica che «qualche vero esperto di educazione e di psicologia dell'adolescenza abbia voglia di intervenire sul tema, con proposte e suggerimenti utili e concreti».

Ho scritto tutto questo per l'opportuna conoscenza dei lettori, e quindi per una migliore comprensibilità della lettera. Per quel che riguarda il commento di Medico e Bambino, su cui ritornerò, mi limito a ripetere ora, sempre per i lettori, quelle (oscure?) parole: «Le dimensioni del problema sono politiche, della "polis": la comunità (noi) dovremmo impegnarci (forse si doveva dire "dovrebbe impegnarsi", per concesso, ma capire si capisce) alla rifondazione delle agenzie educative: scuola, associazionismo sportivo, scoutistico, religioso. Finché siamo in tempo». Vi è precisato cosa si intende per agenzia educativa, cosa si intende per "noi" (ma credo che, sì, avremmo anche potuto-dovuto dire "noi pediatri"). Non è spiegato invece cosa vuol dire rifondazione; che certo è un termine troppo rivoluzionario; si voleva dire, forse, riforma, rinforzo, rivalorizzazione, ricostruzione ecc.

F.P.

La visita domiciliare

Questo spazio di "lettere" ha il merito di rispecchiare il variegato mondo pediatrico. È accaduto di recente su punti controversi e delicati come la visita domiciliare (VD) e «i PdF ansiosi, nevrotici ecc.» (dottor Spataro, *Medico e Bambino* 4/99), argomenti riemersi negli editoriali e in una rovente polemica su Internet.

Chiamato in causa da un garbato dissenso del dottor Alcaro a proposito della VD (*Medico e Bambino* 5/99), vorrei illustrare una realtà diversa, una realtà vista sul campo con l'occhio degli "insofferenti".

Genitori e PdF sono parti di una stessa società. Pregi e difetti, e dunque anche "pigrizia e insofferenza", si ritrovano in entrambe le parti. G. Longo ("Giornate di Medico e Bambino") descrive «genitori che spingono, che imprecano, che insultano»¹ mentre assistono alle performance sportive dei figli. R. Volpi ("Congresso Nazionale ACP", 1997) ne parla così, sulla base di ricerche ISTAT: «I genitori sono allineati in compatte schiere dietro ai figli,

protettivi allo spasimo, pronti a rivendicare - quello è mio figlio-, padroni buoni e premurosi, più raramente cattivi e vessatori, ma pur sempre padroni del figlio: decisi a farsi in quattro per lui, purché non ci sia da faticare troppo, perché pure loro, i genitori, sono, in fondo, italiani con strane contraddizioni. Dicono di volere i figli, ma non ne fanno; di amarli, ma non gli parlano... La famiglie italiane vivono senza serenità e con pesante egoismo il proprio "Unicofiglio", lo vezzeggiano, ma nel contempo ignorano i figli degli altri... ecc».² Questo egoismo non è ininfluente nella domanda di salute, e per vari motivi si accentua nelle richieste del "dottore in casa", massimamente e comodo servizio offerto (si fa per dire) dal SSN a costo indipendente dall'uso.

Condivido il ricordo del dottor Alcaro sulle VD anni Settanta e sulla loro utilità attuale per valutare a domicilio l'ambiente e il "sociale" del bambino, cioè tutto quello che dall'ambulatorio si può non vedere e quindi non capire. In questo senso, a difesa della VD, avevo più volte scritto prima che il dottor Alcaro gentilmente me lo ricordasse, senza alcun merito, tranne quello di averlo fatto per tempo già dal 1994³. Come sempre, è fuorviante affrontare argomenti tecnici sulla base di una mozione degli affetti. Possiamo piangere su una Pediatria che cambia e perde fascino, ma prima o poi bisogna soffiarsi il naso per affrontare un presente diverso dal passato. È già successo nel panorama pediatrico internazionale.

Esistono numerosi fattori che in un malato si valutano peggio nella cucina di casa che non in uno studio attrezzato. Se oggi la VD è in crisi nel resto del mondo qualche motivo ci sarà, dato che è desueta da tempo in Paesi con i migliori indici di salute (Finlandia, Olanda ecc.)⁵. Negli Stati Uniti, pur con una vasta organizzazione di Primary Care Paediatricians, la VD è di fatto abolita dal 1970. Lo dico con rispetto, ma chi non esegue la VD da anni è lontano da una realtà profondamente mutata, che egli stesso troverebbe iriconoscibile e di difficile gestione. Nella terra dei panda la famiglia vive ogni malattia del bambino, anche la più banale, come una catastrofe biologica con la più totale assenza di ogni tolleranza temporale⁷. Vedi accessi al Pronto Soccorso giunti in alcune zone al 670%⁸.

Veniamo ai motivi di crisi. Le difficoltà pratiche sono direttamente proporzionali alla dilatazione delle richieste. In generale la domanda sanitaria è aumentata del 233% tra il 1930 e il 1980⁶, ma negli ultimi venti anni si può calcolare un ulteriore e irrazionale incremento del 10% annuo, tuttora in corsa verso l'infinito. La famiglia sente l'"Unicofiglio" molto più malato di

ieri⁴, grave anche per una Upper Respiratory Tract Infections (URTI), in pericolo se "prende aria" con la varicella o la tosse. La gratuità dell'uso del PdF ha aggiunto "al bianco lo splendore".

La richiesta di VD è aumentata nei numeri, è cambiata nelle motivazioni rispetto a prima del 1980, quando la prestazione era libero-professionale a pagamento diretto. È un dato di fatto da accettare e da risolvere. I "bisogni di salute infiniti" sono stati assorbiti dai PdF dilatando l'ambulatorio con 30-40 visite/die per medie complessive italiane che sono il doppio-triplo delle medie internazionali. Questo non era e non è fattibile per le VD, che necessitano di tempi tripli rispetto al consulto ambulatoriale (parlo per me: la tangenziale di Mestre ha un transito di 130.000 veicoli/die, e si blocca un'ora sì e l'altra no). Secondo motivo più importante del primo: le VD si attivano per il 90% con le URTI, sintomatiche (febbre, otalgia, tosse ecc.) quanto autolimitate, catalizzate dal *Social mixing* precoce ed esasperato dai problemi di lavoro dei genitori. La letteratura, da Paradise⁹ a Gerber, Markowitz, Pichichero, Schwartz, afferma univoca che è "a time for change", non con la VD (di cui non c'è traccia nelle guidelines), ma con un minimo di laboratorio di orientamento, in uno studio attrezzato e non in giro con pila e fonendo, nelle case dei pazienti, per diagnosi e terapie della serie cucchiaino-golarossa-antibiotico¹⁰. Questo vale ancor di più in patologie incerte e delicate come la FUO di un bambino piccolo, dove l'errore diagnostico è di dieci volte superiore se si opera in un ambiente inadeguato (senza GB, mini VES, esame urine ecc.) e può costare caro al bambino¹¹. Lo abbiamo imparato proprio da *Medico e Bambino* e dalla pediatria attiva. Gli opinion leader italiani di pediatria, che di certo conoscono questa letteratura, si rendono conto del problema, non vivendolo in prima persona? Ricordano che un bambino normale può presentare fino a 27 infezioni respiratorie annue?

Quale soluzione? Verrà da sola, col tempo. Offrendo ambulatori attrezzati e aperti più a lungo con la pediatria di gruppo, i genitori sceglieranno la prestazione migliore evitando pellegrinaggi ai Pronto Soccorso, attese di 7-10 giorni per la risposta di un tampone faringeo, «il ricovero per un esame urine» (F. Panizon). Nel frattempo non bisogna ostinarsi in esasperanti rifiuti; si deve usare comprensione, convincere e non imporre, per farlo bisogna migliorarsi, diventare più bravi. Voglio dire che, se in uno studio si fornisce una prestazione "povera", i genitori continueranno a chiedere la VD per loro più comoda.

È vero che la VD crea rapporto, amici-

zia, ma la fiducia dura fino alla prima difficoltà nell'essere accondiscendenti, nel ripeterla spesso, ad esempio il giorno dopo perché la febbre persiste. Nelle cure primarie rapporto e risultati migliori si otterranno in futuro non con l'aumento delle VD, ma con maggior continuità assistenziale e reperibilità telefonica. Il PdF vive con le famiglie una relazione difficile come lo sono tutti i rapporti a tre; il SSN è il gestore-pagante che giustamente interviene nelle regole del gioco, ma i pazienti pretendono di più del tanto che il SSN garantisce.

Un pediatra, grande prescrittore e visitatore domiciliare, attivatore di visite ed esami di ogni tipo, gentile, meglio se yes-man, riscuote più successo del collega colto che applica l'EBM. Il sistema non è affatto premiante per chi lavora meglio e consuma risorse.

È meglio operare con la VD che fa salvo il consenso dei genitori o con l'ambulatorio attrezzato in cui sale l'appropriatezza? Ma il medico oggi sa che «se sbaglia o appena c'è la possibilità di pensare che possa aver sbagliato verrà perseguito legalmente»⁵. Questo crea diffidenza, non ci porta a considerare potenziali amici tutti i clienti.

Un esempio: bambino di 4 anni, affetto da URTI super-alta, telefonata durante la settimana, ricovero di sabato (guardia medica), durato 10 giorni, dimesso con diagnosi di broncopolmonite (temperatura max 37,8°, Rx non significativa, PCR 0,2). Il medico patteggerà la pena, perché l'assenza di malattia non conta; il danno psichico, morale e di lavoro consiste proprio nel ricovero, che non si doveva fare, ma che è stato fatto per altre cause (reparto deserto) e perché (secondo il Giudice) il PdF non ha fatto la VD.

«La Sanità annegherà nella sua stessa palude» (F. Panizon). Spero non sia così per una Sanità di Stato da salvare perché la migliore possibile. In questi anni forse ci abbiamo «marciato»¹², ma chi più e chi meno, con responsabilità graduale a seconda dei ruoli e dei danni provocati. Ricordo, *en passant*, che in Veneto nel 1997 si è ricoverato negli ospedali il 25% della popolazione (indice di ospedalizzazione 247‰!), che le UO Pediatriche hanno dato buoni contributi, fino al 216‰ di ospedalizzazione pediatrica e fino al 30-50% di ricoveri sui nati vivi. Un abisso ci separa dai dati del dottor Alcaro che, con il 28,4‰ di ospedalizzazione pediatrica e l'1,77% di ricoveri sui nati vivi, fa di Sovrato un ospedale delle meraviglie, una «non-Italia».

Decreti legge 502/92 e 517/93, Riforma Ter/1999, prima della Quater del 2000 e rotti, ma chi convince operatori e pazienti che le regole della 833/78 non valgono più, che «non c'è trippa per gatti»,

che è finita l'utopia? Uno dei principi su cui riaggiustare la Sanità verso un realistico futuro passa per una selezione dei bisogni infiniti, che in quanto tali non possono essere tutti soddisfatti; vale per le VD come per i DRG e per tutto il resto. È un principio difficile, poco utile per ottenere voti, consensi e applausi, impopolare e antipatico. Come è antipatica questa lettera, tutt'altro che empatica, come quella di Spataro. Ma dopo trent'anni di «Territorio» le strade indicate da Spataro non mi convincono: sono soluzioni facili a problemi complessi, e portano a un'ulteriore medicalizzazione di una Società che, per la Pediatria territoriale come per quella ospedaliera, ha già il record mondiale di iper-interventismo. Si propone di aumentare ancora la quantità delle prestazioni dei singoli, non di migliorarne la qualità e l'organizzazione. Nella «Società dei bisogni infiniti» si ritiene che dilatare la risposta del singolo risolve la tensione tra domanda e servizi, con una rincorsa senza fine di tutti i desideri dell'utente, utente che spesso non coincide con un paziente malato.

Nel bailamme di oltre 4000 visite e 6000 telefonate annue (pigrizia?) si avverte sul campo la necessità di stare più vicino e per tempi più lunghi a chi ha un reale bisogno, rispetto ai molti che accampano il nulla come emergenza sanitaria.

«Non bisogna aiutare la gente su ciò che potrebbe e dovrebbe fare da sola» (A. Lincoln, *Messaggi al popolo americano*). In Sanità si può tradurre: non andare al Pronto Soccorso per un brufolo (F. Panizon), non pretendere una VD per il raffreddore. Sarei lieto di sentirlo programmare dal Ministro della Sanità come dai manager ASL e, perché no, sostenere dai nostri opinion leader di Pediatria.

La marcia è quasi finita per gli operatori come per i pazienti, i bambini sono pochi e supersani, il sistema ha poca benzina. Quanti dottor Alcaro ci sono in circolazione? Forse solo lui, purtroppo.

Giorgio Meneghelli, Pediatra di famiglia,
Mestre

Bibliografia

1. Longo G, Ventura A: I comportamenti inutili e dannosi. Parte II. *Medico e Bambino* 5, 307, 1999.
2. Volpi R: Figli d'Italia. *Quanti, quali, e come alle soglie del Duemila*. La Nuova Italia ed, 1996.
3. Meneghelli G: La visita domiciliare. *Il Medico d'Italia* 15, 21, 1994.
4. Meneghelli G: Visita domiciliare: un diritto negato o cultura del comodo? *Il Med Ped* 1, 33, 1999.

5. Silverman W: Decisioni mediche: un appello alla ragionevolezza. *Pediatrics* 8, 618, Ed Ital, 1996.

6. Panizon F: Gli intricati rapporti tra medico e paziente. *Medico e Bambino* 6, 362, 1988.

7. Biasini G: Dieci anni di Pediatria. *Medico e Bambino*, numero speciale, 13, 1993.

8. *Quaderni ACP*: Eccessivo l'utilizzo del PS? 1, 8, 1998.

9. Paradise J: Managing otitis media: a time for change. *Pediatrics* 4, 712, 1995.

10. Gerber M, Schwartz B et al: Principles of judicious use for antimicrobial agents for URTI ped. *Pediatrics* (supplement) 1, 163, 1998.

11. Russian S: La febbre nel bambino sotto i tre anni. *Medico e Bambino* 3, 35, 1997.

12. Panizon F: La VD e il ruolo del PdF. *Medico e Bambino* 4, 212, 1999.

Concordo su quasi tutto, e mi scuso se parlo o ho parlato, qualche volta, anche delle cose che non faccio (come la guerra in Kosovo) e delle cose che faccio poco (come la VD). Spero di aver parlato e di parlare con la prudenza che mi dovrebbe suggerire l'età, ma so di poter aver sbagliato e di sbagliare.

Continuo a credere che la VD sia qualche volta gratificante; qualche altra volta, quasi indipendentemente dalla gravità, necessaria; e quasi sempre, viceversa, evitabile, in un clima di (utopica?) reciproca educazione, fiducia, comprensione e condivisione di responsabilità. Credo che, come Lei suggerisce, la pediatria di gruppo possa essere la risposta, o una risposta, equilibrata al problema, che è fatto, è certo, sia di bisogni che di pretese. Ma c'è davvero la pediatria di gruppo? C'è l'ambulatorio organizzato e attrezzato modernamente? C'è una ragionevole disponibilità telefonica, anche regolamentata? Alternativamente, o nella migliore delle ipotesi, complementariamente, rimane il vituperato ma benemerito, anche se forse troppo disponibile, Pronto Soccorso.

Credo che, già ora, almeno in realtà circoscritte, non sia impossibile affrontare civilmente, e modernamente, il problema. Ma il PdF (figura astratta) sa andare oltre la VD? Non c'è, in quella abitudine antiquata, qualcosa in cui, in fondo, a suo dispetto, si riconosce? Ha davvero la capacità e la voglia di essere "moderno" (senza rinunciare all'umanità)? Se sì (parafrasando me stesso), batte un colpo. È in mano a lui fare un contratto che tenga conto di tutto questo; dei diritti del cittadino, del pediatra, dei nuovi bisogni e delle nuove possibilità. È molto che vado dicendo che, se vuole, oggi, è il medico di famiglia che fa le carte; e che potrebbe essere l'artefice del cambiamento. Ma senza barare.

F.P.

LE AZIENDE INFORMANO

MEDICINA DI GRUPPO E ASSOCIAZIONISMO GRAZIE ANCHE ALL'INFORMATICA

Il Servizio Sanitario Nazionale ha favorito il nascere di un modello organizzativo di Medici e Pediatri di libera scelta: la **medicina di gruppo**.

Scopo principale è quello di offrire al paziente un'assistenza più continua e meglio coordinata grazie anche alla presenza garantita di un medico, per un maggior numero di ore settimanali e la possibilità di migliorare la qualità del servizio con disponibilità di personale infermieristico e segretariato per più professionisti in un'unica sede.

A tutti i membri della medicina di gruppo la ASL riconosce un incentivo economico. Questo modello ha trovato dei limiti per una serie di freni oggettivi (specialmente per la difficoltà di reperire dei locali capaci di ospitare più medici).

Il diverso modello organizzativo, avente i medesimi obiettivi, è quello della **medicina in associazione**. Questo differisce dalla medicina di gruppo in quanto l'esercizio della professione può essere effettuato non necessariamente in un'unica sede ma presso sedi diverse, e può prevedere un maggior numero di pediatri partecipanti al gruppo.

Questo significa in altre parole che ogni pediatra appartenente al gruppo, pur continuando a svolgere la propria attività presso il proprio ambulatorio, può tranquillamente accedere, tramite opportuni supporti informatici, agli archivi clinici dei pazienti in carico a ciascuno dei colleghi associati, disponendo così di informazioni sempre aggiornate.

I pediatri in associazione offrono al paziente un migliore servizio, organizzando turni di ambulatorio che garantiscano un più ampio orario di apertura, aggiornando sempre la cartella clinica di ciascun paziente e condividendo le esperienze in via informatica.

Come nel caso della medicina di gruppo anche ai pediatri in associazione sono riconosciuti incentivi economici purché vengano adottate "idonee soluzioni informatiche".

Diventa pertanto fondamentale, indipendentemente dall'hardware, individuare gli strumenti software più affidabili.

Tra i prodotti che possono soddisfare queste esigenze, possiamo citare Fimed Infanzia, integrato dagli specifici moduli opzionali Fimed Domino e Fimed Estensione. Progettato per l'ambiente Windows a 32 bit (95/98/2000/NT) dalla Fimed srl a cui si può richiedere, gratuitamente e senza impegno, una copia di valutazione perfettamente funzionante per 30 giorni chiamando il Numero Verde 800-011781 o collegandosi al sito www.fimednet.it.

Lettere Lettere

SUPPLEMENTO DI RISPOSTA ALLE QUATTRO LETTERE, OVVERO PREDICA DI FINE MILLENNIO AI PEDIATRI ITALIANI

Una risposta generale a questa lettera è contenuta nell'editoriale a firma Tamburlini sul numero di settembre. Ecco qua: «Questo secolo si sta concludendo con un tracollo delle relazioni umane, afferma Nadine Gordimer, scrittrice sudafricana. Che succede? Succede che la globalizzazione conduce alla polarizzazione e alla frammentazione sociale inter e intra-nazionale; queste si associano alla polarizzazione culturale, etnica e religiosa; lo stress sociale chiama diffuse risposte di insicurezza e quindi di ostilità».

Succede, forse, anche qualcosa di più profondo. Il mondo è cambiato, durante gli anni della mia vita, quasi come in 1000 anni. L'uomo è smarrito, ha perso i punti di riferimento. Posso dire che ha perso Dio, qualunque cosa questo possa voler dire per ciascuno. Sì, come dice il dottor X, ma anche Fernanda Di Tullio, ma anche Vittorio Piccini, e in fondo anche Giorgio Meneghelli, siamo cambiati in peggio.

Siamo diventati più vecchi; non siamo stati sostituiti da altri più giovani, più freschi, più fiduciosi, anzi continuiamo a essere sempre gli stessi che si parlano e che si ascoltano, e che non si credono più. Abbiamo perduto l'utopia. Più banalmente abbiamo perduto la fiducia e l'amicizia.

Una diecina d'anni fa era stato varato lo slogan "Sanità amica": solo uno slogan, ma uno slogan ricco di promesse; sbranato dai pazienti che vogliono tutto, da una stampa che dà ragione a tutti, e, diciamo pure, da una classe medica non innocente.

Sarebbe così semplice se... se cosa?

Se ciascuno facesse tutto quello che deve e solo quello che deve. Il medico: visitare tutti e solo quelli che ne hanno bisogno; fare solo i certificati giusti; chiedere tutti e solo gli esami che servono, e solo quando servono; prescrivere solo i farmaci utili, ricoverare solo chi ne ha bisogno, ma non far mancare l'aiuto a nessuno che ne abbia bisogno. L'utente: cercare di essere paziente, sia nel senso di chiedere aiuto solo se ha una malattia, sia nel senso di avere la "giusta" pazienza di fronte alle "giuste" attese.

Certo, la prestazione a pagamento ristabilirebbe l'equilibrio della domanda e dell'offerta; ma a scapito di chi meno può.

Dove comincia il giro vizioso? Dal paziente che "rompe", o dal medico che non si fa trovare? Dalla pretesa del tutto e subito, o dalla neghittosità nella risposta? Dal ricorso "per comodità" al Pronto Soccorso, o dal ricovero, inutile, per una malintesa fedeltà alla struttura? O dalla nuova insicurezza, che ha contagiato anche il medico? Dal medico che sbaglia, o dall'utente che sfrutta l'errore per guadagnare denaro, o anche solo per "rivalsa"? Dalla paura di perdere il paziente, o dall'avidità di averne di più? E, all'interno di noi

stessi, dalla mancanza di umanità, o dalla mancanza di capacità professionale? Dalla insicurezza e dal timore oppure dall'egoismo e dall'avidità? Dalla disattenzione (nei riguardi del figlio) o dalla preoccupazione (per la sua salute e per il suo successo); o ancora da una sostanziale superficialità, aridità e conformismo di rapporto (tra genitori e figli, come tra paziente e medico, come tra cittadino e città)? Ciascuno di noi deve sempre fare come se lui stesso fosse il punto cruciale di questo giro perverso, il punto in cui si può interrompere la catena.

Qualcosa si è rotto: qualcosa che riguarda al tempo stesso la fiducia (fiducia nell'altro ma anche in se stesso; fiducia nella giustizia e fiducia nella società, fiducia nella medicina e fiducia nel buon senso; fiducia nel domani e impegno per realizzarlo) e il senso del dovere (dovere di essere se stesso, di rispettare il proprio ruolo, dovere di essere padre e di essere medico, dovere di essere fedele alla società che si serve e al paziente che si fida, dovere di fidarsi e dovere di non imbrogliare).

La risposta è una sola, e sempre la stessa. Se c'è davvero questo guasto; se la società è davvero così in crisi, nessuno di noi può permettersi di dire «tanto, è così». È la nostra vita; non si può gettarla. È il nostro lavoro, non si può lasciarlo umiliare. Ciascuno di noi faccia qualcosa. Cessi di schierarsi per la sua categoria o per il suo gruppo, cerchi il bene comune; anzi, il bene. Si impegni (abbia pazienza, dottor Piccini) per una "rifondazione delle agenzie educative" (per una scuola migliore); ma anche per una medicina più buona e per una società più solidale. Sia lui stesso, timidamente, anche solo col modo di porsi, educatore; e ascolti, con attenzione, la parola dell'altro (del figlio, del paziente, del collega). Cerchi Dio. Non occorrono altre ricette. Nemmeno per essere davvero un buon padre. Sia conseguente a se stesso in ogni suo atto. Posso citare San Paolo? Lo cito. «Non abbiate alcun debito con nessuno, se non quello di un amore vicendevole; perché chi ama il suo simile ha adempiuto la legge. Infatti, il precetto - non commettere adulterio, non uccidere, non rubare, non desiderare - si riassume in queste parole: amerai il prossimo tuo come te stesso. L'amore non fa nessun male a nessuno: pieno compimento della legge è l'amore». E chi "sente" che questa è solo retorica, bene, forse è ora che smetta di leggere queste pagine, se non lo ha già fatto da tempo. E chi ha qualcosa di più specifico da dire, come chiede Di Tullio, come chiede Piccini, come chiede Meneghelli, lo dica; farà bene a tutti. Da parte mia, prometto che aspetterò un bel po' prima di permettermi una nuova, vera, predica.

F.P.