

Per una pediatria territoriale sufficientemente buona

L'editoriale del numero di marzo 1997 di *Medico e Bambino* ("Sanità amica") e la lettera del dottor Vincenzo Nuzzo mi hanno stimolato a scrivere, anche se posso correre il rischio di ripetermi.

Innanzitutto una premessa per me fondamentale: il protagonista della storia, degli avvenimenti, delle trasformazioni sociali e dei rapporti tra gli uomini è la persona. Non esiste nessuna struttura così condizionante da impedire l'assunzione di responsabilità personale, e questo vale in modo speciale per la professione medica: il prendersi cura, l'ascolto, la preoccupazione, l'amicizia, insomma, non dipendono dalla legge 833 o dall'ultima convenzione dei pediatri di famiglia, ma da come io considero il bambino che mi sta davanti in quel momento, da come lo guardo.

Nella "Carta degli operatori sanitari", pubblicata dalla Santa Sede nel maggio 1997, è scritto: «L'attività medico-sanitaria si fonda su una relazione interpersonale di natura particolare. Essa è un incontro tra una *fiducia* e una *coscienza*. La fiducia di un uomo segnata dalla sofferenza e dalla malattia, e perciò bisognevole, il quale si affida alla coscienza di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo».

L'alternativa a questa posizione umana è guardare l'altro come "nemico potenziale", cercare quindi di difendersi dalla provocazione della sua presenza e fornire un "servizio" asettico all'utente, come previsto dalla normativa e dall'organizzazione sanitaria vigente.

Dopo questa premessa, alcune osservazioni. Se alla base del lavoro c'è questa passione per l'uomo (che per me deriva dall'incontro con Gesù Cristo, ma che può avere altre rispettabili origini), allora non c'è un'attesa passiva e rassegnata di soluzioni "strutturali" provenienti dall'alto, ma una continua opposità che valorizza la fantasia, la creatività, l'esperienza di ognuno. Il piagnisteo e la commiserazione delle proprie fatiche sembrano essere il motivo conduttore della lettera di Nuzzo e dell'esperienza di non pochi pediatri che ho incontrato. Non è vero, come dice Nuzzo, che «il modello in cui operiamo non permette l'utilizzazione di strumenti innovativi e di conseguenza nemmeno di miglioramenti quantitativi». Io sono pediatra di base dal 1979 e qui a Cesena, con fatica, sacrificio, ma anche con grande spirito di collaborazione, abbiamo costruito una realtà innovativa utilizzando gli spazi esistenti. Il Dipartimento Materno-Infantile funzio-

nale è stato ufficialmente riconosciuto solo pochi mesi fa, ma noi abbiamo messo in atto da molti anni una "prassi dipartimentale", che ci ha consentito di raggiungere obiettivi importanti (buona copertura vaccinale, assistenza programmata al malato cronico, protocolli diagnostico-terapeutici, bilanci di salute, educazione sanitaria ecc.), e di diventare, come pediatri di base, elemento portante del lavoro dipartimentale. Una ricerca sul territorio cesenate ha dimostrato che i pediatri sanno individuare il 62% dei bambini a rischio sociale. Una ricerca analoga condotta negli USA ha evidenziato una sensibilità dei pediatri americani del 25%. Questa buona qualità cesenate è dovuta, oltre forse alle capacità professionali, a due fattori importanti:

□ l'assistenza pediatrica gratuita prevista in Italia dalla convenzione pediatrica; □ l'integrazione fra pediatria di famiglia e pediatria di comunità, per cui tutti i bambini vengono visitati prima delle vaccinazioni obbligatorie; in questo modo possono essere intercettati anche i bambini a rischio sociale che normalmente non vengono portati dal pediatra.

La migliore qualità del lavoro ha migliorato il rapporto con la famiglia e reso possibile un contenimento delle esigenze. I nostri "numeri" di lavoro per un pediatra con 800 pazienti sono, nei 290 giorni lavorativi di un anno solare, i seguenti: accessi ambulatoriali 4660 (16/die), di cui 807 (17,2%) bilanci di salute e 3853 (82,8%) visite per patologie e certificati; visite domiciliari 554 (1,9/die - range 0-8).

Non si può peraltro dimenticare che i bisogni sono determinati da chi ne è portatore e non da chi deve rispondervi; si può svolgere un'azione educativa, ma alla fine occorre saper essere attenti anche al bisogno che noi reputiamo inesistente, ma che la madre o la famiglia possono vivere con preoccupazione o angoscia.

In sostanza, a me sembra che l'esperienza italiana della pediatria di famiglia abbia più aspetti positivi che negativi, e che possa continuare a giocare un ruolo importante nella tutela della salute dell'infanzia, ad alcune condizioni:

□ integrazione funzionale delle figure operanti all'interno dell'area pediatrica; quello che da tempo chiamiamo Dipartimento Materno-Infantile;

□ disponibilità a confrontarsi con indicatori di qualità e a cambiare i comportamenti "non virtuosi";

□ disponibilità a lavorare in gruppo, inteso non tanto come luogo fisico comune di lavoro ma come luogo di confronto, di formazione permanente, di ricerca e di sperimentazione di forme assistenziali

innovative. Non credo alla validità di "conferenze nazionali sui presupposti strutturali e organizzativi inerenti alle qualità del lavoro dei pediatri di base". Credo che siano necessarie modifiche strutturali, che siano necessarie circostanze favorevoli, ma soprattutto che siano necessarie persone che giocano fino in fondo la propria responsabilità professionale per costruire esperienze che siano già segno di un cambiamento in atto.

Arturo Alberti
Pediatra di base, Cesena

Esatto, caro Alberti. Il protagonista è la persona; il prendersi cura non dipende dalla legge; l'attività medica è prima di tutto un rapporto interpersonale. E questo riguarda "ciascuno": ma non è sentito allo stesso modo da "tutti"; non può essere generalizzato all'"insieme". Intendo dire che non tutti i medici sono eguali, non tutti. Anzi, ci sono pochi dubbi al fatto che il (possibile) successo di questo modello, in cui c'è sia il "prendersi cura" (del singolo) sia la "prassi dipartimentale" (rivolta alla collettività), dipenda da un contesto tutt'altro che diffuso che si crea solo "con fatica e sacrificio". Lei lo dice. Dipende dalla situazione particolare, dalla cultura di fondo, dal tipo della motivazione correntemente condivisa (la soddisfazione del "mestiere pubblico" oppure la soddisfazione del "benessere privato"), dal grado di solitudine e, sì, anche dal contratto, che esprime tutte queste cose. L'esempio che Lei porta dice proprio questo: il modello cesenate, di cui è giustamente fiero, si è realizzato in un preciso contesto, geograficamente ben definito, culturalmente avanzato e ricco di stimoli, facendo centro su una persona un po' speciale, Biasini, che è stato sia primario sia responsabile, su una struttura ospedaliera e una struttura territoriale un po' speciali, che hanno saputo realizzare (raro evento) un Dipartimento Materno-Infantile. E altrove? Altrove è pieno di iniziative culturali e operative molto positive; ma anche di sacche di pigrizia e disaffezione, di deprofessionalizzazione, di solitudine, di personalismi e di autoreferenzialità.

Perché si realizzi altrove occorre produrne, "con fatica e sacrificio" dal basso, ma anche con l'offerta, dall'alto, di opportunità: con la buona applicazione delle leggi e delle linee guida; con la realizzazione "vera" dei distretti e dei dipartimenti; con la stesura di contratti "sufficientemente buoni".

Nella lettera di Nuzzo, a mio avviso, era contenuto questo bisogno: fare una pediatria simile a quella cesenate; e questa difficoltà: non riuscire a trovare i legami essenziali.

Di tutti gli ostacoli, a mio avviso, il più determinante, quello contro cui ciascun medico di buona volontà e ciascun responsabile di Azienda o di Distretto dovrebbe impegnarsi, è la solitudine: sempre, a mio avviso, non è possibile fare della buona medicina se non si supera la solitudine. A questo ha servito l'associazionismo (questo è anche stato il significato storico dell'ACP): ma dall'associazionismo si deve passare a un'organizzazione più operativa della propria attività. A me sembra impensabile che la pediatria di territorio non diventi anche pediatria di gruppo: per essere più efficace, per essere più sapienti, per essere più organizzati, per essere più protagonisti. Secondo me la lettera di Alberti è una buona risposta alla lettera di Nuzzo (forse è la risposta che Nuzzo cercava); forse è solo sbagliato che ci sia una nota polemica.

Le due lettere, comunque, si collocano molto bene nel dialogo sulla pediatria ambulatoriale che ha acceso gli ultimi numeri di "Medico e Bambino".

F.P.

Allattamento e best practice: dai principi alla pratica

Nel numero di aprile di *Medico e Bambino* (Lettere) Franco Panizon ripropone, in merito alla "guerra dei latti", una sorta di patto tra le parti (produttori di latti formulati e pediatri): «quanto più possibile allattamento al seno nei primi sei mesi, tanto più possibile uso dei latti formulati dopo il sesto mese», attorno al quale trovare una unità di intenti.

Ora, non vi sono dubbi che, se questa raccomandazione si avverasse, in Italia e in paesi simili al nostro, il progresso sarebbe notevole. Attualmente infatti, cosa che i dati riferiti relativi al "consumo" complessivo di latte formulato in Italia citati nella stessa sede non smentiscono, meno della metà dei lattanti arriva al quarto mese ancora allattato al seno.

Se avessimo questa potestà, sottoscriverebbe dunque questo patto con chiunque, nell'evidente interesse dei bambini italiani, delle loro mamme, e dei bilanci familiari (ci esimiamo dal riferirci a una bibliografia ormai enorme e in ulteriore rapida espansione, e che può es-

sere consultata presso il nostro Centro che ha costituito un archivio su questo tema). Tuttavia deve essere chiaro che di ragionevole e vantaggioso compromesso si tratterebbe, e non di "best practice". Infatti è ovvio che il vantaggio nutrizionale dei latti formulati esiste solo rispetto al latte vaccino e non rispetto al latte materno.

Quindi il latte formulato va bene dopo i sei mesi nelle stesse circostanze in cui lo si raccomanda prima: quando e nella misura in cui il latte materno non è più disponibile: in pratica, molto più spesso che nel primo semestre, ma non sempre. E va anche tenuto presente che, se è vero che il bambino trae vantaggio sia dall'essere allattato al seno piuttosto che con latte formulato sia dal ricevere latte formulato piuttosto che latte vaccino, è anche vero che i "guadagni di salute" non sono comparabili, essendo notevolmente maggiori nel primo caso.

Non può inoltre essere dimenticato che la raccomandazione suddetta non può valere nel caso di bilancio familiare ristretto (15% dei bambini in Italia, fino al 90% nella grande parte del resto del

Trieste 2-4 ottobre 1997

Centro Congressi Stazione Marittima

V CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA PEDIATRICA
IRCCS BURLO GAROFOLO - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

DENTRO E FUORI L'INTESTINO

Giovedì 2 ottobre

CONVEGNO SATELLITE EUROSIPAL

Tecniche diagnostiche in gastroenterologia pediatrica: presente e futuro

Modera S. Auricchio

La diagnosi sierologica di infezione da *Helicobacter pylori* - G. Magazzù

La diagnosi con sonde geniche: quale applicabilità pratica? - A. Fasano

La diagnosi di laboratorio delle allergie alimentari - R. Troncone

Anticorpi anti-b-lattoglobulina e IPLV: si discute ancora - G. Iacono

Modera R. Lazzari

Celiachia: la diagnosi sierologica - C. Catassi

Celiachia: la diagnosi genetica - L. Greco

Celiachia e autoanticorpi: risultati di uno studio italiano multicentrico - A. Ventura

Riunione aperta al pubblico delle sezioni e dei gruppi di lavoro della SIGEP

GASTROENTEROLOGIANOVANTASETTE

AGGIORNAMENTO PER CASI CLINICI

Con il commento di: C. Barbera (epatologia), G. Torre (patologia esofago-gastrica), M. Candusso (nutrizione), A. Barabino (malattie intestinali)

Modera A. Ventura

RICERCA IN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA IN ITALIA

COMUNICAZIONI ORALI SELEZIONATE - Modera S. Guandalini

Venerdì 3 ottobre

DENTRO E FUORI L'INTESTINO

Gastroenterologi, pediatri e altri specialisti a confronto

Sindrome emolitico-uremica e tossine: tra intestino e rene - G. Rizzoni, A. Fasano

Asma e reflusso gastroesofageo - S. Cucchiara, G. Longo

Celiachia e malattie autoimmuni (lettura) - M. Maki

Il fegato nella malattia infiammatoria cronica intestinale

M. Campieri, G. Maggiore

Alimenti, mucosa intestinale e nefropatia IgA - R. Coppo, R. Troncone

Cute e intestino (lettura) - P. Fabbri

Le diete alternative e speciali: tra tradizione, mercato e rischi nutrizionali

P. Giorgi, D. Faraguna

Aggiornamenti dai gruppi e assemblea dei soci SIGEP

Modera S. Guandalini

Sabato 4 ottobre

RICERCA IN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA IN ITALIA

POSTER COMMENTATI DA: L. Zancan (epatologia), G. Magazzù (patologia esofago-gastrica), M. Fontana (nutrizione), L. Greco (malattie intestinali)

Modera D. Faraguna

Le ricadute pratiche dello sviluppo delle conoscenze in gastroenterologia pediatrica - S. Auricchio, F. Panizon - Modera M. Križ

mondo). Qui il latte formulato, oltre ad essere causa di disastri (malattie e decessi altrimenti evitabili) quando viene sostituito al latte materno (con l'eccezione della madre HIV positiva), costa troppo per essere proposto in luogo di altri nutrienti disponibili, con il risultato che le madri lo utilizzano sovente diluito, anche di molto (pratica diffusa e causa di malnutrizione) e comunque impiegano risorse che potrebbero essere meglio utilizzate per l'acquisto, a parità di costo, di una quantità maggiore di calorie e di proteine attraverso cibi localmente prodotti.

Fatte queste precisazioni, poiché è fuori di dubbio che l'obiettivo di avere il maggior numero di bambini allattati esclusivamente al seno durante i primi quattro-sei mesi di vita rappresenti ormai un obiettivo condiviso da tutti, indiscutibile, "evidence-based", è bene che il confronto si sposti dai principi alle pratiche concrete per raggiungere questo obiettivo, e al sapere specifico che tali pratiche richiedono. Il nostro gruppo (Ufficio per la Ricerca sui Servizi sanitari e la Cooperazione internazionale, IRCCS Burlo Garofolo, via dell'Istria, Trieste)

ha prodotto una versione adattata alla realtà italiana, completa di supporti visivi, dei moduli di formazione elaborati dall'OMS e dall'UNICEF, che ha messo a disposizione di Regioni, Ospedali, Gruppi professionali, e Università (che ha notevoli e storici ritardi da colmare in questo campo specifico); sta inoltre appoggiando il processo di formazione degli operatori, in particolare delle maternità e della pediatria di libera scelta in diverse realtà italiane. Poiché tuttora non è chiaro quali siano le strategie più efficaci per la promozione dell'allattamento al seno (verosimilmente i migliori risultati si possono ottenere con una combinazione di interventi quali l'applicazione del Codice Internazionale, messaggi da diffondere tramite l'uso dei media, specifici programmi educativi a partire dalle scuole, e naturalmente una migliore formazione degli operatori sanitari sia ospedalieri che territoriali), stiamo anche conducendo uno studio controllato in 8 territori italiani, che corrispondono ad altrettante maternità, per valutare i risultati ottenibili in termini di frequenza e durata dell'allattamento al seno tramite una modifica delle routine nei punti nascita e

una formazione specifica degli operatori per il supporto alle madri che allattano. Lo studio è iniziato da un anno. Tra 12 mesi saremo in grado di sapere quanto questo tipo di interventi sia efficace; ci si potrà ragionare sopra e decidere se e come eventualmente diffondere questo tipo di intervento o come eventualmente modificarlo o integrarlo.

**Giorgio Tamburini,
Adriano Cattaneo, Trieste**

Fare meglio (con meno)

Nell'editoriale di *Medico e Bambino* del 28/2/97 il Prof. Panizon parla del progresso, dei cambiamenti e della consapevolezza critica che ognuno di noi dovrebbe avere davanti a questo mondo in cui tutto si muove e muta in modo vertiginoso. Come ACP e pediatra di famiglia di fatto il progresso per me si identifica con la consapevolezza del "non fare": non sprecare medicine, esami, ricoveri, visite specialistiche, non tanto per risparmiare soldi ma principalmente

per promuovere la salute. Tutto questo occupa, come è giusto che sia, gran parte del nostro lavoro, conseguenza inevitabile del prendersi in cura il bambino e di ciò che lo circonda, le malattie piccole e grandi, i disagi scolastici e non. In questo sforzo quotidiano in cui si parla, si informa, si cerca di comprendere le situazioni e di diffondere una medicina che risponda il più possibile ai bisogni di salute, ci si trova di fronte poi a coloro che creano i presupposti al nostro lavoro, coloro che di fatto elaborano e progettano il nostro contratto di lavoro, e di colpo lo scenario cambia: l'ospedaliero si trova davanti ai DRG in cui paga l'essere ammalato o creare le malattie; il pediatra di base di fronte ad un contratto che lo esorta, perché pagate a parte come "prestazioni di particolare impegno professionale", a ridurre le fimosi e le parafimosi, allo sbrigliamento delle sinechie delle piccole labbra, a ridurre l'ernia ombelicale e a fare tante altre cose che fanno parte del "non fare", per non dire del vietato. Mi chiedo allora, dopo aver riflettuto a lungo, elaborato, ripudiato il Sindacato che evidentemente ha pro-

mosso e con gioia annunciato queste "innovazioni", cosa si può fare oltre lo sforzo quotidiano del non fare troppo e del fare bene il giusto, la risposta mi appare semplice, escluso l'emigrazione e la rivoluzione perché entrambe troppo drastiche e distanti dalla mia indole, si potrebbe con tenacia, forza e imposizione alzare la voce come ACP, forza non solo culturale ma politica e sociale. Non è un lamento fine a se stesso, o almeno vorrei che non lo fosse, ma un'esortazione a chi è esperto, ad elaborare un documento o a creare i presupposti affinché coloro che andranno a progettare lo facciano con consapevolezza critica e con l'unico obiettivo di promuovere veramente la salute.

Stefania Manetti
Piano di Sorrento, Napoli

Oltre alla promozione della salute, che è un affare fin troppo complesso, importa, a tutti, è questo l'impegno di M&B, il livello di professionalità, dunque l'autostima, dunque la soddisfazione sul lavoro dei professionisti della salute, e anche, in conseguenza di tutto questo, la capacità

di essere un "vero" punto di riferimento per la famiglia. Tutto questo ha bisogno di qualcosa di più del semplice alzare la voce e fare delle linee guida; corrisponde ad un vero rivolgimento culturale, che ha ancora bisogno di molto tempo. È una risposta vile; l'unica che mi viene in mente, andando in stampa.

F.P.

Talassemia e trapianto. Come si fa a sapere tutto?

Ho appena letto, nella rubrica "Domande e Risposte" del numero di febbraio '97, la domanda di un collega che chiedeva informazioni sull'opportunità di eseguire il trapianto di midollo in un bambino affetto da talassemia, e sono tornato con la memoria al 1984 quando, assistente ospedaliero, mi fu avanzata la stessa richiesta dalla madre di un bambino talassemico che avevo in cura. Caddi dalle nuvole. Non ne sapevo niente. Fu solo per accontentare la madre che cercai di informarmi. Il Direttore della Clini-

ca ove mi ero specializzato seppe solo dirmi che il Prof. Lucarelli era persona seria e preparata. Cercai nelle riviste pediatriche ma non trovai nulla fino a che in un trafiletto, a piè di pagina, della rivista *Federazione Medica*, mi imbattei nella recensione di un lavoro di prof. Lucarelli e dei suoi collaboratori pubblicato su *Lancet*, in cui essi davano quelle percentuali di successo (80%) che anche Voi avete confermato. Presi contatto direttamente con il Prof. Lucarelli e nel volgere di pochi mesi il bambino venne trapiantato con successo e a tutt'oggi non ha più bisogno di trasfusioni. Da allora sono trascorsi tredici anni e, pur leggendo abbastanza anche se quasi esclusivamente riviste italiane, solo occasionalmente ho trovato riferimenti al trapianto di midollo nei bambini talassemici. Mi è sorta spontanea una riflessione: se non avessi avuto in cura quel bambino, se la madre non fosse stata più sollecita di me nel ricercare le novità terapeutiche per suo figlio, adesso saprei che il trapianto di midollo è risolutivo per i bambini talassemici? E quanti colleghi sono tuttora in queste condizioni? Le scrivo, e mi scuso se sono stato prolisso, per sollecitarLa a pubblicare sulla Sua rivista un aggiornamento che faccia il punto della situazione del trapianto di midollo nei talassemici, certo che tale divulgazione possa risultare utile (molto) ai bambini talassemici che mi risultano essere alcune migliaia. Colgo l'occasione per ringraziarLa per tutto quanto fa per noi con la Sua preziosa rivista.

Roberto Luciani
Pediatra di base, Lido di Camaiore

Rispondo volentieri alla Sua lettera, per molti motivi. Il primo, e più vanitoso, è farLe presente che su "Medico e Bambino", nel numero 1 del 1989 (pag. 33) c'è un bell'articolo del prof. Cao e dei suoi collaboratori ("Il trapianto di midollo nella talassemia major") che risponde esattamente ai Suoi quesiti, anche in termini di confronto tra il trapianto e la terapia tradizionale, di percentuali di guarigione in funzione dell'età, di sviluppi terapeutici futuri (futuri allora, e per la verità futuri ancora oggi). Creda, è un articolo buono da leggersi anche oggi; tanto buono, che lo avevo ancora bene in testa e non ho fatto fatica a ritrovarlo, senza archivio elettronico, nella mia raccolta privata.

Questa mia risposta apre un'altra domanda: ogni quanto tempo un determinato argomento deve essere rivisitato, da una rivista di formazione e aggiornamento come "Medico e Bambino"? La risposta potrà essere diversa in funzione della rilevanza anche numerica del problema, del-

la possibilità di vederlo sotto diversi punti di vista, e degli sviluppi conoscitivi relativi. Comunque, 8 anni sono abbastanza. Chiederemo dunque allo stesso prof. Cao di fare, per "Medico e Bambino", questa rivisitazione; il che fa parte di una politica generale decisa nel consiglio di Redazione, e già in atto (vedi, recentemente, le linfadenopatie, le infezioni da micobatteri, l'artrite reumatoide, i disturbi del sonno, la febbre alta nei primi anni di vita), quella di rileggere-riscrivere, con una periodicità variabile in funzione dei parametri sopra menzionati, i temi principali già affrontati in passato dalla Rivista.

Ma la domanda di fondo, quella per cui Luciani ci ha scritto, è un'altra: come si fa a dare sempre, per un problema non corrente, la giusta risposta? In particolare, il dott. Luciani, nel 1984, era in dovere di sapere che il Cooley poteva esser trapiantato, e chi, e dove, e con quali risultati, trapiantava? Il 1984 è lontano; e solo dal 1981 Lucarelli aveva cominciato a trapiantare, e i suoi primi lavori internazionali ("Lancet", i, 1355) sono del 1985. Quindi il dottor Luciani "non poteva sapere". Eppure la mamma "sapeva". Ma anche il suo Professore "sapeva", perché è così: c'è sempre una rete di "saperi"; che arriva prima ai pazienti o ai genitori, che vivono quel determinato problema con disperata intensità (vivono, a volte, di quel problema); e che fa il giro degli ambienti scientifici e professionali, qualche volta magari come un pettegolezzo; o che, sempre più spesso, arriva, ai pazienti prima che ai medici, attraverso i quotidiani, e attraverso gli amici che leggono i quotidiani, anche se in genere deformato o enfaticizzato. Oggi, questa rete è diventata molto più consistente di quanto non fosse nel 1984: c'è il "Medline" che, a richiesta, aggiorna su tutti i lavori recenti della letteratura; c'è Internet, ai cui siti, ormai, si rivolgono gli stessi genitori non soddisfatti da una risposta o dalla mancanza di una risposta; c'è una rete telefonica non formalizzata ma assai fitta di consulenze e di richieste di opinioni tra i colleghi. E oggi, con un "sapere" molto più esteso e disperso (praticamente fuori dalle possibilità di controllo, non dico da parte di una singola persona, ma anche di un intero gruppo), a questo sapere diventa indispensabile saper accedere, come si suol dire, in tempo reale. Anche solo avendo l'umiltà di telefonare in giro; di chiedere un consiglio a un amico: come se fosse per sé; e non minimizzando il valore di un'informazione che arriva al medico attraverso un laico o un genitore. Come ha appunto saputo fare, nel 1984, il dottor Luciani; e come deve fare un bravo medico.

F.P