



### “Teaching Humanistic Medicine” (dicembre 1983)

“Qualcosa, nella pratica della medicina, è andato per il verso sbagliato, e noi sappiamo bene di cosa si tratta. È curioso che in quest’epoca dominata dalla tecnologia e dal rapido progresso della medicina sia i pazienti che i medici si sentano reciprocamente respinti. Chiaramente, una delle radici del problema va ricercata nelle attuali caratteristiche del rapporto medico-paziente.

La tecnologia spinta disumanizza le cure; il fatto che i rapporti economici siano regolati da terzi (nazionalizzazione, mutualizzazione, assicurazioni), che le carte da scrivere siano infinite, che i processi per “malpratica” siano sempre più numerosi, disamora il medico: ma certamente la causa dell’insoddisfazione nei riguardi della medicina non sta soltanto nel paziente né soltanto nel sistema, ma anche il medico ha la sua parte di responsabilità”.

Queste parole introducono un interessante articolo apparso su “New England Journal of Medicine”, intitolato “Le reazioni del medico nei riguardi del paziente: una chiave per insegnare una medicina umanistica” (308, 1059, 1983).

L’articolo, a sua volta, non è che la presentazione e la discussione di un concreto programma di medicina umanistica, appunto, funzionante presso la “Mount Sinai School of Medicine” di New York, da alcuni anni. Il programma si integra nel corso di medicina, ed è stato istituito sulla base di una precisa ragione, per dei fini precisi, con un progetto metodologico preciso. La ragione risiede nelle seguenti constatazioni: “che le relazioni medico-paziente sono tese; che nella maggior parte dei sistemi di educazione fa difetto qualche cosa che fornisca una valvola di sicurezza alle intense reazioni degli studenti nei riguardi del loro curriculum educazionale e, in seguito, nei riguardi dei loro pazienti; infine, che nei programmi precedenti venivano trascurati il ruolo giocato dai sentimenti del medico e la strategia opportuna per controllare questi ultimi”. Il fine consiste nell’“aiutare lo studente e poi il giovane medico “resident”) a comprendere come i suoi sentimenti finiscano con l’influire sul trattamento che il paziente riceverà”. I metodi sono complessi e consistono in un insegnamento continuo, che co-

mincia nel primo anno di corso e prosegue, per i “resident” dopo la laurea, fatto:

a) di una “esposizione” dei principi della medicina umanistica; b) della integrazione degli elementi umanistici con gli elementi di tecnica medica (in modo che le due parti non risultino separate e non si riducano a mere esercitazioni); c) della proposizione di alcuni “modelli di ruolo” sofisticati e sensibili; d) dell’introduzione, nel gruppo universitario, di “psichiatri relazionali” (liaison psychiatrist).

Ci è sembrato che questa esposizione sommaria (un piccolo “Digest”) del contenuto dell’articolo, e una breve discussione degli elementi chiave a cui si riferisce il titolo - i sentimenti del medico e la possibilità di insegnare una medicina umanistica - potessero costituire un indiretto commento a quella parte relativamente consistente di questo numero che tratta di problemi di comunicazione: e cioè la rubrica di Majla Paci, alla sua terza puntata, sulla espressività dell’ambulatorio pediatrico, e il lungo “Digest” sulla consulenza psichiatrica in patologia psicosomatica.

Il primo punto può apparire, a prima vista, molto banale e, al limite, non pertinente. Cosa importano i sentimenti del medico? importano, inevitabilmente. La problematica del “paziente odioso” o della “famiglia odiosa” o della “famiglia psicosomatica”, il fastidio per la cosiddetta “madre apprensiva”, l’intolleranza per il “bambino insopportabile”, la frustrazione per il “malato senza speranza”, l’inconsapevole rifiuto nei riguardi del “malato difficile”, del “paziente ribelle”, l’umiliazione per i fallimenti, l’antipatia e la simpatia, il sadismo e la dipendenza, la sopraffazione e il bisogno di oblatività, l’amore e il disamore per il proprio mestiere, sono tutte componenti dell’essere medico e del far medicina, e non sono senza rilevanza sulle decisioni che il medico prende, sulle cure che il medico prescrive, sul come le decisioni del medico vengono accettate, sugli effetti che, comunque, questi sentimenti produrranno sul paziente. E certo riduttivo rifarsi ai concetti di “effetto placebo” o di “compliance” perché la faccenda è molto più complessa e pervasiva. Occuparsi dei

“sentimenti del medico” rappresenta un grande passo avanti rispetto alla diffusa voglia di “conoscere il malato” e alle insistentemente ribadite esigenze del medico e del personale paramedico di una migliore preparazione psicologica, in termini di programmi di “psicologia medica”. “Capire il malato”, o meglio, “capire la globalità del malato” costituisce uno slogan diffuso, certamente in parte giustificato, probabilmente innocuo (ma non del tutto, perché può produrre una invasione non desiderata nel privato del paziente e della sua famiglia).

Capire il malato è, ovviamente, un giusto e sano bisogno; ma può anche nascondere un desiderio di onnipotenza e di paternalismo che l’esercizio della professione giustifica solo in parte. Ma che prima di tutto il medico capisca se stesso, e sappia controllare i propri sentimenti, nei riguardi del malato, nei riguardi del proprio mestiere (e, se insegna, nei riguardi degli studenti e degli allievi), sembra assai più giusto e legittimo, e rappresenta comunque pre-requisito indispensabile (come la propria psicanalisi per lo psicanalista) a ogni umanesimo medico.

Nemmeno queste sono problematiche nuove: quanto meno si possono far risalire al 1957, anno in cui il dottor Balint ha dato alla stampa il suo “The doctor, his patient and the illness”. Tuttavia colpisce che negli Stati Uniti, paese pragmatico, e dove, con un basso numero di medici e molte gatte da pelare, non sembra avanzare troppo tempo per sofisticherie, si dedichi a queste cose un insegnamento organizzato (niente che assomigli a un “corso”, beninteso), e che da noi, al massimo, se ne faccia, come in queste righe, oggetto di elucubrazione. Un motivo che potrebbe apparire non irragionevole di questo relativo disinteresse, dimostrato per questi aspetti della medicina dall’Università italiana, può essere ricercato nel fondato dubbio che queste cose si possano realmente insegnare. Discutere questo secondo punto ci sembra di particolare importanza.

Si suole dire che l’apprendimento riguarda il “sapere”, il “saper fare” e il “saper essere”. Che, naturalmente, il primo “sapere” è, in un certo senso, il più facile, almeno il più facile da insegnare; che il secondo “sapere” costituisce già una meta difficile; che il terzo è probabilmente fuori dalle possibilità di ogni insegnamento non fortemente personalizzato.

Si dice ancora che l’apprendimento è innanzi tutto un processo attivo; che il movente principale e determinante dell’apprendimento è la motivazione; che non si impara se non quello che si vuole imparare.

Ancora si dice che apprendere vuol dire cambiare. Saper qualcosa di più, saper fare qualcosa di più, vogliono dire aumentare il proprio potere, e possono costituire un cambiamento desiderabile, un motivo, quindi, di “apprendimento attivo”.

Ma “saper essere”, divenire dunque, necessariamente, diversi da prima, può realmente interessare qualcuno? può rappresentare veramente la motivazione per un “apprendimento attivo”?

Il cambiamento di se stessi non è una cosa facile; diciamo pure che nessuno, sostanzialmente, vorrebbe cambiare se stesso; o meglio, che cambiare se stesso comporterebbe uno sforzo “teoricamente insensato”. Non si tratta infatti di diventare più forti, più intelligenti, più abili, tutte modificazioni stru-

mentalmente comprensibili; ma di aver gusti diversi, tendenze diverse, comportamenti diversi. Bisognerebbe pensare che uno che voglia “modificare se stesso” sia già, in realtà, diverso da quello che crede di essere; poiché non può darsi, all’infuori di un’ipotesi religiosa, altro desiderio in ciascuno, se non quello di essere e di comportarsi in armonia con la propria “vera” natura. Il desiderio di modificarsi è dunque l’espressione di una infelicità, resa evidente dal confronto con modelli diversi da sé, una infelicità fatta da una disarmonia tra il vero se stesso e il proprio comportamento.

È tuttavia vero che la vita e il mestiere ci cambiano di fatto. Qualche volta “in bene”, qualche volta “in male” (i due termini possono essere usati, indifferentemente, con un significato morale, con un significato esistenziale, o con un significato professionale); è vero d’altra parte che, specie durante l’età giovanile, è possibile modellarsi (anzi si viene modellati) paragonando (o essendo costretti a paragonare) la propria immagine con quella di modelli, scelti o proposti, di fantasia (il dr. Kildare) o reali (un collega, il padre, un insegnante, un amico). L’assenza di modelli adeguati può impedire di sviluppare questo o quel possibile progetto, questo o quel possibile modo di essere e dar luogo a un “prodotto diverso (incompleto) rispetto a quello che “avrebbe potuto essere”. Ognuno, d’altronde, ha diritto di scegliere i propri modelli, ma non potrà sceglierli fuori dal catalogo che le circostanze gli propongono.

Dunque: sapere e saper fare costituiscono gli strumenti del mestiere, e come tali vengono attivamente perseguiti, da studenti, specializzandi, medici interni, medici senza aggettivi, lettori di riviste di aggiornamento; saper essere (o più semplicemente essere, in questo o quel modo) è solo confusamente desiderato e costituisce il frutto di un modellamento nel quale si è, paradossalmente, meno attivi; è quindi ragionevole che tale modellamento venga a far parte di qualsivoglia disegno didattico, quindi di qualunque insegnamento, quindi anche di una rivista di aggiornamento (o di didattica) come questa.

D’altra parte, in questo “cambiare se stesso” possiamo riconoscere due gradi: un primo grado, ancora professionale e strumentale, che consiste non nell’essere diverso, ma nel “comportarsi meglio”, controllando le proprie pulsioni in modo da utilizzarne la parte positiva e neutralizzarne la parte negativa, e producendo un miglior rapporto col proprio malato e col proprio mestiere; e un secondo grado che, partendo da questa migliorata abilità professionale, migliori anche il proprio rapporto con la vita, la propria “qualità”. Ovviamente, questa separazione tra un primo e un secondo gradino corrisponde a una ipersemplicificazione almeno in parte scorretta: al miglior risultato circa il punto primo si può arrivare, infatti, mirando al punto secondo o, comunque, raggiungendo quest’ultimo anche per altra via.

La chiacchierata è stata un po’ lunga. Credo che possiamo concludere, riassumendo e semplificando il senso dei precedenti arzigogoli:

- che un’educazione di tipo umanistico che considera la possibilità di modellare positivamente gli studenti in medicina possa essere considerata (professionalmente! senza alcun tentativo di seduzione nei loro riguardi) da parte dei docenti universitari, che per farlo devono tuttavia ap-

profondire in se stessi il significato del proprio ruolo. In realtà questo modellamento avviene già, inevitabilmente, ma in maniera disomogenea, contraddittoria, non professionale;

- che anche ai mezzi di stampa spetta un ruolo legittimo nel modellamento del medico, modellamento che è possibile (anche se in misura sempre minore via via che si procede con l'età) "usque ad mortem";
- che lo sviluppo di una capacità di "affetto professionale" (che vuol dire in sostanza divenire capaci di controllare i propri sentimenti e di utilizzarli nel vantaggio del malato e del proprio rapporto con lui) corrisponde a una esigenza utile per tutte le professioni mediche, ma specialmente per il medico di base, pediatra e non; che quindi si tratta di una capacità che realmente "conviene" sviluppare tanto quanto quella di saper leggere una lastra, o fare un'anamnesi utile, o interpretare correttamente i dati del labo-

ratorio, o prescrivere l'antibiotico giusto; di una capacità, aggiungiamo, che non è del tutto insensato che questa rivista, dedicata alla pediatria di base, concorra, anche marginalissimamente, a sviluppare;

- che, oltre a questo fine primario (primario sotto il profilo professionale), si può anche immaginare che una maggiore attenzione al modo con cui ci si rapporta al malato e alla malattia possa forse produrre un "miglioramento di se stesso", cioè del proprio modo di vivere (di essere); ma questo non è certo esclusivo della medicina (poiché tutti, attraverso il loro lavoro, che è la vita, potrebbero, forse, trovare la via per "migliorare") anche se per il medico più che per gli altri ciò costituisce un bisogno realmente intrinseco al mestiere.

*Franco Panizon*

## Potere medico e potere politico (settembre 1985)

In questo numero ci sono tre lettere che rimettono ancora una volta in questione il problema del potere, dei doveri e dei diritti del medico; o, se volete, il problema complicato e complesso dei rapporti della medicina con la società. Rapporti che non sono "dati una volta per tutte", ma che si modificano col cambiare della medicina e col cambiare della società e che costituiscono, anzi, i punti chiave della storia della medicina e della storia delle società, la Storia con la S maiuscola.

È difficile negare che questi anni stiano vedendo in tutto il mondo una svolta critica (tutto è critico, di questi tempi) in questi rapporti, e che il protratto "avvio" della riforma costituisca un aspetto particolare di questa crisi nell'ambito della società italiana. La storia della medicina nasce, in Europa, cioè in Grecia, come storia di una confraternita, unita da un giuramento, che definisce i rapporti interni, coi confratelli, e i rapporti esterni, coi malati. Nel giuramento di Ippocrate sono definiti soltanto dei doveri: un'etica di comportamento che non ha simili per nessun'altra confraternita e che costituisce la garanzia per il paziente che affida il suo corpo al Potere del medico. Che non è totalmente potere solo in quanto è limitato dal fatto (peraltro essenziale) "di considerare il malato come fine e di non strumentalizzarlo come mezzo". In una società semplice, e fatta di pochi, il rapporto era individuale e questa regolamentazione superiore (certamente spesso infranta, ma mai negata) era sufficiente. (Inoltre il potere vero, quello sulla malattia, era molto limitato e in parte illusorio). Col passaggio del cuore della civiltà dalla Grecia a Roma, le cose inizialmente non cambiano; o, se cambiano, cambiano nel senso che la medicina diviene una funzione ancora più staccata dal potere, ancora più umile; è affidata agli schiavi (che è il massimo come simbolo della medicina come servizio). Ma già con l'editto di Cesare, che accorda a tutti i medici la cittadinanza romana, la classe medica si avvicina al

potere; si viene ristrutturando una medicina di stato (ordinamento degli studi, cariche ufficiali, "servizio sanitario gratuito" svolto dagli architetti popolari, organizzazione sanitaria, leggi igieniche) e la classe medica viene a godere di privilegi notevolissimi (cominciando dall'editto di Cesare che accorda a tutti i medici la cittadinanza romana, all'esenzione da alcune imposte, ai ruoli di consulenza politica attribuiti agli architetti palatini): il massimo, come simbolo dell'alleanza della medicina col potere.

Nel Medioevo, l'intervento medico torna ad essere inizialmente frammentario, e in parte anche, di nuovo, umile; ma di nuovo, a poco a poco, e sempre in un ambito di umiltà, si ricostruisce un'organizzazione sanitaria che fa capo alla Chiesa. Sono gli ordini di carità che, sempre più e sempre meglio, si assumono questo compito di "servire". E la Chiesa (come dice Ida Magli nello stesso articolo che ispira una delle lettere a cui questo editoriale fa eco) "mentre afferma di non perseguire nessun potere terreno rivendica il diritto-dovere di assistere i malati". Nascono così gli ospedali, alcuni dei quali con la strana formula degli ordini militari-ospedalieri (l'ordine di Malta) che rappresentano per sé (e nel simbolo) "la conferma del fatto che esercita il potere chi assume su di sé il diritto sul corpo dei sudditi, il controllo sulla morte".

Con la rivoluzione francese, e con il nuovo concetto di Stato che ne deriva, l'idea della medicina pubblica (stavolta laica) riprende nuova forza, almeno nell'ambito della teoria. Al "controllo sulla morte" viene sostituito (come oggi) il "controllo della salute" (molto più invadente).

Come al tempo di Roma, a cui consapevolmente o inconsapevolmente, nella forma e nelle istituzioni, la Rivoluzione e poi l'Impero si ispirano, servizio e potere medico si confondono. Nello stesso tempo, un po' come avviene ai giorni nostri, il medico, almeno in teoria, cessa di diventare attore e diventa strumento.

Cito Foucault, che cita a sua volta Sabarot de l'Avernière, un teorico della legislazione medica: "il medico non avrà più onorari da chiedere a quelli che cura; l'assistenza ai malati sarà gratuita e obbligatoria - servizio di cui la nazione s'incarica come di uno dei suoi compiti sacri -; il medico ne è solo lo strumento. Alla fine degli studi, il nuovo medico occuperà non un posto di sua scelta, ma quello che gli sarà stato assegnato secondo i bisogni e le sedi vacanti - in genere in campagna; quando avrà acquisito una certa esperienza, potrà richiedere posto di maggiore responsabilità e meglio pagato. Dovrà rendere conto ai suoi superiori delle sue attività e sarà responsabile dei suoi errori".

Ma nello stesso tempo in cui si fa del medico uno strumento, gli si affida anche il ruolo di guardiano, oltre che della salute, della democrazia: "il primo compito del medico è dunque politico: la lotta contro la malattia deve cominciare con una guerra contro i cattivi governi, l'uomo non sarà guarito se prima non verrà liberato". E più oltre: "chi dunque dovrà denunciare al genere umano i tiranni se non i medici che fanno dell'uomo il loro unico studio?"

Le cose si sono poi svolte diversamente, ma non tanto. Medicina e potere politico sono stati al tempo stesso tra di loro alleati e nemici (come, al loro tempo, la Chiesa e l'Impero), e si sono contesi e/o hanno co-gestito la salute dei corpi e delle anime. In questo senso, la recente vicenda della riforma sanitaria, il cui significato Ida Magli riconosce lucidamente, non costituisce se non un momento, un atto di una lunga rappresentazione, in cui la prevalenza del potere politico viene sottolineata nei fatti. In effetti (e come sempre), il gran parlare che ha preceduto questa "presa di potere", e che le ha dato l'apparenza di una rivoluzione culturale, è stato solo la cortina fumogena che ha consentito, tra la contentezza di tutti, che la politica ufficiale dei partiti, democraticamente investita di potere dal popolo sovrano, assumesse senza mediazioni la guida della enorme e costosa, ma anche fruttuosa, macchina del-

la salute. Purtroppo (o per fortuna; come sempre ogni cosa ha due aspetti) i politici (ma è giusto chiamarli politici? sono gli uomini del potere; ma cosa hanno a che fare con la politica, con l'essere "cittadini"? non hanno né la lucidità né il rigore né la pulizia d'intenti dei teorici. Questo è il motivo per cui il medico, che si è trovato con un potere gestionale improvvisamente svuotato, si trova costretto a scelte che non solo non sono le sue, ma che non può riconoscere per buone, poiché in genere non lo sono, e a cui deve sottomettersi o che deve combattere (e qualcuno combatte, e qualche altro si sottomette, e qualche altro ancora è egli stesso "uomo politico"); oppure si sente oggi in imbarazzo, costretto a fare male, e senza o con ridotta capacità di guida, il suo mestiere che è nello stesso tempo di curatore, di educatore e di politico.

Ma non è il caso di mettere i buoni da una parte e i cattivi dall'altra. Esiste, forse, una classe politica (fatta più di cattivi che di buoni, ma anche di buoni); non esiste invece, forse, una classe medica, nel senso di un gruppo con filosofia, interessi e posizione sociale comuni. Comunque, sia l'idea di classe politica che l'idea di classe medica corrispondono a una degenerazione: in entrambi i casi si tratta di istituzioni (o meglio di persone) il cui compito (o meglio la cui vocazione) era servire (né più né meno che per la burocrazia) e che poi (come la burocrazia) "si sono messe in proprio". Questo "mettersi in proprio" costituisce il tradimento e comporta la delegittimazione d svolgere il proprio compito; ciò che consente agli uomini del potere di parlar male dei medici e di usarli, e ciò che consente ai medici di parlar male degli uomini del potere e di cercare di usarli.

Ancora una volta la scelta vera non sta nel riconoscersi appartenenti a una classe, ma nel riconoscere o nel disconoscere la vocazione, o il compito originario.



## Il pediatra di base e il buon cuore (settembre 1986)

Un amico mio, un vecchio pediatra che mi ha insegnato i primi (in parte sbagliati, perché allora era tutto "sbagliato") rudimenti del mestiere, mi diceva qualche mese fa: vedi, io credo che la riforma si potrebbe fare, ma per farla occorrerebbe che tutti i medici facessero un mese di esercizi spirituali. Perché il punto (e non parlo solo della riforma, o della medicina, o della pediatria) sta lì: nel cambiamento del cuore. Non sono parole. Non sono soltanto parole. Credo davvero che le trasformazioni, molto più profonde di quello che forse appaiono alla superficie, nel vivere e nel convivere del mondo di oggi (e che spingono anche Gorbaciov, il leader del mondo "chiuso", ma nella stesso tempo, e forse per questo, l'unico leader "illuminato" del nostro povero mondo politico, a cercare di cambiare filosofia), impongano anche e prima di tutto una revisione del nostro "dentro"; della nostra posizione

di accettazione o non accettazione; una domanda, "pazzagliana", su cosa siamo e su dove andiamo.

Oggi sono in vena di citazioni e di discorsi indiretti. D'altronde, nella Tavola Rotonda di Montebelluna, che costituisce il nocciolo di questo numero, ci sono abbastanza discorsi diretti sul tema "Il pediatra di base e il buon cuore". Le citazioni che scelgo sono dalla "Repubblica" di oggi (oggi, 17 giugno; voi leggerete queste pagine tra qualche mese) e sono di Baget-Bozzo (direte: un prete! sì, un prete) sul servizio militare: ma ho già detto che il problema non è né solo della pediatria né solo della medicina.

Viviamo in una società in cui la differenza tra emarginati e inseriti cresce. E cresce anche l'indifferenza: il socialmente forte dimentica chi è al di fuori del suo perimetro; chi è emarginato accetta la sua differenza come un dato immodificabile.

L'indifferenza agli altri distrugge le ragioni della democrazia, che accetta l'uguaglianza sulla base della cura comune, di ciascuno per tutti e di tutti per ciascuno: l'uguaglianza suppone la fraternità". La Tavola Rotonda di Montebelluna (che pubblichiamo con un anno di ritardo, come molti degli articoli che ci arrivano; e cogliamo l'occasione di scusarci con i cari contributori) non ha perso col tempo di freschezza: e contiene, nella sua concreta spontaneità, sia proposte operative che spunti di sana conflittualità.

Le proposte operative sono:

- l'associazione tra pediatri di territorio per auto-aggiornamento, per coordinare il lavoro (guardia medica, laboratorio), per "diventare équipe" e colloquiare "da pari" con l'ospedale, per produrre ricerca;
- la collaborazione diretta dei pediatri di territorio con l'ospedale (nell'ambito del Day-Hospital);
- la coordinazione (gestita dal distretto, o dalla USL, o dall'ospedale di zona) delle attività preventive, che utilizzi su di un piano non concorrenziale, e a seconda delle disponibilità e dei bisogni, l'équipe territoriale e l'équipe ospedaliera;
- la gestione congiunta (e comunque l'organizzazione della gestione) delle urgenze pediatriche e non tra ospedale e pediatri del territorio (e tra ospedale e guardia medica territoriale);
- la "apertura" dell'ospedale e dell'università, non nel senso di "occupare il territorio, quanto nel senso di aiutarlo a organizzarsi, per una cultura unitaria".

Quanto agli aspetti conflittuali, questi vedono da una parte chi difende posizioni acquisite (il "socialmente forte") o chi si attesta su posizioni di tipo sindacale, di difesa di categoria e di interesse (intendiamo, interesse legittimo, e sindacalismo del tutto accettabile) e dall'altro chi propone o attua (sia dalla parte dell'ospedale, sia dalla parte del "territorio") quelle misure di aiuto reciproco ("di fraternità") che superano gli interessi (oltre che la vischiosità, la pigrizia, l'immobilismo) per "andare oltre". "La cura comune di ciascuno per tutti e di tutti per ciascuno" corrisponde a quella linea che nella Tavola Rotonda è stata definita volta a volta "utopia del possibile" o "utopia necessaria", e che forse dovremmo smettere di considerare necessariamente perdente e velleitaria. Anche perché, forse, è davvero "necessaria". C'è qui, in questi giorni, nella nostra Clinica, un giovane medico boliviano. In Bolivia la situazione dei giovani medici è molto peggiore che da noi. I medici sono molti anche lì (ma meno che da noi, circa uno ogni 500 abitanti), e disperati (i giovani): senza posto, senza lavoro, raccolti nelle città a fare aborti e altra piccola medicina-non medicina; mentre nelle campagne non c'è nessuno, in un Paese dove la mortalità infantile è del 200 per mille. Con pochi soldi (perché il disperato si accontenta di pochi soldi) lo Stato potrebbe, attraverso la medicina, che è un mezzo multimediale, trasformare il connettivo stesso dello società boliviana: invece non vuole (credo si possa proprio dire: non vuole) e tiene questi medici nell'isolamento morale, nell'accidia, nella perdita di speranze: uno forzo giovanile colpevolmente stracciato. Ritorno a Baget-Bozzo e al suo articolo sul servizio militare: "Ciò che la giovane recluta avverte è che, nella caserma, i suoi vent'anni si consumano co-

me cenere al vento. Egli chiederebbe di servire, domanda una motivazione ai suoi compiti. E quando li trova, li segue appassionatamente".

Da noi la situazione è profondamente diversa. La mortalità e la morbilità (quasi ce ne lamentiamo) sono molto basse. In un modo o nell'altro, tra proteste e critiche, non senza qualche raggio di parte, qualche guadagno illecito, qualche speculazione politica, qualche squilibrio, qualche stortura, l'assistenza al cittadino malato è buona, e la salute globale, anche al di fuori di quello che fa o può fare lo medicina, è effettivamente buona. Tuttavia, o a maggior ragione, i medici devono (ri)trovare il senso del loro lavoro piuttosto che perdersi nella difesa della loro (specificata, ristretta) categoria.

L'Ordine dei Medici si esaurisce nella difesa, non sempre giusta, né sempre obiettiva, della categoria dei medici. Le varie associazioni sindacali si esauriscono nella difesa di questa o quella sottocategoria, "gli universitari", "gli ospedalieri", "i pediatri di libera scelta", "i generici di libera scelta", "gli odontostomatologi" e via così. Si deve, ma non dico per conquistarsi il Paradiso, semplicemente per mantenersi il diritto e la possibilità di esistere, trovare un bersaglio, un fine "fuori di noi", un compito; come si diceva una volta: "un motivo dello vita". I giovani pediatri di base propongono una collaborazione e un'integrazione (e si capisce: sono "la parte debole"; ma solo in una certa misura, perché è in atto, nel mondo, una sorta di rivoluzione della medicina di famiglia, o dello medicina di base); e il moderatore della Tavola Rotonda (ahimè, sono io) ripete l'esortazione che il grosso ospedale (o l'università) rinforzi e arricchisca l'ospedale più piccolo; e che l'ospedale più piccolo (ma anche il più grande) rinforzi e arricchisca la medicina di base; ritrovando, ciascuno, il senso e il piacere di lavorare insieme, non "per sé" (che non ha senso, ma che è quanto si fa) ma per ciò che è, appunto, "fuori di sé". Io non credo che ci possano essere dei dubbi sul fatto che noi dobbiamo costruire un mondo. L'uomo lo ho sempre fatto, di costruire il suo mondo. In questo momento sembra che l'uomo abbia perso la speranza, e si adatti alla necessità (necessità che egli stesso ha creato, ma non sa quando). Quest'uomo rassegnato (mi vengono in mente i nostri giocatori ciondolanti di Italia-Francia, Mondiali 1986) sbaglia. Può, sicuramente, costruire un mondo dove ciascuno (cioè tutti, perché non c'è speranza per un mondo dove c'è chi sovraffa e chi è sovraffatto) viva bene. Per questo si può cominciare, come dice Berzioli in chiusura della Tavola Rotonda, con i "piccoli gesti"; e quei piccoli gesti possono anche essere sufficienti da soli. Riunirsi; per essere preparati (anche su eventi rari), per organizzarsi, per prevenire, per fare ricerca, per parlarsi. Chiudo con un'ultima citazione, sempre estratta dall'articolo sulle caserme, dedicato ai giovani: "I loro padri hanno esultato nello scoprirsi finalmente senza radici: hanno prodotto così una società in cui le relazioni non hanno forma e volto, hanno creato un cosmo di solitudini. I nati nella solitudine, intrisi di essa, cercano oggi le radici. È la domanda che sale dalla generazione che ha oggi vent'anni e che cerca ciò che, per chi l'ha preceduta, era da gettarsi nella pattumiera".

*Franco Panizon*