

Pediatria di gruppo

Riferendoci alla lettera "Per una pediatria territoriale sufficientemente buona" del dott. Arturo Alberti (*Medico e Bambino* 6/97), desideriamo anche noi fornire il nostro contributo in risposta al dott. Nuzzo.

Siamo d'accordo con chi afferma che la "molla" che porta a innovazioni significative è la "passione" per il proprio lavoro (piuttosto che un accordo sindacale).

La risposta alla solitudine del pediatra "single" nel suo studio noi l'abbiamo trovata non solo in un gruppo culturale ACP (ARP di Bergamo, affiliato all'ACP), ma anche nella "pediatria di gruppo" in quanto, da circa 4 anni, con un pizzico di incoscienza ma tanto entusiasmo, stiamo vivendo questa tanto "rara" esperienza.

Si può così riassumere (per avere maggiori dettagli si consiglia di rivedere l'articolo apparso su *Medico e Bambino* 3/95 dal titolo "La pratica di gruppo in pediatria ambulatoriale" e il "Focus" del 7/97): tre pediatri di famiglia al maschile (interscambiabili in caso di assenza temporanea o per ferie del collega), un'assistente sanitaria e una vigilatrice d'infanzia (presenti a turno in ambulatorio con l'obiettivo di svolgere non solo la normale routine di segreteria, ma anche, per dare alcuni esempi, di fornire consulenza telefonica qualificata, collaborare all'esecuzione di screening, eseguire e collaborare a terapie iniettive...), riunioni di équipe settimanali per organizzare e uniformare i metodi lavorativi, educazione sanitaria (linee guida per personale sanitario a uso interno allo studio, linee guida per genitori, pubblicazioni su riviste, testi per i genitori, incontri con gli utenti), collegamento informatico tra ASL e studio pediatrico (per prenotare visite specialistiche, esami di laboratorio e, in un prossimo futuro, per ricevere direttamente a video le relative risposte in tempi brevi) e collegamento informatico "in rete" tra pediatri e infermiere, ... e tante possibilità di sviluppi futuri tra cui, non ultimo, una maggiore autonomia nel self-help diagnostico.

Sicuramente è migliorata la nostra qualità di vita per il miglior uso della consulenza telefonica; l'accesso per l'utenza per 8 ore giornaliere (dalle 8 alle 12 e dalle 15 alle 19), e la sua soddisfazione, l'organizzazione del lavoro in modo da garantire l'accesso di casi urgenti; crediamo, in sostanza, che la nostra professionalità sia stata arricchita dal costante confronto e dalla disponibilità a valutare e modificare i propri compor-

tamenti; nel frattempo non è venuto meno l'entusiasmo di credere nel proprio lavoro.

La nostra esperienza ci porta a pensare che la "pratica di gruppo" possa essere un'esperienza positiva per i colleghi che vivono le difficoltà organizzative culturali del lavorare da soli.

È anche una risposta organizzativa ufficiale (la nostra convenzione ne prevede l'applicazione) che dovrebbe essere conosciuta, studiata e percorsa laddove le condizioni territoriali lo possano permettere.

Siamo a disposizione di chi voglia "vedere" o "sentire" dal vivo la nostra esperienza.

Biancamaria Marengoni,
Leo Venturelli, Gianni Caso,
Bergamo

Contratto e libera professione

In merito alla lettera del dott. Lixia pubblicata su *Medico e Bambino* (5/97) vorrei fare alcune osservazioni e, se mi è concessa la cortesia, porle all'attenzione dei lettori della rivista.

Chiedere al prof. Panizon se sia giusto o meno che nel rapporto tra medico di base e famiglia sia prevista la voce "libera professione" e ridurre questa al problema del pagamento delle certificazioni mi sembra quanto meno un modo superficiale di affrontare la questione.

La risposta migliore al problema la si evince dalla lettera del dott. Lamberti, guarda caso pubblicata sullo stesso numero di *Medico e Bambino*.

Migliorare la qualità del proprio lavoro vuole dire far tamponi faringei al letto dell'ammalato, fare subito un esame delle urine in ambulatorio quando il paziente ha 39 °C di febbre e bruciore alla minzione e non dopo 24 ore, fare le prove allergiche nel proprio studio visto che si conosce perfettamente la storia del paziente e si sa che cosa andare a cercare.

Senza considerare il tempo impiegato per effettuarle, tutte queste attività hanno un costo di materiali spesso elevato, per cui non dico che debbano essere pagate oltre il lecito, ma devono quantomeno essere rimborsate al medico. Questo alcune AUSL non lo hanno mai fatto, e da quest'anno nessuna lo farà mai più. Infatti, con la nuova convenzione, sono state depennate tra le prestazioni professionali aggiuntive (rimborsabili ai medici) sia i tamponi faringei sia i prick-test. Dobbiamo allora smettere di lavorare in un certo modo

solo perché c'è di mezzo un modesto e dovuto rimborso spese?

Il farsi pagare quanto non sia previsto in convenzione non credo possa rovinare il rapporto di fiducia tra medico e famiglia, può invece migliorarlo perché permette al medico di continuare a crescere in professionalità, garantendo ai pazienti un'assistenza ambulatoriale possibilmente completa.

Per finire vorrei ricordare al dott. Lixia e ad altri colleghi che, mentre noi ci poniamo mille problemi per chiedere quel poco che ci è consentito di chiedere per legge, le Regioni continuano a essere inadempienti in tanti aspetti che riguardano il nostro contratto (dai bilanci di salute non pagati alle indennità di informatizzazione previste e finora non concesse ecc.) e nel frattempo chi amministra le nostra AUSL non si vergogna certo di far pagare ai cittadini ticket veramente scandalosi per prestazioni non certo superflue quali le vaccinazioni facoltative, le ecografie ecc. Diamoci una salutare svegliata!

Roberto Sacchetti, Piacenza

Caro dott. Sacchetti, perché mi ha scritto? Non mi conosce abbastanza bene da sapere che non avrei potuto con/sentire con lo spirito della Sua lettera? A mia volta, mi sento imbarazzato, e fuori posto, a rispondere su un argomento che non riguarda la mia vita ma quella degli altri; in campi dai quali troppe cose mi tengono lontano, quello del sindacalismo e quello della deontologia formale. Ma, chiamato in causa, non posso sottrarmi a rispondere; a dire come penso che mi comporterei io, a rischio sicuro di essere considerato un moralista un po' ipocrita.

Prima di tutto: confesso che l'introduzione del principio di "libera professione" nei riguardi degli assistiti non è una cosa che incontra la mia approvazione. Io credo veramente che questa bella novità del regime libero-professionale, in sé degnissimo, sovrapposto e mescolato al regime convenzionale, costituisca un vulnus gravissimo allo spirito stesso del Servizio Sanitario Nazionale. Lo Stato svende ai medici il diritto di farsi pagare, di fatto a loro arbitrio, direttamente dall'utente, per risparmiare su di un congiunturalmente improponibile aumento delle retribuzioni.

Il contratto è stato firmato così, e nessuno ha bisogno della mia approvazione. Benissimo. Ciascuno che faccia prestazioni libero-professionali nei riguardi dei suoi assistiti è a posto con sé e con la legge, e non ruba niente a nessuno. Benissimo. Solo che, se io fossi stato il Ministro

della Sanità, non avrei firmato quel contratto. Non avrei nemmeno firmato il contratto coi medici ospedalieri che sancisce la legittimità della libera professione in Ospedale, nei riguardi dei ricoverati; clausola che, sebbene infame (sempre a mio personale modo di vedere), almeno separa nettamente due regimi e non comporta la confusione di prestazioni a pagamento e non a pagamento che lo stesso medico può proporre allo stesso malato.

Devo confessare che non riuscirei a superare l'imbarazzo, dicendo a un malato: «Beh, adesso Le propongo qualcosa di molto meglio di quello che Le do di solito gratis: questo però me lo deve pagare», «A prezzo di costo?», «Eh no, signora, c'è anche la professionalità». Perché non corrisponde a verità la giustificazione, dottor Sacchetti, che l'esame delle urine e le prove allergologiche e il tampone faringeo «hanno un costo materiale spesso elevato». È un costo nullo per i primi due esami, contenuto per il terzo, che l'Azienda Sanitaria farebbe molto bene a rimborsare, ma che il medico di famiglia (sempre a mio modo di vedere) dovrebbe comunque sentirsi tenuto a fare, non per rispetto del paziente, ma della sua propria professionalità.

Ove questa "sensibilità" fosse condivisa, suonerebbe evidentemente stonata anche l'altra domanda (retorica): «Dobbiamo smettere di lavorare in un certo modo solo perché c'è di mezzo un modesto e dovuto rimborso spese?». Lo dice anche Lei, dott. Sacchetti, che il rimborso spese è modesto; e, se è modesto, non si può proprio fare a meno di farne un problema? Quanti tamponi faringei uno farà in un anno? Cinquanta? Mezzo milione all'anno; più un tubo di labstix e una decina di flaconcini con gli allergeni più comuni (o il microscopio, comprato una volta per tutte, il fonendoscopio, l'otoscopio, lo stereotest, lo scoliometro, il podoscopio, il frigorifero, il "personal", che fanno parte, sicuramente, di un'attrezzatura di laboratorio non senza costo, ma che servono, come il telefono e l'automobile, e la lettura di riviste e la frequentazione di qualche congresso, a lavorare "in quel certo modo", che è l'unico possibile per un professionista, oggi). Ci si dirà che il contratto (che certamente sottende una deontologia e un'etica inespresse, da decodificare con chiarezza) non comprende il modo di essere medico. E allora, fate pure il medico come dice il contratto.

Ma che sto a scrivere! La risposta che io avrei voluto dare alla lettera del dott. Sacchetti la dà un altro pediatra, il dott. Conti Nibali, nella lettera che segue.

F.P.

Assistenza "in regime libero-professionale"

Subito dopo la firma della nuova convenzione per la pediatria di libera scelta avevo pensato di inviare la lettera che segue a *Medico e Bambino* per esternare le mie preoccupazioni; avevo poi rinunciato, forse per pigrizia. Leggendo la lettera di Giuseppe Lixia sul numero 5/97 ("Depressioni"), ho ritenuto di inviarla, anche per fare sentire meno solo il collega!

Il recente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la pediatria di libera scelta, pubblicato nel dicembre '96, credo abbia rappresentato una svolta, purtroppo negativa. E ritengo sia molto giusto parlare di contratto anche tra persone che, finora, hanno ritenuto questa come una faccenda "sindacale" e, perciò, da lasciare dibattere a chi di questo si occupa. Quando, però, al contratto si comincia a dare dei connotati che tendono a stravolgere (almeno come tendenza) la figura del pediatra "garantito" alla famiglia dal SSN, allora occorre parlarne e stabilire, in prospettiva, chi è d'accordo a proseguire su questa strada e chi no.

Devo dire che sono stato molto incoraggiato a scrivere queste cose dalla lettura dell'Editoriale del prof. Panizon "Tra tasse e spese", pubblicato su *Medico e Bambino* del gennaio '97. Mi sono ritrovato molto con Panizon e alcune frasi riportate nel suo scritto mi sembrano molto pertinenti rispetto a ciò che dirò.

La svolta che, io credo, si sta tentando di dare è quella di fare del pediatra di base una figura più libero-professionale che pubblica; più attenta al «fare di più (meglio?) per guadagnare di più», piuttosto che al «fare perché devi (è il tuo lavoro)». Si arriva così all'incredibile vicenda dei bilanci di salute pagati secondo accordi regionali, tanto per citarne una; mi chiedo: i bilanci di salute non fanno parte del nostro normale lavoro di routine? Non si devono fare sempre e comunque (comunque sei pagato, voglio dire)? Cosa vuol dire che in fase di trattativa decentrata regionale ti pago in più se li fai? Puoi fare bene lo stesso se non li fai? Se sì, allora sono inutili? Allora perché ti dovrei pagare per una cosa inutile? Mi devo aspettare che fra poco se i genitori mi porteranno un bambino per un dolore di pancia, "per convenzione" gli potrò palpare solo l'addome, l'ascollazione del torace sarà «a trattativa decentrata» o «in regime libero-professionale».

Un altro aspetto è, per l'appunto, la prestazione «in regime libero-professionale» nei confronti del tuo assistito, che

equivale a dire «se lo Stato non ci può pagare di più, i soldi ce li procuriamo direttamente dai pazienti». Così al genitore del bambino a cui tu proponi di fare il vaccino facoltativo («ridurre il tempo passato dai genitori lontano dal posto di lavoro» dice Panizon) alla fine dovrai chiedergli di pagare la tua prestazione. Così come, dopo avere condiviso con i genitori l'esigenza che i loro bambini facciano attività sportiva, gli chiederai ancora denaro per la certificazione che ti richiederanno. Il tutto in barba alla premessa scritta nello stesso ACN (che coerenza!): «il SSN demanda al pediatra di famiglia i compiti di prevenzione individuale(...), riabilitazione ed educazione sanitaria (...)».

Panizon scrive che «dobbiamo prendere risolutamente le parti dell'assistito» e che «il nostro compito primo è quello di proteggere la salute dei nostri pazienti, e anche, entro il giusto e il possibile, la loro borsa; e che sta a noi chiedere per loro alla comunità, prima piuttosto che considerarli una fonte di reddito». Io sono d'accordo, e credo che l'attuale ACN rappresenti solo l'inizio di una tendenza pericolosa, che mira esclusivamente a una difesa corporativista di una posizione sociale ed economica. Un ACN che per riuscire ad ottenere più soldi aumenta ancora il massimale a discapito (è troppo ovvio) della qualità delle prestazioni.

E allora? Io non ci sto. Per me non è cambiato nulla: continuo a fare i bilanci di salute, non sto facendo pagare ai miei pazienti né certificati, né vaccini e rilascio una ricevuta fiscale a costo zero. Mi hanno detto che è "concorrenza sleale"; ancora una volta *Medico e Bambino* mi aiuta a trovare la frase giusta (Sandro Spinsanti in "Bioetica del quotidiano": «Finché un medico può rispondere a chi gli chieda perché fa quello che fa, dicendo che lo fa per il bene del paziente, sa che può contare sul sostegno dell'etica medica a legittimare il suo operato»).

Credo che tanti altri non ci stiano. Basterà (ri)organizzarsi e puntare a un nuovo ACN.

Sergio Conti Nibali
Messina

Helicobacter: come curare

Mi dispiace fare una critica alla vostra splendida rivista, ma sinceramente nell'articolo "ABC - *Helicobacter pylori*", pubblicato sul numero di giugno '97 ho trovato grosse difficoltà a capire quale

sia la terapia consigliata. Ho capito che vi sono molti protocolli diversi e che nessuno è infallibile, ma da quanto pubblicato vengono date soltanto incertezze e/o messaggi contraddittori.

1. Si afferma che bisogna privilegiare i cicli brevi, ma nello schema si propone la terapia per due settimane (o questo tempo è riferito al solo tinidazolo? Da come è stampato è difficile capire).

2. Si afferma che l'uso dei sali di bismuto si sta dimostrando sempre meno utile, ma poi, poco più sotto, si racconta che il nuovo farmaco ranitidina+bismuto dovrebbe funzionare molto bene.

3. Viene riportato il "Consensus" dell'autorevole gruppo europeo sull'Hp, ma subito sotto viene stampato uno schema completamente contrastante: a) due antibatterici senza l'inibitore della pompa protonica, in prima battuta; b) ciclo di 14 giorni invece di quello consigliato di una settimana.

Infine, scusate, ma cosa significa "Bazzoli Therapy"?

Ancora grazie per il vostro impegno.

Franco Pozzolo

Ai tempi del liceo circolavano i "Bignami", volumetti che condensavano in poche pagine le nozioni di base dei vari insegnamenti: non erano certo l'ideale per approfondire le materie, ma servivano per avere velocemente un quadro completo e sintetico dell'argomento.

L'ABC dell'*Helicobacter pylori* voleva essere una sorta di "Bignamino", un breve compendio con poche notizie utili, essenziali e aggiornate su un argomento attualissimo, vasto e complesso. Sintesi e completezza sono però difficili da far convivere e forse alcuni messaggi sono risultati contraddittori. Tenterò pertanto di chiarirli, non prima però di avere affermato che anche alla fine del 1997 nel campo della terapia dell'Hp è possibile tutto e il contrario di tutto: qualche originale e illustre collega parla addirittura di terapia pentupla!

Ritengo che le "incertezze e/o i messaggi contraddittori" di cui si lamenta il collega Pozzolo nascano da un equivoco di fondo, a cui sono stato spinto da un esagerato desiderio di sintesi: la terapia dell'Hp è "a due velocità", una per gli adulti e una per i bambini. Determinati schemi di trattamento "breve" dell'Hp sono stati largamente provati da ampie casistiche di adulti e non ancora nell'età pediatrica, oppure nei bambini non hanno dato risultati superiori ai trattamenti più tradizionali. È infatti il caso della Bazzoli Therapy (dal nome dell'autore, un gastroenterologo della scuola bolognese), claritromicina-tinidazolo-omeprazo-

lo per 7 giorni, che anche il recente Meeting Europeo sull'Hp di Lisbona ha confermato avere ottime possibilità di successo (95% di eradicazione in una casistica di adulti).

Per quanto riguarda l'età pediatrica, è per ora confermata soltanto l'efficacia dei cicli bisettimanali.

Inoltre non va dimenticato che gli inibitori della pompa protonica, come l'omeprazolo, sono disponibili in formulazioni (capsule da 20 mg, indivisibili e "non apribili") problematiche per il bambino e, soprattutto, che non c'è ancora una vasta esperienza "ufficiale" dell'uso di questi farmaci in pediatria.

Passando ai sali di bismuto, confermo che sono sempre meno impiegati. Questo non vuol dire che il nuovo farmaco, la ranitidina-bismuto citrato, non possa presentare qualità intrinseche innovative.

In sintesi: c'è un atteggiamento abbastanza consolidato per la terapia dell'Hp nell'adulto che può, per semplicità, essere riassunto nella Bazzoli Therapy; non altrettanto si può dire per la terapia del bambino.

Concludendo, credo infatti che proprio le caratteristiche intrinseche dell'argomento Hp (nuove manifestazioni cliniche, ruolo della genesi del cancro gastrico, metodi "sicuri" di diagnosi, trattamento degli asintomatici, terapia "giusta") non consentano di fornire certezze granitiche su cui dormire sonni tranquilli: la questione è aperta e aspetta contributi da parte di tutti.

Andrea Lambertini

Dunque il dott. Pozzolo ha capito giusto: non c'è una "terapia consigliata"; l'ABC sull'*Helicobacter* è una di quelle storie aperte, in cui ciascuno può scegliere la sua soluzione, che possono non soddisfare proprio per la loro apertura. Ma mi pare che sapere che è così, sapere che ci sono cose su cui non c'è consenso, o meglio quali sono le cose su cui non c'è consenso, non è una acquisizione da poco. Sapere che non c'è una chiara superiorità di un tipo di associazione sull'altro vuol dire rendere relativamente indifferente la scelta.

Ma non è poi vero che l'articolo, pur seminando "doverosi" dubbi, non dia alcune sicurezze:

- a) che il trattamento deve essere "totale" (antiacidi+ 2 antibatterici);
- b) che nessun trattamento dà il 100% dei risultati, e che un trattamento vale l'altro e che, se il primo fallisce, un secondo, diverso e più protratto, va tentato;
- c) che gli antibatterici preferiti sono l'amoxicillina, la claritromicina, il metro-

nidazolo e il tinidazolo, associati a due a due (è ovvio che i due ultimi antibiotici sono reciprocamente alternativi);

d) che la famosa "Bazzoli Therapy" non è che una di queste alternative (claritromicina+tinidazolo+omeprazolo) per 7 giorni;

e) che vanno trattati fino a eradicazione i pazienti sintomatici (ulcera gastrica e duodenale);

f) che per i pazienti asintomatici non c'è una scelta condivisa (se trattare o non trattare), anche se l'Autore è orientato al trattamento, però dopo diagnosi confermata, e non solo sierologica.

E molte grazie per la lettera.

F.P.

Fluoro

Leggo nel lavoro di T. Basso pubblicato su *Medico e Bambino* (5/97) che conviene in Italia mantenere il vecchio dosaggio di fluoro per la profilassi della carie dentaria. Su un precedente numero della vostra rivista (5/96) erano riportati i nuovi dosaggi consigliati e la diversa durata della profilassi stessa. Il nuovo dosaggio era consigliato dall'Accademia Americana di Pediatria (*Pediatrics* 95, 777, 1995) che faceva proprie le indicazioni dell'Accademia Americana degli Odontostomatologi USA del 1995.

I nuovi dosaggi sono consigliati in funzione della concentrazione del fluoro nell'acqua potabile consumata. A me pare che queste ultime direttive siano più precise rispetto alle "vecchie" indicazioni. Che cosa ne pensate?

A. Rizzi, Romano di Lombardia (BG)

Come è d'altronde precisato nell'articolo di Basso cui Lei fa riferimento, le indicazioni più articolate della AAP dipendono da una maggior variabilità del contenuto in fluoro delle acque potabili negli USA, e sono intese a prevenire il rischio di fluorosi, mentre in Italia la (quasi?) totalità delle acque di acquedotto contengono livelli di fluoro molto inferiori alle temute 0,6 ppm. Rimane premessa indispensabile per ogni pediatra che ordini il fluoro conoscere il contenuto in fluoro dell'acqua potabile della città in cui lavora. Con queste premesse mi sembra di condividere le conclusioni del dott. Basso ripetendo l'eterno adagio che il meglio è nemico del bene.

F.P.