

Ossigenoterapia e retinopatia del pretermine: un problema etico mai risolto

M&B affronta spesso problemi etico-giuridici; vorrei conoscere il vostro parere su questo. In una perizia su un caso di retinopatia del pretermine, in cui ovviamente viene trattato il problema del danno della ossigenoterapia nel neonato prematuro, i consulenti tecnici d'ufficio (CTU), proff. Cacciari, Caramazza e Ricci di Bologna, sostengono questa tesi (in corsivo le loro testuali parole):

"1. Per l'ossigenoterapia esiste il consenso dell'avente diritto, nella specie trasferito ai genitori.

2. Mentre ai neonatologi non verrebbe mai in mente di non usare l'ossigenoterapia, (...) devono essere i genitori, e soltanto i genitori, a decidere se persistere nell'ossigenoterapia o ridurla anche mettendo a repentaglio la vita del piccolo paziente, poiché fra la morte e la cecità del bambino esiste un raffronto possibile, cioè che i genitori stessi sono capaci di intendere".

Chiaramente il CTU ritiene che la vita umana sia un bene disponibile, non già solo nelle mani del paziente (*voluntas aegroti suprema lex*), ma anche nelle mani dei genitori, i quali possono disporre anche in caso di danno possibile che, nel nostro caso, gli stessi CTU valutano a solo il 15%.

Un evento del genere (non inizio di cure) ci è posto dai Testimoni di Geova, i quali affermano che la non accettazione delle loro decisioni conculca la libertà religiosa; ma chiedo: è possibile e lecito cessare su richiesta dei genitori - stavolta per motivi di rifiuto della patologia possibile, anche se prevedibile in misura modesta - le cure necessarie (in realtà tutte le cure) per superare un evento acuto con il rischio, fra l'altro, di cagionare non la morte, ma un danno più consistente? Questo infatti accadrebbe, e non solo per la perizia di cui trattasi, se la tesi dei CTU bolognesi dovesse essere accettata.

Giancarlo Biasini, Cesena

La mia opinione è di scarso rilievo. Penso che qualcosa di giusto nella posizione del CTU ci sia: il trasferimento del consenso dell'avente diritto dal bambino ai genitori, perché questi sono i suoi migliori, anzi gli unici interpreti possibili della volontà del soggetto infante ("che non sa parlare"). Che questo non sia sempre vero è dimostrato non solo dal fenomeno del bambino maltrattato, ma anche dalla scelta dell'aborto nel bambino con malformazioni minori (è certo che l'interessato, se richiesto, non da-

rebbe il suo consenso alla autosoppressione per l'amputazione di un braccio, e nemmeno per una cardiopatia curabile). Questi esempi sono indicativi della necessità di introdurre un criterio quantitativo nel diritto di scelta. Occorrerebbe, in altre parole, essere quanto più possibile certi che la scelta venga fatta dal genitore "come se fosse per se stesso". Io credo che la maggior parte dei genitori preferirebbe, "per sé" di perdere la vista piuttosto che la vita; e preferirebbe di perdere la vita piuttosto che le funzioni cerebrali superiori. Dentro di me, dunque, giustifico una decisione contro la vita solo se la contrapposizione fosse la demenza.

Questo è purtroppo un elemento soggettivo che impedisce di porre delle regole certe. Nel caso che Biasini pone, io credo che il genitore non abbia il diritto di scegliere tra due rischi potenziali, se non in base a criteri empirici quantitativi (p.e. 90% di cecità contro 10% di morte, o viceversa).

Diverso è il problema dei testimoni di Geova. Questi mettono a confronto due beni incommensurabili: quello dell'anima immortale e quello del corpo, "la soma" da lasciare su questa terra; e lo fanno su criteri legittimi ma non necessariamente condivisi dall'infante. In questo caso la legge (perché di ricorso alla legge si tratta) deve proteggere la morale comune contro quella del singolo ("date a Cesare quel che è di Cesare"); ma questo è un problema, di fatto, già risolto nella prassi.

F.P.

Quale ruolo per il pediatra di base?

C'è un approccio normativo, un approccio culturale, e un "approccio combinato" alla risposta.

Nei nostri convegni partiamo solo dall'approccio culturale, pensando che dalla sostanza (le conoscenze scientifiche) possa scaturire la forma. La forma è "burocrazia", interessa i funzionari ASL, i sindacalisti, i politici; noi "voliamo alto".

C'è un "limbo" che non si considera cultura perché è organizzazione, ma che non può essere norma. Compare finalmente nel nuovo contratto della pediatria di base ma è affrontato come "dichiarazioni di intenti" e, sfuggendo a definizioni normative, è pericolosamente lasciato alla contrattazione regionale, potenzialmente aleatoria.

L'ACP deve allargare il campo del suo intervento culturale alla fattibilità del modello di cura ambulatoriale, oltre il saper fare e il produrre conoscenze scientifiche in ambito ospedaliero.

Dobbiamo cercare di capire come si forma e si struttura la "non volontà" di risolvere alcuni risolvibili problemi che consentirebbero una reale diffusione di un modello di cura ambulatoriale. Modello che, essendo semplice e altrettanto (se non di più) efficace del complesso modello nosocomiale, potrebbe portare a una profonda ristrutturazione del modello attuale e al ribaltamento dell'attuale sistema di cura (non più secondo il riduttivo e superato schema "prevenzione anziché cura", ma secondo la "educazione alla salute" in ogni momento dell'intervento sanitario).

Un approccio normativo già da solo ci aiuterebbe a capire le ambiguità esistenti in questo lavoro che sono un freno, potenziale ma oggettivo, ai cambiamenti che potrebbero scaturire dal miglioramento delle conoscenze scientifiche in pediatria ambulatoriale.

□ Il medico di base ha un enorme potere: è il raccordo tra le varie componenti del sistema sanitario ed è il principale induttore della spesa sanitaria.

□ C'è collusione tra pediatri incapaci, pediatri in mala fede, mondo ospedaliero, mondo universitario, industria, "imprenditoria sanitaria", apparato burocratico-istituzionale locale, regionale, nazionale.

□ È funzionale mantenere in uno stato di sudditanza psicologica il pediatra di base rispetto al mondo ospedaliero-universitario e al tempo stesso remunerarlo molto meglio, per tenere le due componenti in uno stato di subconflitto permanente (invidia del sapere verso invidia del guadagno).

□ Si mantiene alto il guadagno del medico di base, al di fuori di qualunque controllo di qualità delle sue prestazioni. "Abituato" il medico di base a guadagnare la stessa cifra a prescindere da quello che fa, si è creato un potente limite "psicologico" al cambiamento.

□ Si rende difficile l'applicazione normativa delle conoscenze scientifiche ostacolando un diverso modello organizzativo, che spesso è imprescindibile per una loro applicazione. Le innovazioni lo farebbero lavorare meglio, ma potrebbero farlo lavorare di più e guadagnare di meno, perché organizzarsi costa in termini economici oltre che in termini di lavoro intellettuale: si è creato un limite "economico" al cambiamento.

Così il limite al cambiamento non è legato a incapacità professionale, a scarsa remunerazione, ma è il doverlo accettare per "abnegazione", o per "soddisfazione professionale" o di altra natura (politica, rivincita contro il mondo accademico, personale, "pazzia").

□ Rendere il più difficile possibile la diffu-

sione di un differente modello di approccio alla diagnosi e cura consente di mantenere entro limiti di controllo la capacità culturale dei medici di base tanto da non disturbare l'industria e l'imprenditoria sanitaria che reggono le loro fortune economiche sulla loro capacità di dare risposta ai bisogni di salute.

□ Il nostro sistema sanitario è largamente imperfetto e ha più bisogno di sottosistemi che funzionino il meno peggio possibile più che il meglio possibile, perché, se un sottosistema funziona bene, questo potrebbe essere una spinta (o diventare un "obbligo") a far funzionare bene le altre componenti del sistema.

Solo con un approccio integrato (le norme, la cultura, l'organizzazione) noi possiamo realmente modificare la pediatria ambulatoriale.

**Pasquale Causa, Luigi Cioffi,
Patrizia Metafora, Napoli**

Trovo molto importante questa lettera (che mi sembra come la prosecuzione, da un'altra ottica, del discorso di Berzioli sulle difficoltà della Pediatria Ospedaliera, "stretta tra la Pediatria di base e la Pediatria Universitaria") e spero che aprirà un dibattito altrettanto fruttuoso quanto lo è stato quello sui lattini e forse quello sui vaccini che fa la parte del leone nell'epistolario del numero di dicembre.

Più che una lettera è il "Manifesto della nuova pediatria ambulatoriale e dei suoi sviluppi verso la medicina ospedaliera e di comunità".

In qualche posto di questo numero potete trovare, nella rivista rubrica "Digest", recensito un "Current topic" da Archives of Disease in Childhood, intitolato "Pediatria ambulatoriale: in marcia verso una nuova direzione". Questo testo indica chiaramente che i problemi sono gli stessi in Italia, in Inghilterra, in Spagna e negli Stati Uniti. Significativamente, laggiù, la Ambulatory Pediatric Association ha votato una mozione per cambiare il nome in Associazione di Pediatria Generale, "rubando" (in analogia a quanto sta accadendo nella medicina dell'adulto) questa proprietà fondante (il "generalismo") all'Ospedale, inchiodato alla filosofia delle superspecialità.

In effetti, le prospettive per questa occupazione ci sono tutte, anche da noi; forse non se n'è ancora raggiunta una sufficiente maturità culturale (da parte dell'insieme dei pediatri di famiglia) e forse non si è ancora raggiunta la consapevolezza (da parte dei pediatri ospedalieri) della possibilità di questo (incipiente? possibile?) passaggio di ruoli: ma si sente che le cose possono cambiare; e sarebbe urgente approfondire il te-

ma, e considerare le possibilità di un rinnovamento "guidato", prima che la pediatria ospedaliera muoia asfittica e/o che la pediatria di famiglia perda il suo momento.

Naturalmente le cose (la strutturazione attuale delle cure, e quindi le prospettive di evoluzione) sono molto diverse nelle diverse realtà: diverse in Inghilterra, dove le cure primarie in pediatria sono prerogativa del general pediatrician al quale la struttura assistenziale statale, molto diversificata e con notevole sviluppo della pediatria di comunità, deve offrire un supporto di consulenza e di servizio, e dove, magraddo la Thatcher, c'è uno spirito di collaborazione tra funzioni e strutture; diverse negli Stati Uniti, dove i pediatri sono liberi professionisti ad elevato grado di specializzazione, senza grandi scambi con le strutture ospedaliere, e men che meno con i servizi assistenziali; diverse in Italia dove il pediatra di famiglia è responsabile delle cure primarie e in prospettiva è il naturale alleato del pediatra di comunità e il concorrente del pediatra ospedaliero. Tuttavia questi venti di rinnovamento, queste avvisaglie di cambiamento di clima (o di mutazione genetica) soffiano nello stesso senso dappertutto.

La lettera di Causa, Cioffi e Metafora non indica le linee possibili per operare un "diverso modello organizzativo" (io riproporrei fortemente quello inglese, di cui si fa cenno sia nell'articolo sopra citato, sia in quello a cui si riferisce l'editoriale del numero scorso, modello che comprende una ristrutturazione coordinata di tutto il sistema ospedaliero): ma sottolinea gli ostacoli a tale rinnovamento: la collusione di pigrizia, miopia, e rendita di posizione a tutti i livelli, del pediatra di famiglia, ospedaliero, universitario e del burocrate locale, regionale e nazionale. Sono ostacoli forti.

F.P.

Trapianti: il nuovo che avanza

Il primo bambino leucemico che è arrivato a Trieste dalla ex Jugoslavia dopo la pace di Dayton ha sperimentato sulla sua pelle (su quella del portafoglio dei suoi genitori) che, finita la guerra, finiva di colpo anche la solidarietà dell'Europa. Non poteva essere considerato "rifugiato da zona di guerra" come tanti altri bambini che avevamo curato gratuitamente, e quindi al momento del ricovero i suoi genitori hanno dovuto depositare un anticipo di qualche decina di milioni.

Avendo trovato un donatore di midollo HLA-compatibile in Lombardia, ha potuto sperimentare un'altra novità. L'espianto di midollo da eseguire in ospedale lombardo

veniva a costare altri 16 milioni. Ho protestato con il presidente dell'ADAMO, che ha condiviso il mio sdegno, ma non ha potuto aiutarmi. La famiglia, supportata da amici generosi, ha pagato il dovuto; il trapianto alla fine è stato eseguito e il bambino sta per tornare a casa in condizioni che fanno sperare il meglio.

Il 4 luglio u.s. dagli Ospedali Galliera di Genova è stata inviata al mio Istituto una bozza di convenzione per il tariffario degli espianti di midollo in favore di cittadini stranieri. Ho trovato finalmente una spiegazione a quella che avevo considerato una "rapina". Il Registro Italiano per i Donatori di Midollo, insediato presso gli Ospedali Galliera, propone un tariffario per gli espianti di midollo che contempla minuziosamente ogni atto che concerne il prelievo di midollo. Perfino il colloquio tra i medici dell'équipe e il donatore risulta valere L. 480.000: ai sensi del ex DPR 17/2/92 ... medico, psicologo, medico legale e sanitario di fiducia ecc. raccontano al volontario cosa lo aspetta e si convincono della sua meditata scelta di donare. La descrizione delle prestazioni non è così minuziosa da farci sapere quanto vale la stretta di mano iniziale, l'eventuale pacca sulla schiena di incoraggiamento ecc.

Dopo tanti anni in cui consideravo erroneamente che i rapporti umani che si instaurano tra medico e paziente e paziente-donatore fossero un tutt'uno con la prestazione medica, mi rendo conto che ho mancato di fatturare per decine di milioni in favore del mio ospedale. Attendo con una certa ansia quali saranno le prossime mosse della mia Amministrazione per non perdere introiti dai miei colloqui con le famiglie dei pazienti: un conta-scatti con diverse aliquote a seconda delle circostanze (buone notizie, cattive notizie senza partecipazione emotiva, cattive notizie con lacrima...)?

Il fatto che siano sei le persone (pagate) che devono parlare col donatore sembra non configurarsi quale "tutela del donatore" come nel testo della convenzione, ma piuttosto come un tentativo di risposta al problema della pleteria medica.

L'atto del prelievo in sala operatoria, che a Trieste (e credo dappertutto) prevede l'opera di un anestesista e di una sua assistente, di due medici e di una o due infermiere per 1-3 ore, con consumo di materiale a perdere del costo di circa un milione (quattro aghi da espianto, una sacca da prelievo e un po' di siringhe, eparina e un paio di flaconi di soluzioni), viene fatturato L. 14.594.000 come pare consigliato dal GITMO (Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo). Nel computo vengono inclusi 4 gg di ricovero ordinario (L. 3.551.000 al giorno!? in terapia intensiva?)

più uno di DH. Mi domando quanti donatori siano rimasti in ospedale tanti giorni. Ricordo un ragazzo con sarcoma che il giorno stesso dell'espianto (midollo autologico) volle andare a giocare a calcio. In realtà la maggior parte dei donatori (soprattutto adulti) preferisce rimanere a letto la notte successiva per i dolori in sede di espianto, ma ovviamente non in terapia intensiva.

Non chiedo risposte alle mie domande, perché le conosco tutte.

1. All'estero i prezzi sono anche superiori. Bene, ma non è detto che bisogna copiare anche il peggio dagli altri. I colleghi americani hanno anche stipendi superiori ai nostri. Bob Gale nella sua autobiografia descrive il suo risveglio: prende un succo d'arancia e poi un tuffo nella sua piscina californiana; quindi va in ospedale con la sua macchina di grossa cilindrata. Io bevo un succo d'arancia (e mangio anche un crostino con la marmellata) ma poi, se la mia macchina con vent'anni di vita non parte, prendo l'autobus. L'idea della reversibilità è comunque perversa. Noi non ci aspettiamo di vendicarci dei tedeschi o degli inglesi che hanno fatto pagare salati gli interventi sugli italiani; i bambini che vengono a farsi trapiantare in Italia vengono dai Balcani o dal Medio Oriente. Io una volta sono andato a Belgrado a collaborare a un trapianto di midollo. Portavo in una grossa valigia tutto il materiale, tutti i farmaci necessari per un mese di terapia (o almeno il 90% del fabbisogno). Il costo di tutto ciò era di poco superiore ai 10 milioni di lire.

2. La tutela del donatore va salvaguardata, ecc. ecc. Io i trapianti non li ho imparati per corrispondenza e credo di conoscere tutta la procedura nei minimi dettagli. Le misure che salvaguardano la sicurezza del donatore e le forme di comunicazione che garantiscono che il suo dono sia spontaneo, non mercenario, non pressato da coercizione di qualsiasi tipo, non costano certo tanto. Non credo che nessuno dei sei saggi che lo informano come da regolamento abbia mai pensato di dirgli anche una verità imbarazzante: tu doni gratis, noi ci guadagniamo un sacco di soldi.

La lobby dei trapiantatori (che ora mi inimico) anche per interventi su pazienti italiani sembra voler gonfiare le cifre. La logica del DRG pare imponga ad ogni specialista l'arte del mendacio nei confronti del ministero. Io non riesco a spendere più di L. 50 milioni per un trapianto, mentre il DRG attuale propone un vantaggio L. 70 milioni. So che miei illustri colleghi pensano sospirando al mezzo miliardo nordamericano e che stanno cercando di convincere chi di dovere che un trapianto dovrebbe costare almeno L. 100 milioni ...

Al di là del guadagno per l'istituzione che esegue l'intervento, del prestigio di chi sa compiere un simile prodigio tecnico, credo che ciò abbia anche un effetto deterrente sulla concorrenza. So di amministratori che hanno bloccato progetti di trapianto di midollo dopo aver saputo che costa più di quanto renda in termini di DRG.

Non penso che noi trapiantatori (e gli amministratori che ci stanno dietro) siamo più cattivi e avidi di altri colleghi; temo che questo modello (che è l'unico che conosco bene) sia emblematico di un nuovo modo di fare Sanità.

Il modello ci viene da fuori, da un'Europa che rappresenta più i mercanti che i filosofi, e prevede non il pareggio di bilancio ma addirittura il profitto. Ricordo un collega che durante uno stage in America aveva imparato a definirsi "scientist" piuttosto che "medical doctor" per evitare di essere guardato con il disprezzo che si riserva agli avvocati o ai venditori di macchine usate. Spero che non mi tocchi in futuro di vedere un paziente che controlla se ha ancora l'orologio dopo avermi stretto la mano.

Mario Andolina, Trieste

La lettera di Andolina è provocatoria e paradossale, ma ha la sua sostanza; il suo peso di verità. Io non ho antipatia preconcetta per i DRG, intesi come un tentativo di misura obiettiva e neutra della quantità delle cure effettivamente fornite, necessaria, forse (ma forse no), per evitare gli sprechi e gli abusi; ma sapevo da sempre che non sarebbero stati né obiettivi, né neutri, né innocenti, né infallibili; e li ho chiamati, se non ricordo male, i coperchi del diavolo, ricevendone critiche e ironie. Bene o male, il denaro è lo sterco di Satana, ed è difficile che non sporchi chi ci pensa troppo; ed è impossibile non pensarci se al denaro, ai DRG, al sistema "make or buy" e/o al sistema "sell/purchase" è legata la possibilità stessa del tuo lavoro.

F.P

Dimissione precoce del neonato

Invio, in qualità di Presidente della Associazione Pediatri Extraospedalieri Genovesi (APEG), questa lettera sulla "dimissione precoce" del neonato. Vi saremmo grati, se lo riteneste opportuno, di pubblicarla almeno in parte. La lettera è divisa in due parti: la prima scherzosa, la seconda più seria e probabilmente più noiosa.

Stiamo facendo compilare dai genitori dei bambini di età inferiore all'anno un questionario. L'elaborazione dei dati delle prime 460 schede ci dice:

che il 61% delle madri ha avuto un corso di preparazione al parto e che per il 72% lo ha ritenuto utile;

che solo il 9% delle famiglie con un bambino piccolo ha un convivente, nonno, zio o figlio, in grado di essere di aiuto;

che solo il 30% delle mamme ha avuto contatti con il pediatra di libera scelta;

che solo il 10% delle donne che hanno avuto un parto eutocico sarebbe favorevole alla dimissione precoce dopo il parto.

Cogliamo l'occasione per esprimerVi la nostra stima e considerazione per quanto avete fatto e continuate a fare per la pediatria italiana.

Parte I. Io non ci credo: ovvero, se i neonati potessero parlare (il punto di vista dei neonati)

Ecco un ipotetico dialogo tra due neonati in ospedale

1° neonato: lo sai, sono nato ieri e domani me ne vado già via!

2° neonato: io non ci credo! Quando è nata la mia mamma, di neonati ce n'erano tanti, eppure stavano in ospedale cinque giorni e anche di più. Adesso ne nasce uno al giorno per miracolo. Figurati se ci mandano via!

1° neonato: sì, sì. Ce ne andiamo davvero! peccato, perché ci stiamo appena abituando a questo nuovo ambiente; e poi... la mamma è così stanca! Penso che non ce la possa fare a darmi il suo latte. A casa è tutta sola e ho anche un fratellino di due anni che la sta facendo disperare. Non ha nessuno che la possa aiutare a casa.

2° neonato: non posso proprio credere che ci mandino via!

1° neonato: eppure è proprio così!

2° neonato: e se non si accorgono subito di un disturbo al cuore? o se respiriamo male? o se ci venisse un'infezione (come è capitato a una nostra amica in America)? o se mamma e papà non si accorgono che diventiamo tanto gialli da aver poi dei problemi al cervello? Mi hanno detto che in alcuni Paesi è già successo! No, non credo proprio che ci vogliano mandare via. E poi, scusa, i grandi si lamentano che i bambini sono sempre meno, per cui non faranno correre qualche rischio proprio ai neonati "sani"? E per gli screening, come fanno? Lo sai che dopo due giorni non sono sicuri. Non avranno mica il coraggio di rifarci un "buco" dopo qualche altro giorno. Poi, noi abitiamo in un posto in campagna, bello, ma lontano dall'ospedale, e mia mamma non guida. No, non credo proprio che avranno il coraggio di mandarci a casa dopo 1-2 giorni.

1° neonato: eppure è proprio così: forse se votassimo, ci terrebbero in Ospedale ancora qualche giorno. Dicono che ci mandano a casa per rendere la medicina più umana! Per me, vogliono solo risparmiare sulla nostra salute e su quella delle nostre mamme.

Parte II. Lettera aperta ai colleghi, ai manager, ai politici, e, soprattutto, ai futuri genitori (il punto di vista dei pediatri di famiglia)

Da un po' di tempo c'è in giro una notizia che ci allarma: la dimissione precoce (entro 48 ore) del neonato "sano".

Negli USA ciò avviene ormai da tempo, motivato da considerazioni finanziarie piuttosto che familiari o mediche, e gli assicuratori rifiutano sempre di più il pagamento di una degenza ospedaliera che superi le 24 ore per un parto a termine.

In questi ultimi anni, però, negli USA stanno facendo marcia indietro, dopo che sono accaduti gravi danni, con conseguenti problemi giudiziari, a causa di una precoce e intempestiva dimissione. In tre stati: Maryland, New Jersey e North Carolina sono state emanate nel 1995 leggi che impediscono la dimissione della neo-mamma prima di 48 ore (98 ore in caso di parto cesareo). Le principali organizzazioni pediatriche e ginecologiche raccomandano tempi di degenza più lunghi o almeno dei criteri "minimali" prima della dimissione, che difficilmente possono essere soddisfatti in 48 ore.

In varie occasioni noi italiani siamo stati bravi a imitare gli errori delle altre nazioni proprio quando queste vi vogliono rimediare. Temiamo, pertanto, che qualche azienda ospedaliera o qualche regione faccia presto una delibera o una legge o "spinga" i colleghi neonatologi a far dimettere precocemente i bambini con la minaccia di un ridimensionamento o di chiusura dei reparti per "mancato" guadagno economico. Pertanto noi pediatri di "famiglia" temiamo che un bambino cosiddetto sano possa diventare a "rischio" se dimesso troppo precocemente perché spesso non si vedono subito:

- certe malformazioni cardiovascolari che sovente si evidenziano 3-5 giorni dalla nascita;
- ittero: negli USA sono stati descritti negli ultimi 4 anni 22 casi di ittero nucleare "kernicterus" (in precedenza virtualmente scomparso);
- ostruzione gastrointestinale;
- malattie metaboliche;
- crisi di apnea;
- infezioni.

Inoltre:

- minore sicurezza degli screening neonatali per fenilchetonuria e ipotiroidismo;

- scarsa preparazione all'allattamento al seno;
- ridotte opportunità di preparazione dei genitori in popolazione ad "alto rischio".

È per tutto questo che da 1 al 10% dei neonati a termine vengono ricoverati nuovamente in ospedale nella prima settimana di vita. È stato da taluni affermato che sono proprio le mamme a voler tornare a casa subito dopo il parto, ma ciò non ci risulta. Infatti abbiamo fatto compilare un questionario a oltre 600 mamme di bambini di età inferiore a 1'anno, da cui scaturisce che quasi nessuna vorrebbe una dimissione precoce. Ed allora perché la dimissione? Abbiamo così pochi neonati: perché non ce li teniamo cari e ben accuditi?

Alberto Ferrando, Genova

È sempre fastidioso parlare dei fatti propri. Ma tant'è. Due anni fa ho subito un intervento al torace. Certo, in Ospedale, se non altro per "collegialità", ero trattato "che meglio non si può". Ma (già dopo i primi giorni) l'attesa della dimissione era diventata disperata e, dopo una settimana, le dimissioni hanno rappresentato l'evento più radioso in assoluto del mio ultimo lustro.

Delle mie due nuore, la prima è scappata dall'Ospedale quasi con la placenta ancora attaccata, e la seconda, più conformista, si è lasciata dimettere in terza giornata. Mia moglie invece, quelle due o tre volte che è stata ricoverata, sarebbe stata sempre volentieri un giorno in più. Questo per dire che i punti di vista delle persone e i relativi "vissuti" dell'ospedalizzazione (e, viceversa, dell'accoglienza domestica) sono molto diversi: e che forse un atteggiamento più libero in passato avrebbe La dimissione precoce corrisponde a una ideologia di segno diverso ma quasi altrettanto pernicioso di quella, sino a ieri tanto più volentieri coltivata, della dimissione tardiva. Come tutte le ideologie è stolido per la sua rigidità. Solo il 10% delle donne la desidera? la si riservi, per ora, a quel 10%: ci sarà un 10% di comodità e spazio in più per le donne che desiderano prendersela un po' più comoda. È erroneo (e tendenzioso) credere (o far finta di credere) che ci sia un risparmio nella degenza abbreviata: semplicemente, non c'è guadagno in una degenza protratta. Questo era vero ieri (quando il timore maggiore era quello del reparto vuoto) ed è vero oggi (quando il timore più forte è quello del "ricovero non riconosciuto" o del "ricovero a bassa resa"). È certo, in termini generali, che ridurre l'utilizzo dell'ospedale per acuti ai soli "tempi utili", con forzature e anche senza, ha rappresentato un grande progresso "umano" per il bambino malato (e per la

sua famiglia); e anche per il medico. E perché, se condotto con prudenza e buon senso, non lo dovrebbe essere anche per il "neonato sano"?

Quello che però non riesco a guardare senza sospetto (mi dispiace se adesso dirò forse qualcosa di scortese ai gentili corrispondenti; ma guai a chi teme troppo di essere sgradito) è questa resistenza del pediatra di famiglia come categoria alla dimissione precoce: a quella dopo il parto come a quella dopo la broncopneumonia. Mi viene difficile pensare che davvero sia preoccupato della cardiopatia nascosta del neonato 1° o dell'ittero del neonato 2°, o dell'allattamento al seno (notoriamente sfavorito dalla ospedalizzazione). Il principio della condivisione delle cure, la gratificazione della "presa in carico" (massimamente se si tratta di un neonato appena sfornato, con tutti i bisogni che la fantasia sfrenata del medico tende ad attribuire alla famiglia in formazione) offrono dunque un po' meno attrattive di quanto si sia comunemente disposti a sottoscrivere. E temo che queste attrattive siano offuscate non tanto dall'interesse, quanto dalla pigrizia. Di più: temo che la difesa sindacale del mestiere di pediatra sia diventata ormai, come tutto ciò che è sindacale, troppo "materiale" per essere vera e troppo conformista per essere condivisa. Visto che, anche se esce così tardi, questo è teoricamente il numero di Capodanno, Vi regalerò dunque, per Capodanno, un breve discorso sul Tao, che un po' c'entra e un po' non c'entra (ma cosa importa se c'entra o se non c'entra) con il discorso che stiamo facendo. È tolto da un libro di Citati, "La luce nella notte":

"Se avessimo chiesto a Chiang-tzu cosa odiava di più, avrebbe risposto senza esitazioni: "La linea retta", che le mani degli uomini incominciavano già allora a tracciare sulle cose, per sottoporle alla geometria dell'intelligenza. "Chi si serve della sagoma, della corda, del compasso e della squadra per rettificare, offende la natura: chi fa uso della corda, dello spago, della colla e della lacca per consolidare le cose, va contro la logica, va contro la loro qualità: chi piega gli uomini con il rito e li fiacca con la musica, chi li protegge con la bontà e li tiene uniti con la giustizia, questi corrompe la loro natura originaria" egli dice. La più perversa incarnazione della linea retta è la morale. Prima che qualcuno la inventasse, gli uomini andavano per la giusta strada senza conoscere il senso del dovere: si amavano l'un l'altro senza professare l'ideale dell'amore umanitario: erano sinceri senza sapere cosa fosse la lealtà; erano di parola senza conoscere il valore della fiducia".

F.P.