

# IL TAO E LA SINDROME DEL PEDIATRA INQUIETO

FRANCO PANZON

Professore emerito, Dipartimento di Scienze dello Sviluppo e della Riproduzione, Università di Trieste

Questa sindrome perseguita il pediatra almeno dal 1977, anno in cui F. Royer, uno dei pochi grandi nomi della pediatria di allora e di oggi, ha scritto un editoriale con questo titolo sugli allora prestigiosi *Archives Françaises de Pédiatrie*. Varrebbe la pena rileggerlo.

A sua volta, Royer si rifaceva a scritti statunitensi degli anni Sessanta sulla "sindrome del pediatra stanco e demotivato", stanchezza e demotivazione originate da tre fenomeni oggettivi: 1) la denatalità; 2) il cambiamento dei bisogni reali di salute, dovuto all'abbattimento della numerosità e gravità delle malattie infettive e alla nascita di nuovi bisogni, frutto del progresso scientifico e tecnologico; 3) l'aumento eccessivo del numero dei pediatri e il loro ruolo ambiguo o ambivalente (generalista dei bambini, oppure consulente pediatrico del medico generalista?).

Le risposte ottimistiche e molto pratiche di Royer proponevano spazi allora poco esplorati: occuparsi

dell'adolescente; sviluppare sottospecialità pediatriche; sviluppare la pediatria di comunità e del territorio; articolare la pediatria del territorio con la pediatria ospedaliera; occuparsi dei disturbi dell'apprendimento, del comportamento e dell'educazione.

Inoltre due fenomeni incontrollabili avrebbero forzatamente cambiato le carte in tavola: la femminilizzazione della medicina e l'aumento della tecnologia.

Quell'articolo dice esattamente quello che ciascuno potrebbe dire oggi, magari credendo di dire qualcosa di (quasi) nuovo; ma l'inquietudine resta irrisolta, e ha assunto un carattere più nevrotico. Le ricette proposte sono state sperimentate con maggiore o minore incisività durante questi anni, rivelandosi forse un po' meno saporite del previsto. La realtà è che sia la denatalità, sia l'abbattimento della mortalità, sia il progresso scientifico, sia il progresso tecnologico, sia il cambiamento dei bisogni di salute, sia la numerosità dei pediatri, sia la femminilizzazione della medicina sono cresciuti molto più di quanto negli anni Sessanta si potesse percepire o presumere.

In questi anni la pediatria non è morta, ma il pediatra è molto cambiato. Purtroppo, o per fortuna, rimane inquieto. Ben sapendo di non poter aggiungere molto a quanto ha detto allora Royer, riesploriamo lo stato della nostra inquietudine, rivediamo i cambiamenti che si sono verificati nella società e nella medicina; ri-domandiamoci dove stiamo andando e quali scelte ci rimangono.

## I grandi cambiamenti: natalità, mortalità pediatrica, attesa di vita, in Italia

La piramide demografica, quale risulta dalle proiezioni per il 2050, è diversa da quella di cinquant'anni fa più di quanto ci si sarebbe potuti aspettare (Figura 1), per il concorso di un incredibile calo delle nascite (1,2 nati per ogni donna italiana in età fertile, la media più bassa in Europa, la metà dell'Islanda e la metà anche del rapporto necessario per una crescita zero) e un incredibile aumento dell'attesa di vita (che nel 1900 era di 43 anni, nel 1950 era di 65 anni e oggi è di 80 anni).

La mortalità infantile era del 4% negli anni Cinquanta, oggi è quasi 10 volte più bassa, 0,5%; la mortalità 1-5 anni era vicina all'1%, oggi è inferiore allo 0,05%.

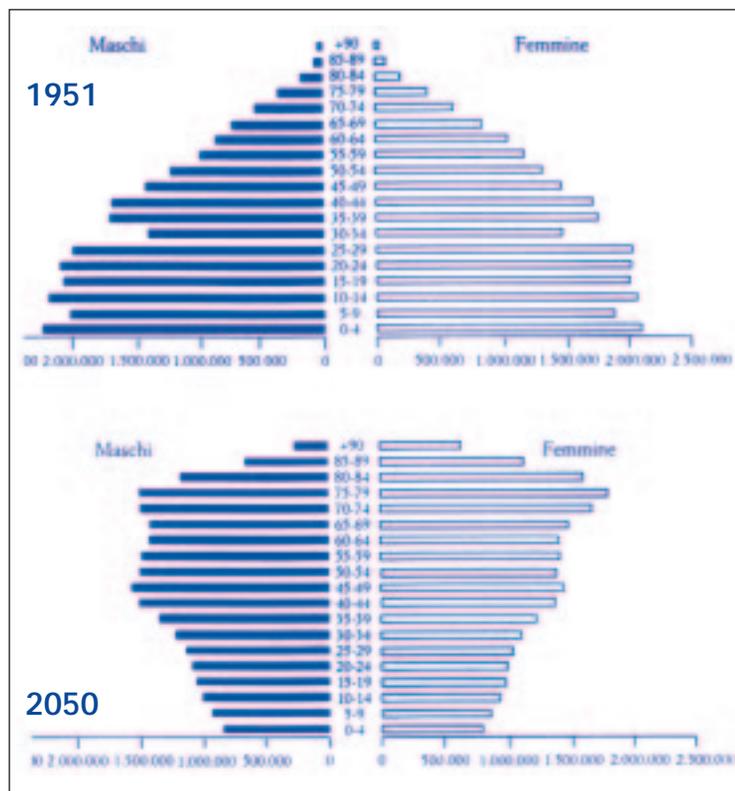
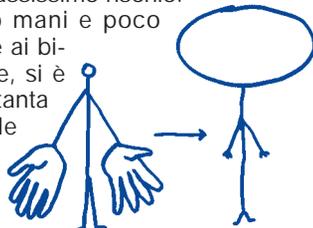


Figura 1. La struttura per età della popolazione italiana (1951 e 2050).

La mortalità per infezione, una mortalità prevalentemente pediatrica, si è praticamente azzerata, con una discesa costante iniziata nel 1920 e conclusasi negli anni Novanta.

In buona sostanza, il pediatra, ancora cinquant'anni fa, quando io mi specializzavo, si doveva occupare della frazione più numerosa e di gran lunga a più alto rischio della popolazione; oggi è vero esattamente il contrario: la popolazione pediatrica è la più rarefatta, e ha un bassissimo rischio.

Da un pediatra "tutto mani e poco pensiero" per far fronte ai bisogni di vita e di morte, si è passati a un pediatra "tanta testa e manine piccole piccole" per far fronte a domande di motivazione complessa.



## La risposta "macro" del sistema pediatria in Italia

La risposta che è stata data a questi cambiamenti (più forti in Italia che in tutto il resto del mondo) è apparentemente una risposta "astuta", di contropiede, basata sul principio della sopravvivenza a tutti i costi e sul motto: «se i bisogni non ci sono, li faremo nascere noi». In termini numerici è stata una risposta paradossale: alla diminuzione tumultuosa delle nascite e della mortalità ha corrisposto una crescita altrettanto tumultuosa dei ricoveri (da 50% a 160%), delle visite, della spesa assistenziale (dall'1% al 5% del PIL, più 2% di spesa privata), dell'attività di Pronto Soccorso. Non dimentichiamo, a questo proposito, che il motore di tutto, della caduta della mortalità, della caduta della natalità, della maggiore disponibilità per la spesa sanitaria, si colloca in un fenomeno ancora più rilevante, che è l'aumento della ricchezza. Per farsene un'idea, e per riportare alla ragionevolezza questi fenomeni apparentemente irragionevoli, va detto che l'aumento del potere d'acquisto del singolo, dalla fine della guerra a oggi, è cresciuto di trenta volte. Impressionante, no? Molto più che non il numero dei ricoveri.

## La possibile risposta del Tao

Possiamo dire dunque che la risposta è stata fisiologica, all'interno delle umane cose. È difficile però non coglierne anche l'elemento nevrotico, quello che ha introdotto, nell'inquietudine del nostro mestiere, un piccolo senso di colpa.

Per la sua natura vocazionale, affermata o negata a seconda dei momenti storici e degli umori personali, la professione medica è una professione di servizio, e chi la svolge mediamente sente, più di altri, il bisogno di essere utile. Ora, mentre non era difficile sentirsi utili (magari non essendolo) cinquant'anni fa, oggi ci si sente al servizio, sì, ma di qualcosa che è in buona misura artificiale, superflua, indotta. E questo produce, appunto, un più o meno sottile senso di colpa. La mia opinione è che si possa, e si debba, superare questo senso di colpa, proprio limitando i compromessi e le false risposte.

Mi permetto, e mi permetterò anche in seguito, di appoggiare questo mio argomentare su dei versetti del *Tao Te Ching*, il "libro della buona via naturale", l'antica guida sapienziale cinese, attribuita a Lao Tse, in realtà probabilmente compilata nei secoli da diversi "saggi", di cui qualcuno, certamente, di sesso femminile.

Questo versetto recita:

*Far nascere  
Nutrire la vita  
Modellare le cose senza possederle  
Servire senza attendere ricompensa  
Guidare senza dominare  
Queste sono le profonde virtù della natura  
E le migliori azioni.*

Riportando queste parole nel nostro contesto, questo versetto ci richiama ad alcune regole fondanti.

Far nascere e nutrire la vita: questo ci appartiene. Le nascite sono calate, l'Occidente ha quasi deciso di morire. Noi, servitori della vita e della continuità generazionale, dovremmo, guidando senza dominare, servendo senza attendere ricompensa, modellando senza possedere, preoccuparci che l'umanità non muoia. Un compito duro, eccessivo per un pediatra? Certo, ma è il compito di tutti gli umani. Il nostro compito non è curare malattie che non esistono, né garantire la sopravvivenza della pediatria né rinforzare la macchina sanitaria né produrre bisogni che asserviscono, ma aiutare le famiglie a raggiungere l'autonomia, a rinforzare la propria autostima, a produrre valori da trasmettere attraverso le generazioni; essere guardiani della salute, restringendo il nostro fare, come è giusto per un "omino con le mani piccole piccole", e allargando lo spazio del nostro pensiero, ma restando umili.

In tutto questo si inserisce il bisogno di cooperazione, di aiuto e di confronto tra pari, di espansione della persona, quindi di associazionismo, di lavoro collaborativo, di disegno comune. Non si può lavorare senza motivazioni e senza soddisfazioni. Una motivazione è certamente quella economica: lo stipendio; ma a questa si deve aggiungere un continuo rinforzo di gratificazioni, che non deriverà più, o solo in piccola parte dalle "vite salvate", ma da altri effetti assai meno misurabili e dall'apprezzamento della comunità, oltre che dei singoli assistiti.

## Come è cambiato il mercato della sanità: i bisogni e la domanda

È cambiato proprio questo: ora, e non spregiativamente, si parla di mercato; si dà valore alla domanda prima che ai bisogni; le pressioni sulla domanda da parte dei fornitori di beni, un tempo inesistenti, sono diventate uno dei motori principali; hanno acquistato legittimità, anche nell'ambito della medicina di Stato, i principi della concorrenzialità e dell'aziendalismo; si avviano ad assumere un ruolo di co-protagonista il gradimento, la condivisione delle scelte, il principio del rapporto costi/benefici. In tutto questo non c'è niente di male, anzi ci sono aspetti positivi: ma non c'è dubbio che questo abbia cambiato e continui a cambiare le connotazioni

originarie del contratto medico-paziente, "modernizzandolo", e anche confondendone le spinte originarie, quelle che facevano parlare della "missione" del medico, termine oggi rifiutato, appunto, per la sua "non modernità".

Come si è visto più sopra, i bisogni (veri), cinquant'anni fa, erano grandi e senza risposta; oggi sono esili e ricevono una risposta adeguata; allora il bisogno era poco percepito (la malattia e la morte erano accettati come naturali); oggi la percezione del bisogno è esasperata; la domanda (e la risposta) sono cresciute proporzionalmente, influenzandosi a vicenda.

D'altronde, con l'aumentare del PIL e con la conseguente modificazione della redistribuzione della spesa (dall'indispensabile verso il superfluo) sono cresciute moltissimo le risorse economiche destinate alla salute.

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ha introdotto un diritto di tutti all'assistenza, e ha reso la spesa sanitaria quasi gratuita per il cittadino. Nel rapporto medico-paziente c'è il pagante terzo, che è lo Stato. È probabile che nel prossimo domani un ruolo maggiore dell'attuale venga giocato dalle Assicurazioni e dal Privato. È difficile che questo non contribuisca a confondere i connotati originari di quella che continuo a chiamare la vocazione del medico e il carattere assolutamente peculiare del suo mestiere. Ma

*Quando si esalta l'ambizioso  
Il popolo contende e compete  
Quando si commercia e si esaltano  
I beni superflui*

*Nasce il desiderio di rubare  
Quando i desideri vengono continuamente stimolati  
Il popolo diventa inquieto e confuso.*

È quello che succede, è quello che è successo. Il popolo è diventato inquieto e confuso (e anche noi); la mercantilizzazione della medicina ha fatto nascere il desiderio di rubare; l'eccesso dell'offerta ha prodotto un eccesso della domanda; l'aumento della sicurezza ha prodotto un aumento del bisogno di sicurezza, l'aumento della tecnologia ha prodotto una dipendenza dalla tecnologia. In realtà non c'è niente di così relativo, di così diverso da contesto a contesto, dall'Europa all'Africa, dall'anno Mille all'anno Duemila, quanto i "bisogni". Il Tao ci richiama al "giusto mezzo".

## Cosa è cambiato all'interno dell'offerta medica

La perdita, o almeno l'allentamento del rapporto "reale", "personale", tra medico e paziente ne costituisce il risultato più vistoso. Non è un cambio necessariamente o totalmente negativo, ma è un cambio epocale. La disponibilità "personale" del singolo medico è molto ridotta; la disponibilità "globale" della medicina è molto aumentata: il Pronto Soccorso e la Guardia Medica sono disponibili 24 ore su 24, per tutti e senza spesa. Internet offre consulenze gratuite e strumenti per una medicina-fai-da-te. Il ricovero pediatrico è diventato umano e più che umano, adattato ai bisogni e alle comodità del paziente. La tecnologia più sofisticata

risolve problemi irrisolvibili solo venti anni fa. Anzi, problemi irrisolvibili quasi non ne esistono più. Ma vorrei soffermarmi sulle due modificazioni "macro", individuate da Royer già trent'anni fa: lo sviluppo tecnologico e la femminilizzazione della pediatria.

### La tecnologia

Lo sviluppo tecnologico è stato clamoroso, e ha rivoluzionato il modo di fare il medico. Molti degli atti medici sono stati interamente o in larga misura delegati: pensiamo al laboratorio, che oggi è diventato quasi un filtro a più stadi, per definire se un soggetto è malato o sano, a che ordine e a che specie appartiene la sua malattia, e infine in quale stadio si trovi la malattia stessa; ma pensiamo specialmente alla radiologia, anzi molto più in generale alle tecniche di immagine, prima tra tutte la ecografia, che completano largamente, e addirittura sostituiscono, i rilievi storicamente acquisibili con la pratica dell'esame obiettivo. Veramente, queste tecniche non lasciano quasi niente di inesplorato, se non la mente, e rendono l'errore medico, da inevitabile quale era ieri, inaccettabile. Detto questo, diventa ovvio da una parte il ricorso del medico al potente strumento della tecnologia; dall'altro diviene altrettanto ovvio che il paziente stesso può essere tentato di saltare il medico e di chiedere, o di chiedergli direttamente, di ricorrere a questo "terzo occhio", che vede quello che nessuno può vedere, dal colesterolo al tumore, trasformando la medicina da cura del malato a sorveglianza del sano: e la posizione del sano in quella di potenziale malato.

### La femminilizzazione della pediatria

È un aspetto particolare della femminilizzazione, o almeno della de-mascolinizzazione del mercato del



lavoro, un aspetto che, però, nel campo medico, e specificamente nel campo della pediatria, assume una pregnanza e un significato particolari. Confrontare tra loro attitudini, vocazioni e comportamenti maschili e femminili conduce inevitabilmente su posizioni rischiose, se non politicamente scorrette, per la

radicata profondità dei pregiudizi e degli stereotipi, per la difficoltà di separare ciò che è genuinamente innato da ciò che è socialmente determinato, per la mancanza di criteri scientifici sufficientemente solidi.

Resta il fatto, misurabile, che superano l'esame di ammissione al corso di laurea più femmine che maschi, e che alla scuola di specializzazione in pediatria sia le domande che le ammissioni sono in larga maggioranza di genere femminile.

Restano altri due fatti sufficientemente comprovati. Il primo è genetico: nelle donne l'attitudine al linguaggio è più sviluppata (ne consegue che la durata del colloquio nel corso della visita medica dura statisticamente più a lungo, e che l'intesa con l'interprete naturale del bambino, la madre, è più diretta e più facile). Il secondo è forse (ma non dimostratamente) culturale, e indica nella donna una maggiore umiltà e accettazione, che si traduce in

una maggiore disponibilità a "servire". Credo che si possa riconoscere che questo si adatta al cambiamento della professione: la pediatria era una specialità di battaglia (lavorare per la vita e per la morte, prendere decisioni rapide e qualche volta avventate, rischiare); poi è diventata una specialità di ricerca, di esplorazione (la pediatria come genetica, la pediatria come scienza, la pediatria molecolare); adesso è una specialità d'ascolto. Senza offesa, era una specialità "maschile", o "paterna" (anche se i pediatri, anche maschi, erano sempre un po' più "femminile" dei loro colleghi, per esempio e sempre senza offesa, dei chirurghi) ed è diventata, per gradi, una specialità "femminile", o "materna".

Questo dovrebbe facilitarne il cammino, specie se ci sarà ancora qualche uomo che deciderà di fare il pediatra, mantenendo un'opportuna, anche se più limitata, componente maschile; e se nessuno, maschio o femmina, pediatra o pediatra, resterà troppo incastrato nello stereotipo che il suo genere gli attribuisce.

Ecco, sono stato politicamente scorretto. Allora rifugiamoci nel Tao:

*Ho tre tesori da conservare e da proteggere*

*Il primo è la compassione materna*

*Il secondo è la moderazione*

*Il terzo è non voler essere i primi*

*Con la compassione si può essere coraggiosi*

*Con la moderazione si può essere generosi*

*Con l'umiltà si può essere dei capi*

*Essere coraggiosi senza compassione*

*Essere generosi senza praticare la moderazione*

*Essere primi senza umiltà*

*Significa andare incontro alla morte*

*Combatti con compassione e vincerai*

*Difenditi con compassione e sarai invulnerabile*

*Il segreto del Cielo è la compassione materna.*



È difficile che questo passo non lo abbia scritto una donna. Ed, ecco, forse, qui c'è la ricetta per la sopravvivenza. Lavorare con compassione, compassione verso la famiglia e verso i colleghi, essere generosi di se stessi, senza farlo pesare, essere capi con umiltà. Qualità femminili?

## Il futuro

È il futuro, più che il presente, che rende il pediatra inquieto. Il futuro, in realtà, rende inquieti tutti. L'implosione dell'Occidente (*La grande implosione, rapport sur l'effondrement de l'occident 1999-2002* è il titolo di un'opera di Pierre Thuillier, Librairie Arthème Fayard, Paris, 1995) è prevista per il 2002; e, profezie a parte, non c'è dubbio che i pilastri della Terra, o meglio i principi dello sviluppo di modello occidentale, stiano tremando.



Ma, rinunciando a guardare nella sfera di cristallo, e accontentandomi dei miei occhiali da presbite, credo di poter dire con ragionevole confidenza che nel breve termine i

problemi sul tavolo sono:

1. il ridotto (diversificato) uso dell'Ospedale; la sua integrazione (vedi il punto 2) con il territorio;

2. il riordino e la ridiscussione del ruolo della Pediatria di territorio (vedi anche i punti 1 e 4); l'ottimizzazione del rapporto tra le pediatrie;

3. la scommessa (già persa?) della realizzazione del Dipartimento Materno-Infantile;

4. la qualità e lo sviluppo della ricerca in pediatria;

5. l'impegno (già perso?) di tutta la pediatria su obesità, difetti di apprendimento, difetti di sviluppo, educazione;

6. l'ottimizzazione della fruizione di Internet, con lo sviluppo di una rete di consulenza tra pediatri e tra istituzioni, facilità di accesso alla letteratura, rischio di "medicina-fai-da-te" da parte dell'utenza;

7. forse, speriamo di no, una progressiva de-nazionalizzazione del Servizio Sanitario.

(NB: Questo elenco, nella sua componente propositiva, ripete quasi integralmente l'elenco delle proposte, ancora incompletamente evase, di Royer; proposte che interessano primariamente, anche se non esclusivamente, la pediatria di territorio, e che invocano lo sviluppo di un "pensiero collettivo", di una "responsabilità comune", che dovrebbe nascere da uno sforzo di elaborazione da parte delle associazioni pediatriche ed esprimersi in atti concreti, convinti e condivisi, della Società Italiana di Pediatria).

Nel medio termine penso che avremo invece da confrontarci:

1. con gli effetti del secondo crollo della natalità (ricordiamo che tra pochi anni si esaurisce la coorte di donne fertili nate prima del primo crollo degli anni Settanta);

2. con la scomparsa non solo della mortalità, ma anche della morbilità per infezione (vaccinazioni);

3. con la forte riduzione (screening prenatale) dei nuovi nati con fibrosi cistica (che oggi rappresentano una fetta non piccola della patologia ospedaliera impegnativa; i neonati talassemici sono già scomparsi);

4. con l'ulteriore riduzione dei nati con malformazioni e cromosomopatie (diagnosi prenatale);

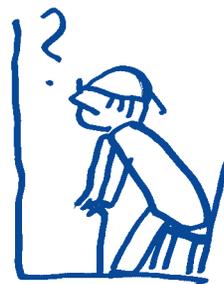
5. con lo sviluppo della medicina dei trapianti e della terapia sostitutiva delle malattie metaboliche;

6. con la facilitazione (che potrebbe voler dire banalizzazione) delle cure per malattie autoimmuni e per tumori.

Tutto questo coinvolge prevalentemente la pediatria più sofisticata, e potrebbe voler dire una concentrazione di queste patologie in pochi centri e in un maggiore distacco della pediatria della patologia rara dalla pediatria di tutti i giorni.

E, infine, nei tempi lunghi, credo prevarranno i problemi "globali" (del globo):

1. tropicalizzazione del Mediterraneo, desertificazione delle isole,



aumento della patologia da artropodi e da danno ambientale;

2. profonde modificazioni demografiche, migrazioni (o guerre?);

3. ripensamento del modello di sviluppo.

(NB: Ma qua le lenti da presbite non bastano, e la crisi della pediatria, se ci sarà, farà parte della crisi della società).

## Considerazioni inconclusive

L'avvenire non consente al pediatra di mettere da parte le sue inquietudini; semmai deve prepararsi ad esserne all'altezza.

Se i cambiamenti sono stati così importanti nel giro di mezzo secolo, e se altri cambiamenti critici sono dietro l'angolo, è normale che il pediatra si sia contestualmente cambiato, e che debba prepararsi a nuovi cambiamenti.

Diamogli come viatico un ultimo versetto del Tao:

*Cerca di essere flessibile*

*E rimarrai al centro*

*Cerca di curvarti, e sarai dritto*

*Cerca di essere vuoto, e sarai riempito*

*Cerca di dare e sarai rinnovato*

*Avendo poco riceverai molto*

*Quando si abbraccia l'unità*

*Si diventa modello del mondo.*

Dunque, cerca di essere flessibile: di adattarti ai bisogni, ma ai bisogni veri. Fai in modo, nello stesso tempo, di non essere schiavo dei bisogni immaginari degli altri, e di non rendere gli altri schiavi di bisogni inventati. Gli altri sono tutti, i tuoi pazienti, i burocrati del sistema sanitario, i tuoi colleghi, tutti i tuoi compagni di strada; della breve strada della tua vita. Cerca di essere flessibile e rimarrai al centro: significa che se rimani integro, tutte le cose torneranno a te; se cercherai di imbrogliare le carte, la vita ti sfuggirà di mano.

Cerca di dare, di non essere avaro di te, e sarai rinnovato, nel tuo sapere come nelle tue motivazioni; sarai vivo (fino a che non arriverà la Morte, e forse anche dopo). Se la medicina cambia, se i bisogni di salute cambiano, se la pediatria cambia, e se tu resti integro e generoso, non avrai difficoltà a trovarti sempre nuovo.

Abbraccia l'unità: l'uomo da solo non esiste, non è nessuno; e se l'uomo ha bisogno degli altri uomini per essere qualcuno, questi altri siano tutti gli uomini della terra, non solo i tuoi vicini. Abbraccia tutta la terra: abbraccia l'unità e sarai il modello del mondo. Il che può voler dire anche soltanto, come diceva il vecchio Kant: fai in modo che ogni tua scelta possa esser conforme a una legge che sia buona per tutti (più o meno).

Che cosa c'entra con la pediatria? C'entra, c'entra. Ma sono ricette possibili? Questo, esattamente questo, è il problema.