

# IL BAMBINO E IL RICOVERO

Passato, presente e, forse, futuro

Dalla Tavola Rotonda delle Giornate di *Medico e Bambino*, maggio 2000

## LA STORIA

di Franco Panizon

Il ricovero è cambiato. Ma quanto è cambiato? E come è cambiato? E perché è cambiato?

Rispondere a questi interrogativi è un po' come fare la storia della pediatria, e un poco anche della società degli ultimi cinquant'anni. È un'operazione della memoria che, almeno per me, ha il suo fascino; e che non mi sembra, in assoluto, priva di interesse.

E devo dire che mi viene più facile rispondere a memoria che non su documenti che la mia pigrizia farebbe fatica a ricercare.

Credo che l'argomento possa essere impostato seguendo una tesi in sé banale, ma non per questo non vero: e cioè che il ricovero, da sempre, segue piuttosto i bisogni della struttura, e in particolare dei medici, che non del servizio che si vuole o si deve rendere a chi ne ha bisogno.

Comincio, senza documenti, dagli anni Cinquanta.

Vivevo allora nella piccola Clinica Pediatrica di Padova, poco più di una casa di campagna, meno di 2000 ricoveri/anno nemmeno paragonabile al grande Dipartimento di Pediatria di oggi, dove solo i ricoveri oncologici sono circa 3000/anno. Come mai si ricoverava così poco? Per tanti motivi: viaggiare costava, le medicine non c'erano, la morte e la malattia erano cose da vivere a casa, non c'era un Servizio Sanitario Nazionale, buona parte dei cittadini non era mutuata, gli spazi erano pochi, le degenze erano lunghe (quando non erano interrotte da una rapida morte), il compito dei medici di guardia era di respingere i malati perché i ricoveri costavano (almeno così credo) più di quanto potessero rendere. Il bacino di utenza era la Provincia; i Reparti di Pediatria erano circa uno per Provincia, un centinaio in tutta Italia.

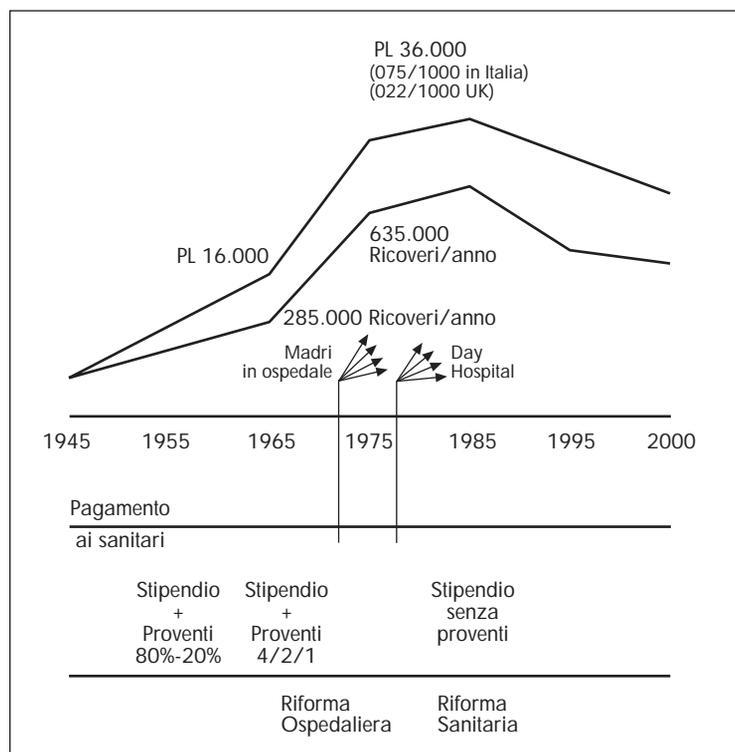
Allora non pensavo a niente di tutto questo: ricordo però bene alcune cose: la tipologia dei bambini ricoverati: tubercolosi, un intero stanzone di meningiti tubercolari (abbiamo avuto due suicidi tra di loro); un altro stanzone di tubercolosi polmonari; uno di gastroenteriti (chiamate anche, per l'estrema gravità, "tossicosi"); molte gravissime malnutrizioni (chiamate, a seconda della gravità e della presunta reversibilità, "distrofia" oppure "atrofia"); moltissime bronchioliti (mortalità), in stagione; laringiti ipoglottiche (spesso, anche loro, mortali); nefriti, nefrosi, reumatismo acuto e cronico; meningiti purulente e linfocitarie di tutte le eziologie, sepsi iperacute, polmoniti e osteiti da stafilococco "a formaggio Emmenthal", polio, tetano, difterite, rachitismi e tetanie, eczemi intrattabili. Il neonato non c'era, e i rari prematuri venivano messi in sala comune (dove morivano rapidamente). Non c'era l'isolamento, e la poliomielite o la meningite meningococcica stavano vicino alla gastroenterite e alla bronchiolite.

Non c'erano le mamme, solo le mamme nutrici, ammucchiate in un camerone. Le visite erano il mercoledì e la domenica: e l'entrata in reparto di queste povere famiglie a cui il figlio veniva strappato (magari per essere restituito dopo qualche giorno, con compunzione, da morto) veniva chiamata derisoriamente "la carica dei bisonti".

Il colloquio dei medici con i parenti era anche rigorosamente scandito da orari molto avari, ed erogato con degnazione.

C'erano i "dozzinanti" o "pensionanti" o, più crudamente, "paganti"; e probabilmente una parte del severo divieto alla presenza dei genitori in Reparto era legato al desiderio (del Primario) di avere qualche "dozzinante" in più.

La Clinica marciava sul lavoro, entusiasta, ma culturalmente e umanamente rozza, degli specializzandi; gli assistenti erano pagati molto poco, ma avevano una larga clientela priva-



**Figura 1.** Andamento dei ricoveri e dei posti letto pediatrici dal 1945 in poi in funzione delle riforme del Sistema Sanitario, delle modalità di pagamento e delle modalità di erogazione delle cure.

ta; i "proventi" che venivano pagati ai medici dalla Mutua (per il primo giorno di degenza) e dai "dozzinanti" andavano per l'80% al primario, e per il resto venivano distribuiti tra aiuti e assistenti, per i quali, come abbastanza ovvio, il servizio d'Ospedale era più che altro un modo per avere clienti fuori...

La situazione è continuata così fino a tutto il 1960. Passando, nel 1955, da Padova a Sassari, posso forse ricordare una minore disumanità dei rapporti, una (un po') più facile frequentazione del Reparto da parte dei genitori, una gestione (un po') più familiare, dovuta anche alla piccolezza del Reparto (circa 1000 ricoveri/anno). Ancora i neonati non c'erano. Le malattie erano le stesse, un po' meno tubercolosi, molta talassemia, molto favismo, molto tifo, un po' di difterite, polio. Molta ignoranza e molta presunzione, in noi giovani (e vecchi) medici, che dovevamo gestire la morte; e anche nessuna possibilità di imparare, nessuna discussione in Reparto, letteratura miserabile, isolamento geografico, sapere accademico, formale, cattedratico. Anni-luce.

Al principio degli anni Sessanta è successo qualcosa. Gli assistenti ospedalieri hanno cominciato a guadagnare. Gli stipendi erano sempre bassi, ma i "proventi" erano distribuiti con la regola del 4/2/1: 4 parti al Primario, 2 parti per ciascun aiuto, una parte per ciascun assistente. Un altro universo, rispetto al "prima": al Primario toccava il 20-30% (che, an-

che così, non era niente male), agli altri il resto da dividere. Dalle stalle alle stelle; la libera professione era ancora consentita, ed era ancora remunerativa, ma la retribuzione ospedaliera bastava largamente. Le malattie c'erano ancora, ma meno, e meno gravi; ed erano cresciute le possibilità di guarirle.

L'investimento pubblico per l'Ospedale è aumentato, e i letti ospedalieri sono cresciuti da 400.000 nel 1956 a 600.000 nel 1975, il numero dei dipendenti ospedalieri è passato da 100.000 a 350.000 unità; le giornate di degenza sono diminuite, e il numero dei ricoveri si è quadruplicato. Paradossale, in qualche modo, se si tiene conto del calo delle malattie; meno paradossale se si pensa al cambiamento della retribuzione dei sanitari, alla crescita della ricchezza generale e del gettito della mutualità.

È stato un periodo felice (per i medici, ma forse anche per i malati: curati con un po' più di umanità, in spazi più larghi e con un sapere che cominciava a crescere e a diffondersi). Il benessere si distribuiva sulla Penisola; consentiva i viaggi, gli scambi, qualche congresso, uno o due all'anno, lo studio, una produzione scientifica ancora embrionale. I neonati immaturi avevano il loro spazio protetto in Ospedale. L'Ospedale, a sua volta, viveva coi proventi delle Mutue, era un Ente morale, ma non più caritativo; anzi, cominciava ad assaporare la ricchezza. L'investimento statale sull'edilizia ospedaliera è stato, in quegli anni, massivo. D'altronde, avere un Ospedale, per ogni Comune di qualche dimensione, era diventato un dovere, anzi un bisogno, anzi un guadagno, come status symbol, e specialmente come fonte di lavoro per gli abitanti, come luogo di scambio di favori e di sottogoverno, come occasione di guadagno personale sottobanco.

Dal 1965 al 1978, anno della Riforma Sanitaria e della nascita del SSN, la crescita dell'Ospedale continua, anzi comincia l'inflazione ospedaliera. Il numero dei posti letto pediatrici sale da 16.000 nel 1965 a 36.000 nel 1974 (0,73 per 1000 abitanti, contro 0,33 della Svezia e 0,22 del Regno Unito; nello stesso periodo il numero dei ricoveri pediatrici passa da 285.584/anno a 635.796 nel 1974. Molti Ospedali, ma non abbastanza bambini. La degenza media scende da 16 giorni a 12 giorni, e l'indice di occupazione da 75,8 a 58,7. Le pediatrie periferiche, sempre in crisi di presenze, vivono (perché bisogna pur vivere) del ricovero, assolutamente inutile, delle epatiti A.

Il sogno di Fornara, un Reparto pediatrico ogni 100.000 abitanti, era diventato realtà nello stesso tempo in cui, sempre per merito del benessere, e un poco anche delle vaccinazioni, stavano sparendo o perdendo di vigore le malattie: la polio e la tubercolosi, le meningiti,

le sepsi, le gastroenteriti.

Però, le regole che presiedevano al ricovero restavano immutate: le madri (dei non paganti) dovevano restare fuori della porta. Il bambino era sequestrato; le degenze erano insopportabilmente e inutilmente lunghe.

Trent'anni fa le madri erano fuori dall'Ospedale. Venticinque anni fa le prestazioni ospedaliere erano limitate alla degenza o all'ambulatorio. Il Day Hospital non c'era; è una pratica che a Trieste, credo per primi, abbiamo inaugurato nel 1974.

Nel 1979 ho scritto un libretto su "Il bambino, l'Ospedale e il pediatra", in cui argomentavo, facile osservatore e facile profeta, che il Day Hospital come lo facevamo noi e pochi altri, e come veniva valutato (ricovero sì, giornata di degenza no), era un passivo per l'Ospedale (ma allora l'Ospedale era finanziato a pié di lista); ma che era prevedibile, quando fosse stato riconosciuto come giornata di pieno impiego, il suo trasformarsi in materia di

vergognosa speculazione e di ulteriore sostegno alla montante inflazione ospedaliera.

È successo così. Ed è successo anche che le mamme venissero accolte sempre con maggiore larghezza in Ospedale: prima le nutrici, poi le madri dei "gravi" (sulla poltrona ai piedi del letto), poi le madri dei bambini con meno di 3 anni, poi di quelle dei bambini con meno di 6, poi le mamme e i papà dei bambini con meno di 18. Day Hospital, degenza delle madri, sale gioco, sono diventati gli inevitabili strumenti di concorrenza tra Ospedali. E così è stato per ogni facilitazione, per ogni apparente (o anche reale) "umanizzazione"; per ogni "facility", compreso il Day Hospital, divenuto peraltro, come si è detto, anche fonte di speculazione. La qualità dell'albergaggio dei bambini (e dei genitori) è diventato strumento di richiamo, quasi di sopravvivenza per il Reparto pediatrico.

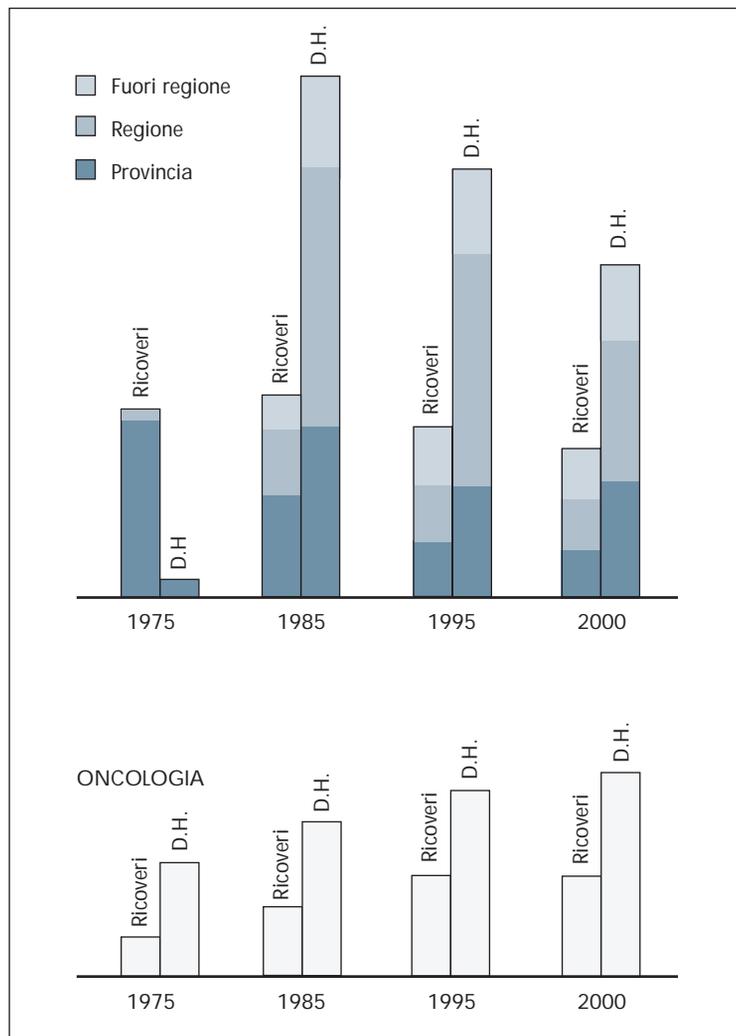
E gli ultimi trent'anni? E gli ultimi tre anni degli ultimi trenta?

Beh, il numero dei posti letto si è dimezzato, ma la durata media di degenza si è più che dimezzata (da 12 giorni a 5 giorni; sicché, malgrado tutto, il tasso dei ricoveri relativo alla popolazione pediatrica continua a essere in lieve, continua crescita, da 60 per 1000 bambini/anno nel 1980 a 78/1000 bambini/anno nel 1997. Ultimamente è stato peggio. L'aziendalizzazione, il contratto di diritto privato tra l'ente ospedaliero e il primario (che comprende, almeno negli Ospedali-Azienda, l'impegno a far "rendere" il reparto) e la misurazione della efficienza della UO in termini, appunto, di "redditività", è stata segnata da un continuo leggero aumento, malgrado la quasi incredibile diminuzione della popolazione pediatrica (dimezzata, nella mia città, in vent'anni), e ha dunque quasi svuotato di "valore", in troppe sedi, il ricovero.

Tutto questo è illustrato nella *Figura 1*, da cui appare che la modificazione del numero dei ricoveri non è in funzione della domanda reale (cioè dei bisogni, della gravità e numerosità delle malattie), ma piuttosto dell'offerta (cioè del numero e della disponibilità dell'ospedale e del tipo di finanziamento).

Ma come avrebbero dovuto andare, invece, le cose? Almeno negli ultimi anni, una volta saturati i bisogni, e via via che si riduceva la gravità delle malattie? I ricoveri, almeno quelli in regime di degenza, avrebbero dovuto ridursi, essere limitati all'essenziale, cioè ai nuovi bisogni, alle malattie più rare e più difficili, oggi curabili e a volte guaribili, inevitabilmente concentrati in poche strutture di secondo livello e in pochissime di terzo livello.

Sebbene sappia che è di cattivo gusto vantarsi, vi prego di permettermi di presentare, cosa è successo in questi anni nella Clinica Pediatrica dell'IRCCS "Burlo Garofolo". Vede-



**Figura 2.** Modificazione nel tempo dell'andamento dei ricoveri, del bacino di utenza reale e delle modalità di erogazione delle cure nella Clinica Pediatrica di Trieste: l'aumento dei ricoveri è legato all'espansione del bacino di utenza, mentre i ricoveri cittadini sono in costante diminuzione.

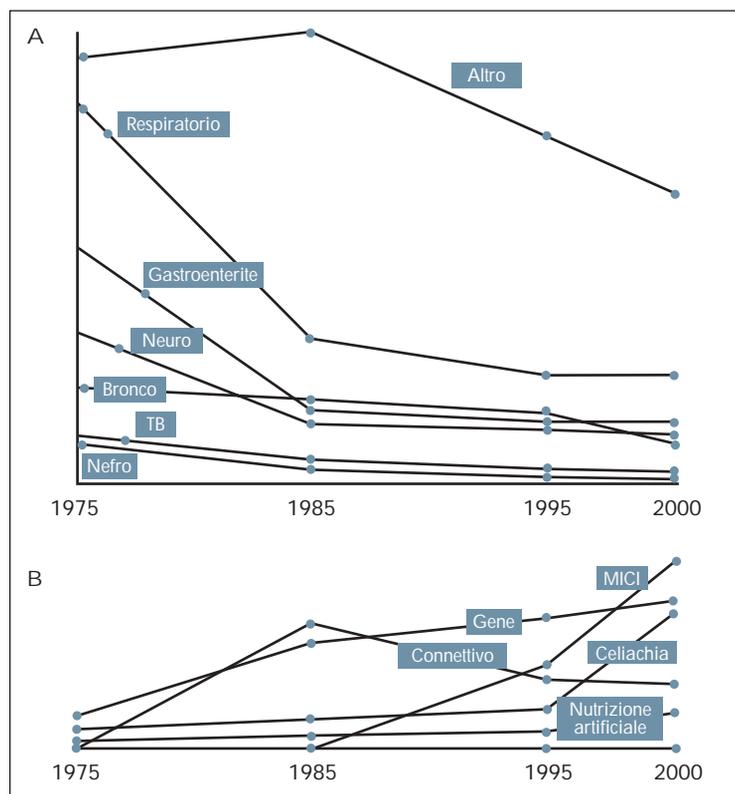


Figura 3. Principali diagnosi di dimissione dal 1975 a oggi nella Clinica Pediatrica di Trieste: in A, le diagnosi in calo; in B, le diagnosi in crescita.

te nella Figura 2 il nascere del Day Hospital negli anni 1970, la sua crescita, accompagnata però da una diminuzione costante dei ricoveri in regime di degenza, e sostenuta specialmente dall'allargarsi del bacino di utenza (da cittadino e regionale e poi a nazionale); vedete anche l'incremento globale dei ricoveri fino all'inizio dell'ultimo decennio, e poi la sua diminuzione progressiva, legata in particolare alla diminuzione della quota cittadina, quasi azzerata, mentre la quota regionale supera il 30% (anche questa in calo, per il campanilismo della nuova politica aziendale delle ASL) e quella estaregionale sfiora il 40%.

Nello stesso tempo (Figura 3) vedete la caduta delle diagnosi più tradizionali (compresa quella neurologica, sempre più trasformata in specialità "diversa"), e l'aumento di quelle "speciali", dalle enteropatie immuni alle malattie genetiche, alla nutrizione parenterale (NB: il calo delle connettiviti è dovuto alla loro prevalente gestione in Day Hospital). Questi ultimi aspetti mi preoccupano un poco. Il calo delle diagnosi definite come "altro", oltre che della patologia acuta, tende a trasformare anche la nostra Clinica, per sua natura e posizione (periferica) molto "generalistica", quindi varia, movimentata, inattesa, in una Clinica più specialistica. Assai meno di un tempo, adatta all'insegnamento della pediatria e alla incubazione di studenti e specializzandi. Ma bisogna fare di necessità virtù.

## IL PRESENTE

di Nicola D'Andrea

Nonostante negli ultimi 10 anni i posti letto di pediatria abbiano subito una contrazione del 30%, sia per riduzione della capacità delle divisioni esistenti che per soppressione di alcune di queste, l'attività ospedaliera, che dovrebbe rivolgersi al trattamento delle urgenze e delle malattie gravi, ha continuato a dilatarsi per la cura di patologie sempre più lievi, fino ad assumere funzioni che sono tipiche dell'area delle cure primarie. Non risulta essere un fenomeno esclusivamente italiano: in Inghilterra, già dieci anni fa, veniva documentato un incremento di accesso all'ospedale dei bambini (Public Health 1989;103:181-188). Nel distretto di Nottingham hanno studiato il rapporto tra miglioramento dell'offerta dei servizi e numero dei ricoveri; dal 1975 al 1985 sono stati implementati servizi di assistenza a domicilio, è stato assegnato un maggior numero di pediatri, la popolazione 0-16 anni è diminuita da 146.000 a 130.000, ma c'è stato un incremento dei ricoveri dei bambini del 98%! Gli Autori dello studio ritengono di poter attribuire un così rilevante aumento all'abbassamento della soglia di ricoverabilità (in pratica i genitori tendono a portare il bambino per problemi anche banali), alla dimissione più precoce e a riammissioni più frequenti. Il tutto inquadrato in un miglioramento dell'ambiente Ospedale. Concludono: «Negli anni in cui maggiori sono stati gli sforzi per migliorare i servizi pediatrici di comunità, c'è stato un incremento delle ammissioni ospedaliere. Pediatri e *general practitioner* dovrebbero essere consapevoli quanto questo trend sia nocivo per il loro distretto, e decidere quindi le loro contromisure al riguardo. Tutto ciò è una buona cosa oppure no? Quali implicazioni per le risorse e la pianificazione?»

Nostro punto di vista è che non ci si debba opporre a questo trend, ma si dovrebbe programmare e vederlo in uno sviluppo positivo. Un ambiente ospedaliero flessibile, "simpatico", è parte integrante della comunità, e dovrebbe essere il miglior amico del pediatra coscienzioso.

## Ogni mondo è paese

In Italia il tasso di ospedalizzazione 0-14 anni è salito a 126/1000 nel 1994 (circa 30 ricoveri/1000 in più rispetto alla Gran Bretagna). Alcuni dati indicano un ulteriore aumento del tasso dopo l'entrata in vigore del sistema di compensazione tariffaria; dal 1995 al 1996 infatti sono aumentati del 23% i ricoveri totali, e dal 59 al 64% del totale i ricoveri di più di un giorno, mentre sono diminuiti dal 23 al 16% quelli di meno di un giorno. È ovvio che questo non ha coinciso con una modifi-

cazione della patologia pediatrica, ma è da riferirsi a un comportamento opportunistico delle cosiddette Unità Operative degli ospedali, laddove non si sono fissati tetti ed effettuati controlli sui ricoveri inappropriati.

«Chiudere il reparto? I medici protestano. Una divisione con un miliardo e 326 milioni di lire all'anno. Non sono molte le unità operative con un tale attivo» - così titolava "La Gazzetta del Mezzogiorno" del 12 febbraio 1998.

Richiama alla memoria numerosi altri titoli di stampa degli ultimi anni in tema di sanità, ma soprattutto rimanda a episodi di recessione industriale (o fatta passare per tale), che i giornali riportano per la GoodYear, o per la MagnetiMarelli o per altre aziende o imprese.

L'articolo, che segue al titolo del quotidiano barese, scende nel dettaglio: «... E, se la matematica non è un'opinione, i camici bianchi si appellano proprio ai numeri per dimostrare le loro ragioni. Hanno addirittura elaborato un dossier che assomiglia al bilancio consuntivo di un'azienda che hanno spedito ai componenti della Commissione regionale sanità per evitare di commettere "scempiaggini". Cominciamo dai ricoveri. L'anno scorso in Pediatria sono stati 1111, con un incremento del 16% rispetto al '96, mentre in Neonatologia hanno raggiunto quota 996. Il totale, quindi, è 2107 ricoveri. Veniamo poi al capitolo ricavi. La Divisione di Pediatria vanta addirittura un bilancio in attivo, con un miliardo e 326 milioni "intascati" lo scorso anno. "Senza entrare nel merito - è la frecciatina lanciata dai medici al Direttore Generale - non ci risultano Unità Operative nell'azienda con un attivo di tali proporzioni».

Potenza del decreto legislativo 502/92! Ha reso i camici bianchi, fino a ieri notoriamente allergici ai numeri, fedeli discepoli di Pitagora. Discepoli dell'ultim'ora, perché l'idiosincrasia per i numeri resta e tira brutti scherzi, generando gran confusione nell'analisi di un bilancio. E anche nella compilazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), tanto da "riconvertire" neonati sani in neonati patologici per "frenulo corto", e da far scoppiare un'epidemia di cardiopatie congenite, così da ricoverarne ben 9 su circa 600 nati, fino a occuparsi di neonati ricoverati (ben 8 sui 600!) per "insufficienza tricuspide transitoria". L'aneddotica è molto vasta.

Questa situazione trova riscontro in alcuni sistemi sanitari esteri, "rinomati" per efficienza ed efficacia, come denunciava in una lettera inviata dal dottor Jones, pediatra australiano, a *Lancet*, dove sottolineava le difficoltà di cui si sta discutendo, descrivendo una "esplosione" nel numero dei *clipboard carriers* che, scrive, camminano pesantemente nei corridoi dei nostri ospedali, provocando nel personale medico un disorientamento tan-

to maggiore, quanto maggiore è il loro numero. Un linguaggio completamente nuovo, che include termini quali "outcome analysis", "line management" e altri, sta ora diventando parte della pratica ospedaliera, e viene usato per produrre copiose quantità di *report* che servono essenzialmente a giustificare le spese di questo nuovo tipo di amministrazione. Non è difficile prevedere che i manager ospedalieri privilegeranno sempre più i ricoveri delle patologie economicamente più vantaggiose per l'Ospedale, scoraggiando quelli più costosi. Una nuova malattia sta per entrare nel DSM-V: la sindrome di Munchausen medica. Una condizione in cui i sintomi del paziente saranno orientati in modo da soddisfare un criterio diagnostico che produca vantaggio nei costi per il centro. Io temo che nel futuro le necessità del paziente possano ricevere una priorità in funzione di quanto la loro diagnosi può favorire il budget del singolo ospedale.

Non è realizzata, nella maggior parte delle regioni italiane, la continuità assistenziale pediatrica, dato che solo 1/3 dei ricoveri pediatrici sono su richiesta del pediatra curante; 1/3 dipende dal Pronto Soccorso (prevalente sintomatologia respiratoria; dall'indagine ACP, comprendente 104 divisioni di pediatria, risulta il 40% dei ricoveri per "asma", per sintomi insorti da meno di 12 ore e senza alcuna visita prima di accedere all'ospedale) e per 1/3 il ricovero è richiesto direttamente dai genitori. Alla dimissione non più del 45% esce dal reparto di pediatria con una relazione clinica!

Chi ha volontà può organizzarsi e, assieme, ospedalieri e pediatri di famiglia possono offrire una assistenza migliore, con riduzione dei ricoveri. Uno strumento legislativo per raggiungere l'obiettivo è il Dipartimento, attraverso il quale viene "facilitato" il rapporto territorio-ospedale.

## LA REGIONE, L'OSPEDALE: IL BAMBINO E IL PEDIATRA

di Giorgio Simon

Affrontare il problema del bambino e l'ospedale da un punto di vista "regionale" comporta un approccio sicuramente diverso di quello di un pediatra singolo o con responsabilità di gestione di un reparto o di una società scientifica o culturale. Quello che vorrei illustrare di seguito è in che cosa consista questa diversità. Nel mio caso specifico il punto di vista è di chi si colloca, con funzione tecnica, tra il mandato delle istituzioni elettive (Consiglio e Giunta Regionali) e quelle operative (Direttori generali e Aziende).

Alcuni concetti sintetici servono a chiarire approccio e metodologie regionali:

□ la Regione programma il Servizio Sanitario del proprio territorio, cercando di conciliare i bisogni con l'offerta, la qualità e la compatibilità delle risorse; si tratta di un compito non facile anche per una Regione a statuto speciale, in quanto persistono interventi esterni quali contratti, nuove tecnologie, nuovi farmaci che minano pesantemente le possibilità di effettiva gestione decentrata delle scelte;

□ la Regione valuta, cioè misura quanto le attività che vengono svolte siano conformi alla programmazione e rispondano a bisogni e aspettative della comunità, sia questa costituita da ammalati che di rappresentanze elettive; parte di questa valutazione è formale (epidemiologica, organizzativa ecc.), parte passa attraverso canali diversi quali la stampa, gli opinion leaders, ecc.;

□ la Regione non si occupa solo di bambini e di problemi dell'età evolutiva, e quindi spesso definisce priorità poco comprese dai pediatri. Nella Regione Friuli-Venezia Giulia oltre il 50% delle risorse della Sanità è spesa dal 20% della popolazione ultrasessantacinquenne: è chiaro quindi che questa ha un peso molto diverso rispetto alla popolazione pediatrica nella definizione delle priorità e dell'attenzione degli amministratori, anche semplicemente in termini di tempo dedicato;

□ la Regione rende conto del proprio operato in ambito sanitario non al singolo, come il medico, ma ai cittadini in forma organizzata (sindacati, associazioni), istituzionale (sindaci) o come elettori.

### **Cosa pensa una Regione degli ospedali e dei ricoveri dei bambini in Ospedale?**

Tutti i piani sanitari a livello nazionale e regionale, ma anche internazionale, hanno la finalità di diminuire l'offerta ospedaliera e, conseguentemente, il numero di ricoveri. Quali sono le motivazioni per cui una Regione ritiene che i ricoveri - in generale e non solo in età evolutiva - debbano essere ridotti?

La prima motivazione è perché ci sono troppi ricoveri, troppi posti letto e troppi ospedali. In qualsiasi confronto internazionale l'Italia supera ampiamente i tassi di ricovero e di posti letto per mille abitanti degli altri Paesi. Vi è tradizionalmente un uso eccessivo dell'Ospedale.

Il secondo motivo è che i ricoveri costano. Nelle regioni italiane la spesa ospedaliera varia dal 45 al 65% del totale della spesa sanitaria. Parte di questa spesa è sicuramente inappropriata. È sempre utile avere i confronti con i costi di altri servizi. In Friuli-Venezia Giulia un Ospedale di medie dimensioni ha un peso (50-60 miliardi) per il bilancio regionale equivalente o superiore alle spese di tutta la Regione per l'ambiente (47 miliardi) o l'istruzione (49 miliardi) o la cultura (58 miliardi) o l'industria (47 miliardi). Tenere aperto a tutti i costi un ospedale inefficiente costa quindi anche in termini sociali complessivi in quanto sottrae risorse consistenti ad altre iniziative.

Il terzo motivo è che l'Ospedale fa male. Forse questo è ormai meno vero per il bambino, anche se esiste ampia letteratura in merito degli anni Sessanta e Settanta, ma è sicuramente ancora vero per l'anzia-

no. Si pensi sugli effetti di aumento di rischio di infezioni ospedaliere, lesioni da decubito e di ritardo nella riabilitazione e nella ripresa dell'autonomia.

Il quarto motivo è che molti ricoveri sono inappropriati sia dal punto di vista clinico (quanto a lungo serve, se serve, che un bambino con polmonite stia in Ospedale?) che dal punto di vista di uso delle risorse (è giusto usare ospedali e posti letto solo per fare esami?). Nella Regione Friuli-Venezia Giulia, valutando con la metodica dell'Appropriateness Evaluation Protocol (PRUO) il 20% nel 1996 e il 10% nel 1998 dei ricoveri tra 0 e 14 anni erano totalmente inappropriati, non avevano cioè alcuna giornata di degenza che giustificasse la permanenza del bambino in Ospedale.

### **Se queste sono le premesse, cosa fa concretamente una Regione per affrontare il problema?**

L'intervento più semplice è quello di chiudere ospedali o reparti. Semplice non nel senso che sia facile da realizzare, e soprattutto da gestire politicamente, ma semplice perché non richiede elaborazioni programmatiche complesse. La realtà dimostra infatti che chiudere ospedali è difficilissimo. Le comunità coinvolte fanno sempre opposizione dura, fondamentalmente perché l'ospedale dà sicurezza e tranquillità, e in ospedale, soprattutto se piccolo, ci si sente presi in carico nel momento del bisogno. Queste funzioni dovrebbero essere in realtà svolte dai servizi territoriali che però ancora, almeno per il bambino (per l'anziano molte cose sono state attivate), non sono in grado di gestire in maniera coerente e qualificata i problemi di una certa complessità e che necessitano di interdisciplinarietà.

L'altro intervento usato è quello dei meccanismi di finanziamento e di incentivazione. L'odiato DRG, il ricovero di meno di 48 ore, le sanzioni per i ricoveri inappropriati, i premi per i ricoveri "attratti" da fuori Regione ecc. Tutti i pediatri conoscono questi marchingegni e li detestano, tutti si adeguano e quasi nessuno propone soluzioni alternative che non siano "si stava meglio prima" (cosa che non si diceva "prima"). È assolutamente straordinaria la velocità con cui i comportamenti dei medici si sono adeguati alle nuove regole. Improvvisamente si sono moltiplicati i ricoveri di 48 ore e 1 minuto, le diagnosi per far diventare il DRG complicato perché vale di più, e altri trucchi ancora. Se con la stessa velocità avvenissero i cambiamenti diagnostico-terapeutici suggeriti dalla letteratura scientifica, avremmo una medicina straordinariamente efficace.

L'ultima cosa che le Regioni fanno (in realtà ancora troppo poco) è quello di cercare di far migliorare la qualità delle cure e di misurare i risultati. Ormai vi è una tale disponibilità di informazioni sulle attività ospedaliere che è sorprendente e triste quanto poco si usino per valutare le performance cliniche e invece si usino praticamente solo per misurare "fatturati".

È anche vero, però, che quando si incomincia a misurare ci si scontra con la scarsissima propensione da parte dei medici a valutare e soprattutto a farsi valutare. In Friuli-Venezia Giulia anche cose banali come

le differenze di tassi di tonsillectomie (epidemiologicamente difficilmente spiegabili) o la richiesta della percentuale di allattati al seno alla dimissione dal nido hanno suscitato resistenze o franca ostilità.

La nuova Sanità è cambiata rispetto alla precedente anche perché ha ridistribuito i poteri. Ora hanno più potere gli amministratori e i cittadini e hanno meno potere i medici; questo mette in crisi proprio questi ultimi, inducendo ostilità, sfiducia e demotivazione. Il mio modesto suggerimento è che si smetta di cercare di recuperare potere facendo - male - i piccoli manager di reparto. Il potere vero del medico, che è anche il suo ruolo sociale, è quello di ribadire in ogni momento che la finalità del Servizio Sanitario è di mantenere e migliorare la salute dei cittadini nella maniera più efficace ed equa possibile, ma anche, e questo dobbiamo dircelo anche come cittadini, nella maniera più efficiente possibile. L'efficienza del medico non è quella del DRG, bensì quella di usare gli strumenti di cura più efficaci nel momento in cui servono e di non usarli quando non servono. Credo che questo sia il ruolo da rivendicare ma anche da praticare sul serio, altrimenti i medici saranno sempre deboli e criticabili. Per concludere con una semplificazione a slogan (spero mi si perdoni la genericità, ma ci vorrebbero molte cartelle per approfondire) la sfida

sta quindi non nel "lasciateci lavorare", bensì nel pretendere di essere misurati e valutati fino in fondo sulla salute e sulla qualità prodotte, anche attraverso il confronto con gli altri e con le raccomandazioni della letteratura.

## Bibliografia

La bibliografia su un tema come questo potrebbe essere molto ampia, per questo vorrei solo suggerire due letture, probabilmente poco frequentate dai pediatri ma che sintetizzano bene i problemi del "punto di vista" di chi, volente o nolente, deve fare delle scelte di programmazione.

1. Muir Gray JA. Evidence based health care. How to make health policy management decisions. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
2. Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity. Priority setting and rationing in the national health service. Buckingham: Oxford University Press, 1996.