

## L'ASSISTENZA PEDIATRICA IN ITALIA

L'analisi che Vincenzo Calia ci propone dell'assistenza pediatrica in Italia e in particolare del ruolo della pediatria di libera scelta ci sembra ineccepibile, al punto che ci si potrebbe limitare a dire: leggete, gente, e meditate. Tuttavia può essere utile sviluppare le implicazioni di alcuni punti cruciali dell'articolo.

### 1. I ricoveri e la qualità delle cure

Logica ed esperienza dicono che non c'è nessuna possibilità di ridurre i ricoveri non necessari offrendo servizi teoricamente alternativi (leggi: pediatria di libera scelta), ma senza instaurare meccanismi che disincentivino il ricovero e viceversa incentivino le soluzioni alternative. E questo, in generale, non è stato fatto. Al contrario, l'applicazione pura e semplice dei DRG ha, come da attendersi, sortito l'effetto contrario. Bisogna dunque, se si vogliono ottenere risultati diversi da quelli che Calia ci mostra, cambiare rotta. Ad esempio, come in alcune regioni è stato fatto, è possibile stabilire un tetto, a livello regionale e conseguentemente aziendale, per i ricoveri pediatrici, oltre il quale i DRG vengono sottoretribuiti. Così facendo, si perviene inevitabilmente a ridurre il numero delle unità operative di pediatria necessarie (e dei relativi punti nascita), con un ulteriore disincentivo al ricovero rappresentato dal venir meno dell'"ospedale sotto casa". Si otterrebbe così anche un miglioramento tendenziale della qualità assistenziale, poiché verrebbero eliminati reparti dove né il numero delle prestazioni (per nascite e ricoveri) né il personale disponibile sono in grado di garantire standard adeguati: a cominciare dalla presenza di un pediatra 24 ore su 24, e da una sovrapposizione dei turni sufficiente a consentire la condivisione di linee guida, la discussione dei singoli casi, la formazione continua ecc. Nella realtà italiana, ad essere molto prudenti, questo significa la chiusura di unità operative che abbiano un bacino d'utenza inferiore ai 20.000 soggetti sotto i 18 anni, e dei punti nascita al di sotto dei 500-600 nati. Per quanto non sia di per sé sufficiente a garantire cure ospedaliere di qualità, questo è un passo necessario e va sostenuto come tale.

Per quanto riguarda il servizio da offrire in alternativa al ricovero facile nel piccolo ospedale, sembra inevitabile andare non solo verso l'attivazione da parte della pediatria di base di una sua propria guardia "di distretto" durante i week-end, ma anche verso vere e proprie forme di collaborazione tra pediatrie degli ospedali di rete (riconvertite in parte a servizio di day hospital) e pediatri di base, per fare in modo che questi possano seguire i propri pazienti ricoverati che venire a loro attivati per garantire la continuità assistenziale.

D'altronde esistono già esperienze del genere, che vengono svolte con soddisfazione e convenienza per tutti. Quindi si tratta di trasformare l'esperienza isolata, realizzata per il coraggio e la professionalità di alcuni, in elemento di sistema. Lo studio pediatrico associato o pediatria di gruppo, cui è stato dedicato di recente un apposito convegno e su cui torneremo nei prossimi numeri, costituisce uno degli strumenti fondamentali per garantire questi sviluppi, e richiede quindi uno specifico programma di incentivi, compresa una semplificazione degli aspetti normativi e fiscali.

Vi sono pochi dubbi che, se ciò si attuasse, le famiglie avrebbe-

ro a disposizione un servizio più continuo e con maggiori garanzie di qualità. Vi sarebbe inoltre un recupero di risorse che potrebbero essere reinvestite nel settore, per migliorare sia l'integrazione funzionale tra i servizi nel caso di bambini con bisogni speciali sia le attività di prevenzione su base di popolazione o di gruppi a rischio, oggi sostanzialmente assenti.

### 2. Il ruolo dell'Università

L'aumento del numero delle cattedre di pediatria, anche in presenza di una diminuzione dell'impegno assistenziale e di formazione, è aspetto paradossale giustamente sottolineato da Calia. Lo è forse ancor di più il progressivo distacco dei contenuti e dei mandati di queste cattedre da una parte importante della realtà dei servizi sanitari per il bambino. Oramai solo il campo della pediatria specialistica è rispecchiato dalle cattedre esistenti; già meno lo è quello della pediatria generalistica ospedaliera e meno ancora, per non dire per nulla, quello delle cure primarie del bambino: praticamente non esiste in Italia un cattedratico di pediatria (vengono in mente non più di due o tre parziali eccezioni) che sia in grado di organizzare l'assistenza, fare formazione e fare ricerca in questo campo. E infatti "l'Università" per questi aspetti si è da tempo trasferita altrove. Può darsi che vada bene così, in particolare se prenderà maggior corpo la linea dell'attuale Ministro della Sanità, d'altronde condivisa autorevolmente anche a livello internazionale, di ricondurre una parte almeno della formazione nell'alveo del Sistema Sanitario Nazionale, fuori della diretta tutela dell'Università. L'Università, nello specifico, la pediatria universitaria, ha qualcosa da rispondere che vada al di là dell'attivazione in qualche sede dell'indirizzo di pediatria di comunità? Si potrebbe, ad esempio, pensare a dei "dipartimenti materno-infantili" di insegnamento, dove si faccia anche didattica e ricerca. L'Università si vuole attrezzare per raccogliere questa sfida?

### 3. Lavorare per obiettivi

Il lavoro di Calia lascia implicita l'indicazione dei bisogni di salute e dei conseguenti obiettivi, poiché non era questo il problema che si intendeva sollevare. Tuttavia, la mancata programmazione per obiettivi, e la conseguente mancata individuazione degli strumenti organizzativi e gestionali per pianificarne e controllarne il raggiungimento, sono una delle cause dell'insuccesso registrato. Quando non si identificano gli obiettivi di un servizio, essi divengono quelli dell'automantenimento del servizio stesso. Se vi fossero stati degli obiettivi non impliciti e non generici per la pediatria di famiglia (come d'altronde anche per la pediatria ospedaliera) anche solo di "processo" (ad esempio la riduzione dei ricoveri o la copertura vaccinale o dei bilanci di salute, o l'integrazione dei percorsi assistenziali), allora le stesse convenzioni con la pediatria di famiglia avrebbero avuto un'altra storia, e vi sarebbero state più tempestive correzioni di rotta nella distribuzione dei servizi ospedalieri e territoriali.

Servono dunque progetti, funzioni e attività che attivamente perseguano, con strumenti adeguati, questi e altri obiettivi: ad esempio la riduzione dell'inaccettabile differenziale negli esiti sanitari tra Nord e Sud e tra ricchi e poveri, che ancora esiste nel nostro paese per quanto riguarda la mortalità perinatale, quella infantile e la qualità delle cure per le malattie croniche. In

queste settimane giunge agli ultimi passaggi istituzionali il piano sanitario nazionale. L'impostazione del piano è totalmente innovativa e parte appunto dall'enunciazione di alcuni obiettivi generali e dalla loro conseguente articolazione. Inoltre viene dato ampio spazio agli strumenti, ad esempio il sistema informativo o il carattere degli accordi tra componente sanitaria e sociale, cruciale per i problemi dell'infanzia di oggi. Tutto questo va bene. Vi è tuttavia il rischio, ne abbiamo esperienza, di un'utilizzo "vuoto", quando non controproducente, di concetti nuovi e attraenti da parte di manager privi di reale esperienza assistenziale. Quindi vi devono essere dei punti fermi: la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, la creazione attraverso dipartimenti o progetti-obiettivo di una *unità di direzione* di tutti i servizi sanitari per l'infanzia, e quindi il mantenimento di una stretta e crescente unità funzionale anche con i servizi non pediatrici (neuropsichiatria e psicologia, riabilitazione), la riorganizzazione su base distrettuale della pediatria di comunità, nell'accezione di componente della medicina di comunità e di cerniera dei servizi territoriali per l'infanzia.

Serve, in sostanza, un nuovo progetto complessivo per la salute del bambino, con obiettivi precisi, affidato regione per regione e azienda per azienda a responsabilità ben identificate, con entrambi (obiettivi e responsabilità) sottoposti a verifica. L'Europa è anche questo.

M&B

### LO SCIOPERO DEGLI SPECIALIZZANDI

Il 28 gennaio di quest'anno, con modesta risonanza a livello pubblico o sanitario, gli specializzandi di tutte le branche, dunque anche quelli di pediatria, hanno fatto uno sciopero nazionale. Ci scusino i nostri lettori se dedichiamo uno spazio così largo a un aspetto che sembra riguardare un fenomeno ristretto: ma i più attenti di loro non mancheranno di riconoscerne le implicazioni più larghe. I problemi che lo sciopero sottende hanno per sfondo un complesso contenzioso tra il Ministero della Sanità (Bindi) e quello dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (Berlinguer), che ha per oggetto la collocazione della Facoltà di Medicina, che potrebbe porsi a metà strada tra il SSN e l'Università, in qualche modo enucleata da quest'ultima. Si tratta di un problema di fondo, su cui dovremo ritornare, che trova nella preparazione degli specializzandi e nella europeizzazione della cultura (e del valore di diplomi) le prime avvisaglie di difficoltà.

Cosa chiedevano gli specializzandi? Che si bloccasse il disegno di legge-delega presentato dal Ministro Bindi e che si ri-avviasse la discussione sulla legge Petrella, già approvata dalle varie Commissioni Parlamentari e poi bloccata dalla Commissione Finanza. Cosa diceva la legge Petrella? Sostanzialmente che gli specializzandi, da borsisti, si trasformassero in contrattisti a tempo determinato (gli anni della specialità); che effettuassero la loro preparazione in strutture universitarie o convenzionate con l'Università, con graduale assunzione di compiti assistenziali "veri" da una parte e dall'altra, con una retribuzione in crescita progressiva, anno per anno, dal 60% fino al 90% della retribu-

zione, come previsto per il medico ospedaliero dal contratto nazionale. Cosa diceva il disegno di legge Bindi? Quasi niente di diverso, salvo l'assunzione della spesa a carico del SSN (che sembrerebbe una cosa giusta), lasciando però intendere che lo specializzando potrà lavorare anche (o specialmente? questa è la preoccupazione degli specializzandi) in aziende ospedaliere e anche (o specialmente?) a copertura di posti vacanti con una rotazione tra le aziende individuate ai sensi dei protocolli d'intesa tra le Facoltà di Medicina e le Regioni. Le preoccupazioni degli specializzandi sono state condivise dalla Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina, che ha ribadito che la revisione in discussione va subordinata alla unicità del rapporto con l'Università a cui lo specializzando è iscritto, e a cui permane la responsabilità dell'efficacia del percorso formativo.

Se possiamo cercare di tradurre in linguaggio comprensibile le opzioni e le preoccupazioni degli specializzandi, delle Facoltà Mediche e dei Ministri, gli specializzandi chiedevano di mantenere una situazione attiva e responsabile, ma tuttavia protetta (sia sul piano professionale che assicurativo) e meglio retribuita dell'attuale; la riforma Bindi cercava di trasformare gli specializzandi da impegno finanziario in risorsa lavorativa per il SSN, ritenendo che in questo modo potessero "imparare facendo" più e meglio di quel che "imparano studiando".

In altre parole, questo voleva dire un viraggio dal sistema nostrano un po' mammista (vedi anche il pezzetto sul mammismo nelle lettere di questo numero), dove lo specializzando è ancora in larga misura un frequentatore impegnato-ma-non-troppo di una realtà in parte virtuale (l'accademia), verso il "sistema britannico", dove lo specializzando è un assistente pagato, in carriera, che lavora 80 ore alla settimana, all'interno di organici ristretti e sotto la semi-remota supervisione di un "registrar" e quella ancor più remota di un "consultant".

La trasformazione delle scuole di specialità da diplomifici di disinvoltata e facoltativa frequentazione in luoghi di lavoro, a tempo pieno e con borsa di studio, è sembrata a suo tempo (ed è stata) una rivoluzione straordinaria: ma ogni cambiamento ne comporta inevitabilmente degli altri. Tra questi, per gli specializzandi, il bisogno di maggiore dignità e di garanzie assicurative, ma anche, inevitabilmente, l'assunzione di responsabilità e di carichi di lavoro che, oggi, sono ancora molto diversi da sede a sede, senza una sicura garanzia di professionalizzazione.

Il timore degli specializzandi di finire sfruttati (i migliori di loro lo sono sempre stati) in sedi non "all'altezza" è comprensibile; anche se non è a priori così chiaro se le opportunità di apprendimento siano migliori, in Università o in Ospedale, o sul Territorio.

La soluzione migliore, non per essere sempre salomonici, ci sembrerebbe, e in questo senso non ci sentiamo così contrari al progetto Bindi, quella di una ragionevole rotazione, sotto il controllo, la supervisione, la collaborazione, impegnata (ma quali sono le garanzie?) della sede universitaria.

Ma nessuna garanzia può fare le veci, così pensiamo, di un impegno didattico (comunicativo) naturale e di una naturale buona volontà (non si può nemmeno pensare a una struttura didattica che non ne sia "naturalmente" animata).

Altre cose ancora vorrebbero gli specializzandi, e ci viene difficile dar loro torto: un numero chiuso più chiuso per l'accesso in

Facoltà; un numero programmato più programmato per l'accesso alle Scuole (vedi anche, sempre su questo numero, l'articolo di Vincenzo Calia sul tema generale). Questi interventi "strutturali" non saranno facili da ottenere; vi si oppone l'inerzia del sistema, di cui fa parte anche il TAR, strumento di garanzia ma anche di conservazione e di immobilismo. Anzi, siamo convinti che gli specializzandi in sciopero non ci pensassero proprio ad ottenerli, e avessero incluso queste richieste, simbolicamente e un poco strumentalmente, nel loro pacchetto, per conferire a quest'ultimo una valenza maggiore. In effetti, nell'ultimo disegno di legge presentato alla Camera nel marzo del '98 per la definizione del numero degli specializzandi sembra si faccia più caso al carico assistenziale delle strutture sanitarie inserite nella rete formativa che non dei bisogni. Qualcosa comunque, di quel che chiedevano, hanno ottenuto. Le strutture coinvolte nel processo formativo dovranno essere sottoposte ad accreditamento; una Commissione Regionale mista sovrintenderà e controllerà la qualità delle attività assistenziali dello specializzando e la qualità della formazione. Lo specializzando godrà di un contratto a termine, stipulato sia con l'Università che con la Regione, su un percorso formativo determinato dal Consiglio della Scuola, che implica "la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa alla quale è assegnato, ivi comprese le guardie, il pronto soccorso, l'ambulatorio nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali, con autonomia rivolta alle direttive ricevute eccetera eccetera". Lo specializzando godrà altresì di una retribuzione di base fissa (pagata dall'Università), a cui si aggiunge un supplemento progressivo,

proporzionale all'impegno assistenziale (pagato dalla Regione). Come si comprende, un dettato legislativo molto cauto, molto formale, molto morbido, fatto più di principi che di prescrizioni, ricco di non-detto, di equilibrio, contraddistinto da una certa ridondanza di garanzie formali, probabilmente debolissime al momento dell'applicazione; ma nell'insieme difficilmente criticabile, così almeno ci sembra, se non per questo eccesso di indeterminazione che d'altronde ha il vantaggio di lasciare le strade aperte agli uomini di buona volontà. Si sta cambiando. Si poteva cambiare prima. Le difficoltà e le incertezze del cambiamento sono uno dei frutti del passato disimpegno dello Stato Sovrano, e costituiscono quel debito incalcolabile "che non arriveremo mai a pagare" a cui è stato dedicato un editoriale a febbraio. Di questo debito fan parte anche i problemi irrisolti concernenti il numero, l'adeguatezza ai bisogni, la qualità delle strutture ospedaliere, dei docenti, dei medici prodotti dall'Università; ma anche l'attuale prudenza sulla via del cambiamento; e anche i timori del nuovo che potrebbe essere peggio del vecchio. Tutto sommato, a noi (noi di *Medico e Bambino*) sembrerebbe che si debba, con la giusta cautela e la giusta attenzione, ma anche col giusto coraggio, andare avanti; che ancora una volta, i timori degli specializzandi (come quelli degli studenti nei riguardi delle innovazioni didattiche) pencolino appena un poco, sul versante della retroguardia, o almeno dell'eccessiva cautela; e che solo nel rinnovamento (con tutte le sofferenze che il rinnovamento comporta, per persone, strutture, sistemi) e nel coraggio della sfida, si possa trovare la strada.

M&B

## CONVEGNO DI PEDIATRIA

### ABC PER IL PEDIATRA PRATICO: OLTRE LA CLINICA

Alghero, 11-12 settembre 1998

Venerdì 11 settembre mattina

**9.00 Lettura magistrale**  
Progressi nella valutazione del rischio genetico - A. Cao

**Celiachia oggi** - Moderatori: T. Meloni, C. Vullo

**9.30** Novità sulla patogenesi della celiachia - S. De Virgili

**10.15** La celiachia nel mondo - G. Fanciulli, C. Catassi

**11.10** Una malattia per quale specialista? - A. Ventura

**Piano sanitario nazionale, piani regionali e salute del bambino**

Moderatore: G. Tamburlini

**12.00** Osservazioni al piano sanitario nazionale e proposte per la riorganizzazione delle cure pediatriche - G.C. Biasini

**12.30** La salute infantile nel piano regionale - A. Bracciotti, Assessorato Sanità Regione Sardegna

Venerdì 11 settembre pomeriggio

**Itinerari di prevenzione del disagio giovanile** - Moderatore: F. Panizon

#### 1. L'EPIDEMIOLOGIA

**15.00** I dati disponibili - D. Baronciani

Uno sguardo alla realtà locale - V. Lamieri, Assessorato Sanità Regione Sardegna

#### 2. GLI INTERVENTI POSSIBILI

**17.10** Fattori di rischio e protezione - G. Tamburlini

La legge 285 e il ruolo dei servizi - V. Belotti, Firenze

Il ruolo della scuola - G.C. Arru, Provveditorato Studi di Sassari

Il ruolo dell'Associazione - P. Demartis, Associazione Primavera, Alghero

Sabato 12 settembre mattina

**Asma** Moderatori: F. Panizon, C. Vullo

**9.00** Prevenzione primaria e secondaria - A. Boner

**9.45** Immunoterapia specifica - G. Longo

**10.30** Uso degli steroidi topici - A. Corrias

**11.30 Vaccinazioni:** domande e risposte - B. Assael

**12.15** Dalla lezione all'interazione: l'utilizzo di Internet per il medico  
S. Fedele, F. Dessi

Sabato 12 settembre pomeriggio

**Colloqui con lo specialista** - Moderatori: A. Ventura, G.C. Biasini

**15.00 Casi clinici** - F. Panizon

**15.40** La comunicazione di malattia grave alla famiglia - C. Vullo

**16.10** Stenosi ipertrofica del piloro: esistono spazi per una terapia medica conservativa? - A. Dessanti

**16.40** Il piede nell'età evolutiva: bisogna sapere che... - G. Maranzana

**17.20 Casi clinici** - F. Panizon o A. Ventura

**18.00** La pratica della genetica medica in Pediatria - F. Pasquali

**18.30** Quando il bambino deve essere indirizzato all'oculista?  
F. Carta

**19.00** Chiusura dei lavori

COMITATO SCIENTIFICO: ACP Sezione sarda

Franco Dessi - Tel 0783/57401

Giovanni Fanciulli - Tel. 079/996270

Quota d'iscrizione fino al 30/6 Lire 200.000