

RIDATECI TOPO GIGIO: OVVERO, I COSTI DELLA VACCINAZIONE ANTI-H1N1

Sono stati (Conferenza Stato-Regioni) stimati in 500 milioni i costi aggiuntivi che le Regioni dovranno sostenere per la vaccinazione contro l'influenza H1N1. Tenendo conto dei costi per l'acquisto del vaccino sostenuti dallo Stato e di quelli indiretti (personale assunto *ad hoc*, logistica, comunicazione ecc., prevalentemente a carico delle Regioni), si stima che la spesa totale supererà gli 800 milioni di euro. Per avere un parametro di confronto, si pensi che si tratta di quattro volte il budget annuale messo a disposizione dallo Stato per la ricerca biomedica e sanitaria, che nel frattempo è stato ridotto nel 2009 del 20% rispetto ai precedenti (nel 2008) 200 milioni di euro, e di un importo pari al 10% dell'impegno totale per gli ammortizzatori sociali. Le Regioni, intanto, si apprestano a manovre finanziarie di fine anno che non potranno non operare tagli alla spesa sanitaria e sociale, che costituisce più del 50% del budget totale. Centinaia di migliaia di famiglie entreranno, nel 2009, nel novero di quelle sotto la soglia di povertà, senza adeguate reti di protezione del reddito.

Ora, la spesa è stata giustificata in base a valutazioni di rischio economico molto discutibili: si è sostenuto che ogni caso di influenza costerebbe, in farmaci, tra i 40 e i 160 euro (quando la stragrande maggioranza utilizzerà, al massimo, un FANS), mentre i casi ospedalizzati costerebbero in media 4000 euro (come se il 90% dei costi di un ricovero non fosse a prescindere dall'occupazione dei letti). Resta il costo economico delle giornate perdute di lavoro, e l'eventuale conseguente disservizio, tutti conteggiati come se il lavoro della giornata persa non fosse recuperato (in molti casi lo è). E resta l'ipotesi "catastrofica", giustamente presa in considerazione in caso di mutazione e di alta frequenza di complicanze polmonari anche in soggetti sani. E tuttavia, cautela per cautela, se dovessimo applicare questo principio, quali altre misure di riduzione del rischio dovremmo prendere? Del rischio idrogeologico, del rischio ambientale, del rischio di incidenti sulla strada e sul lavoro, e del rischio sociale innanzitutto. Non dimentichiamo che gli esiti di salute si determinano essenzialmente sul terreno sociale. Sarebbe quindi utile sapere da quali voci di bilancio il Governo (e le Regioni) preleveranno questo danaro, per capire quale sia il prezzo di cose non fatte che pagheremo per questo atto di politica di sanità pubblica.

Comunque la si voglia vedere (per la discussione riguardante rischi, efficacia e sicurezza del vaccino, si rinvia a quanto pubblicato da *Medico e Bambino* in questo stesso numero e nei precedenti), risulta dunque arduo pensare che non vi fosse modo migliore, e più efficace ai fini della protezione e del benessere di famiglie e bambini, di spendere una tale somma. E pare poco logico discutere il pro e il contro di un intervento protettivo massivo calcolandone costi e benefici come se tale misura fosse fuori dal contesto sociale ed economico generale. È più che possibile che, messi di fronte a opzioni alternative di spesa per affrontare rischi diversi, molti avrebbero di che riflettere. Questo modo di procedere, che scotomizza il contesto e le opzioni alternative di spesa, non appare sensato, eppure è pratica corrente.

Una cosa buona (e simpatica) che il Ministero ha fatto è la campagna preventiva presentata alla TV da un riedito Topo Gigio. Con la sua vocina nasale e il suo andare, appunto, gignone, sembra proporre all'Italia non solo le buone regole per ridurre il rischio di ammalarsi e di diffondere il contagio, ma anche una certa dose di buon senso. Lui, il topo, probabilmente qualche conto di maggior respiro tra costi e benefici l'avrebbe fatto. E buona parte di questi soldi li avrebbe spesi in formaggio, per sé e per i suoi topini. Non lo dice, ma c'è da giurarc.

Giorgio Tamburlini

ITALIA MALATA, SANITÀ MALATA

Fatto sta che la gente sta male. Sta male perché? Perché non si può vivere senza credere; perché ci si fa violenza, verbale e materiale, perché si ordinano i crudeli, anzi infami, respingimenti e perché si picchia a sangue chi veste o appare diverso, perché si è venuto allargando il gap tra parole, dichiarazioni retoriche e verità dei fatti, tramutati in irreali "fattoidi"; perché la frode, le raccomandazioni, anzi le imposizioni, i ricatti fatti e subiti, l'interesse personale o dei compagni di merenda hanno sostituito le scelte di merito, la giusta giustizia, la ricerca del bene per la cosa pubblica (nelle assunzioni, come negli appalti, come nelle sovvenzioni); perché l'Italia occupa ormai un posto (giustamente) umiliante nella classifica internazionale sulla corruzione. Perché, nell'attesa di un federalismo fiscale equo e solidale, che attribuisca alle Regioni, oltre al potere di fare (e disfare), anche la responsabilità della spesa e di un governo del territorio reale e leale (altra cosa alla quale nessuno può più credere), noi medici assistiamo, direttamente coinvolti, allo sgretolarsi di un Sistema Sanitario di cui qualcuno (io) riteneva fino a poco fa di dover tessere le lodi.

Ma certo, perché alla Sanità è devoluta la parte di gran lunga maggiore del budget delle Regioni, e dunque INEVITABILMENTE, in Italia, la Sanità è il capitolo sul quale si truffa, si ruba e si commercia di più (e non solo i politici, non solo i manager, non solo le imprese di costruzione, di servizi, di attrezzature, di farmaci; ma anche noi stessi, i medici).

Avant'ieri, la Calabria si affacciava a questo teatro shakespeariano con l'omicidio eccellente dell'Assessore alla Sanità, delitto oscuro nelle sue cause ultime, ma certamente legato a interessi "disturbati". Poi è comparso il buco nero delle finanze nel Lazio, 10 miliardi di euro, e quel che lo accompagna, compresi i tagli (nella rete ospedaliera?) per far finta di ripianarlo (senza poterci mai riuscire); e compresi i ricatti. Poi, o un po' prima, la Lombardia di Formigoni, con lo "scandalo" della Casa di cura Santa Rita, ultimo di una serie non breve di pulp film confezionati macinando la salute (la carne) dei pazienti. Poi l'Abruzzo di Del Turco (ma come è andata a finire? forse non lo sapremo mai). E poi, solo ieri, la Puglia con la nuvola nera delle protesi, della coca, dei corpi mercificati (delle ragazze e dei malati). E oggi, finalmente, la Campania dove, se anche tutti finissero candidi come colombe dopo il bucato (della prescrizione), si continuerebbe a respirare un puzzo asfissiante di monnezza, di diossina, di malgoverno.

Cosa è cambiato? Così era intitolata una breve serie (due articoli di ricordi, firmati da me), due articoli "disperatamente ottimistici". Cosa è (cosa era?) cambiato dal 1950 a ieri? Tutto, o quasi tutto, era cambiato in bene: il sapere, la qualità dell'assistenza, la nascita del SSN, il calo precipitoso della mortalità infantile, l'allungamento incredibile della durata di vita dell'adulto; tutto, quasi incommensurabilmente, col vento in favore. E adesso? Come mai in un mattino in cui mi accade di scendere dal letto col piede sbagliato e di aprire semplicemente il giornale, adesso, mi succede di trovarmi a confessare a me stesso che è tutto finito?

No, non è tutto finito. Soltanto (succede dappertutto, anche se in Italia molto di più) si conferma che l'avidità dell'uomo alligna dove c'è ricchezza, e la trasforma in letame. Il danaro, quando entra in scena, finisce sempre per far del male, a chi ce l'ha e a chi non ce l'ha. Danaro e Potere, Danaro per fare Potere, Potere per fare Danaro. È questa la regola che, da sempre, e sempre più in Italia che in altri "altrove", fa camminare la politica, trasformandola via via da funzione di servizio a carriera per il potere. E non è mai abbastanza, mai abbastanza. Non è mai finita.

Ma il male "percòla" (trasuda, cola giù), e sarebbe ipocrita negare che i medici ne siano rimasti immuni. A cominciare dalla testa, che del pesce è la prima a puzzare, ma arrivando poi anche agli ultimi della categoria, a noi, a voi operatori periferici del SSN.

Forse questa malattia, l'avidità, è il limite dell'uomo; la sua impossibilità a elevarsi, la causa prima della sua caduta (per una mela!!!), e delle sue cadute successive (per una mancia!!!). Cadute inevitabili? Forse.

In ogni caso, per quel che riguarda la Sanità, e con tutta evidenza per ciascuno dei casi sopra elencati, tutte queste cadute sono derivate dalla commistione tra Pubblico e Privato (e cattiva politica), con effetti moltiplicatisi dalla dispersione regionale delle responsabilità. E ciononostante, paradossalmente, Qualcuno, in seno all'Alta Politica e all'Alta Sanità, e rendendosi conto che non si può più andare avanti così, continua a proporre di curare la malattia del sistema accentuando questa confusione/commistione e appoggiando il futuro della sanità al Pilastro del Privato. Delegare, delegare. Così è accaduto che la delega per la gestione della salute dallo Stato alle Regioni abbia prodotto il variegato sfacelo a cui stiamo assistendo.

Bene. Credo che saremo ancora noi (voi) a dover resistere (resistere, resistere, resistere), nello spirito, tenendolo allertato, senza piegarci alla convenienza, dove questa ci direbbe di adeguarci; alla falsa razionalità (dell'aziendalismo bocconiano); alla ottusa ripetitività (dei Progetti-Obiettivo); alla stupidità (dei Direttori Sanitari); all'insofferenza (nei riguardi dell'isterica domanda di sicurezza dei pazienti e dei genitori); alla banalità e alla ingiustizia (delle denunce per malasanità, una malasanità che c'è, certo, ma che è altrove, a monte di dove si cerca di identificarla, presente e invisibile); al conformismo (nei riguardi, in ogni nostro atto, della quotidiana corruzione delle piccole cose).

Il Mondo salvato dai ragazzini, vecchio libro di Elsa Morante; qualcuno di voi lo ha letto? E domani, forse, si potrebbe scrivere il SSN salvato dai suoi medici. Speriamo.

In un mondo che non crede più a se stesso non è facile conservare l'integrità e l'amore per il proprio mestiere. Eppure,

bisogna che ci ricordiamo, tutti, che quello a cui il mondo crede dipende da ciascuno di noi, abitante di questo mondo. Il "pensiero" del mondo, la direzione in cui va il mondo, dipendono, per un una frazione che ha 6 miliardi al numeratore, da quello che pensa e da dove è diretto ciascuno di noi. E nessuno può far finta di non ricordarselo, di dimenticare questa sua responsabilità. Di rinunciarvi.

Franco Panizon

CONNESSIONI: LA PAROLA CHIAVE

È stato eletto il nuovo presidente dell'Associazione Culturale Pediatri, Paolo Siani. "Medico e Bambino" gli dà il suo benvenuto ed è molto contento di presentare ai suoi lettori il programma del nuovo direttivo, rivolto a tutta la pediatria italiana, che per un certo verso completa, conferma e rinforza, il contenuto dell'intervista a Dino Faraguna, pubblicata a pag. 580, e che rappresenta la voce della SIP.

Connessioni. Questa sarà la parola chiave che accompagnerà la mia presidenza per i prossimi tre anni. Connettere significa costruire collegamenti che mettano in relazione realtà, linguaggi, territori, persone diverse. Vorrei provare, in sostanza, a fare incontrare i pediatri e tutti quelli che si occupano dei bambini, superando sigle, appartenenze, inutili steccati che sarebbero ingenuo nasconderselo - esistono e a volte sembrano insormontabili.

Come ho scritto nel programma che è stato realizzato in collaborazione con il gruppo ACP della Campania e che potete leggere sul sito (www.acpcampania.it), non ho intenzione di guidare un'associazione presidentocentrica, ma lavorerò a stretto contatto con il direttivo nazionale, con i referenti dei gruppi regionali e con i responsabili delle segreterie, e avrò orecchie bene aperte per ascoltare tutti i suggerimenti dei soci ACP e di tutti i soggetti, pediatri e non, che dedicano tempo e lavoro al servizio dei bambini e delle loro famiglie, che vorranno creare connessioni con noi per migliorare la nostra attività, indipendentemente dalla loro appartenenza.

Il nostro obiettivo è essere bravi pediatri.

Essere bravi pediatri vuol dire prendersi cura del bambino nella sua interezza psicofisica e della sua famiglia. Siamo stati i primi in Italia a occuparci di sostegno alla genitorialità e i nostri progetti "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica" ne sono la più esemplare dimostrazione.

La mia attenzione sarà molto alta sul problema dell'ambiente, delle disuguaglianze e delle multi-problematicità, perché è lì che bisogna intervenire con progetti dedicati: questa è la fascia di popolazione a rischio che assorbe molte risorse e che contribuisce a mettere in crisi il sistema sanitario.

Gli ospedali, tutti gli ospedali grandi e piccoli, al Nord come al Sud, sono pieni di bambini a rischio sociale. Sono pazienti con basso livello di patologia medica ma alta patologia sociale, che si ricoverano per qualsiasi banale problema, bypassando i pediatri di famiglia e che l'ospedale ricovera perché sono pazienti "facili" dal punto di vista sanitario.

I 683 casi di enterite (il DRG 184, ad alto rischio di inappropriatezza) su 2120 ricoveri, effettuati nel 2007 nel reparto di pediatria dell'ospedale "Cardarelli" di Napoli, dove lavoro, hanno consumato 1920 giornate di degenza, ma erano 2332

nel 2005. Si tratta di ricoveri e di degenze inutili da un punto di vista sanitario, ma del tutto inevitabili per la condizione sociale. Si è riusciti a ridurle con una migliore organizzazione del lavoro e un'ulteriore riduzione si è verificata nel 2008. Ma questo non è sufficiente: sarebbe stato più opportuno individuare e mettere in atto strumenti per garantire la continuità di cure tra ospedale e territorio, i soli in grado di offrire un'assistenza oltre al ricovero e una presa in carico del problema socio-sanitario del bambino e della famiglia.

Le disuguaglianze meritano più attenzione e i progetti di intervento realizzati in questi anni da molti gruppi ACP vanno valutati e, se validi, diffusi senza esitazioni come buone pratiche da proporre agli organi istituzionali regionali e nazionali. L'esperienza inglese "Sure Start Local Programmes" (*Lancet* 2008;372:1641-7) potrebbe essere un modello anche per l'Italia.

In sostanza non è sufficiente affrontare il problema dell'assistenza solo dal lato ospedaliero - come talora si rischia di fare - separandolo da tutto il contesto delle cure e dell'assistenza sanitaria e sociale. È necessario e urgente che il territorio sia messo in grado di occuparsi delle cure primarie, risolvendo così l'80% dei problemi di salute, con nuove competenze per il pediatra che dovrà essere in grado di rafforzare le capacità genitoriali, di coinvolgere nuove professionalità e di costruire moderne metodologie di lavoro. L'obiettivo è creare una rete ospedale/territorio a livello regionale che tenga conto dei bisogni di salute dei bambini e degli adolescenti e che sia disposta a realizzare un'integrazione socio-sanitaria e un sistema di monitoraggio dove gli aspetti sociali, relazionali e sanitari, abbiano uguale dignità.

Secondo gli esperti dei sistemi organizzativi di cura esistono tre

livelli diversi di integrazione delle cure: il livello più basso è quello della connessione tra servizi territoriali e ospedalieri attraverso l'elaborazione di protocolli clinici comuni; il livello intermedio è quello di un rapporto tra i servizi attraverso un coordinamento di programmi condivisi che, nel rispetto delle autonomie, si occupi della effettiva applicazione dei protocolli e progetti comuni; il livello più alto è quello della organizzazione dipartimentale con risorse finanziarie autonome, équipe multidisciplinari che si riuniscono periodicamente, e del sistema informatico comune.

Lo spirito con cui insieme al direttivo ci muoveremo resta uno spirito di servizio, come è sempre stato sottolineato dai miei predecessori, come Giorgio Tamburlini ha scritto nel suo primo editoriale da presidente (*Quaderni acp* 1997;4:6), senza interessi da difendere o obiettivi personali da raggiungere, ma con lo scopo di produrre idee, strumenti da mettere a disposizione degli altri, senza mai acquisire o conservare il controllo di alcunché.

Certo, mi sento onorato di essere stato scelto dai soci ACP come loro presidente e (cito il prof. Fabio Sereni) mi tremano le vene ai polsi nel leggere i nomi dei presidenti che mi hanno preceduto. Cercherò di onorare questo impegno con lealtà, responsabilità e dedizione, stando sempre un passo indietro per valorizzare il lavoro del gruppo.

Infine, permettetemi di ringraziare sinceramente Sergio Conti Nibali per aver affrontato con me questa esperienza nuova ed entusiasmante in maniera leale e amichevole. Terrò in gran conto, insieme al consiglio direttivo, i suoi suggerimenti.

Paolo Siani
Presidente ACP