

PEDIATRIA OSPEDALIERA: UN NUMERO SPECIALE

Questo numero è proprio un numero speciale. Ci sembra di dire un numero storico, come quello che aveva ospitato la prima ricerca collaborativa nazionale dei pediatri di base, o quello che ha presentato i primi risultati sulla migrazione Sud-Nord o l'analisi dei bisogni inevasi, o dieci anni fa il primo e, più recentemente, il secondo progetto sull'organizzazione dei servizi pediatrici. La specialità di questo numero è che dà uno spaccato sincero dello stato delle cose nella pediatria italiana, ospedaliera e in parte non ospedaliera (cosa c'è nei ricoveri, cosa c'è dietro ai ricoveri). Veniamo a sapere, dalle relazioni caso per caso dei medici di 104 ospedali, che riguardano un campione di 2141 bambini, come quattro patologie tra le più comuni, l'asma, la polmonite, la pielonefrite, i dolori addominali ricorrenti, vengono curate in tutte le regioni d'Italia.

Un numero speciale, o un evento storico, rischiano anche di essere noiosi. In questo caso il rischio è doppio. Il materiale ha il suo valore documentario, che risiede innanzitutto nell'essere una ricerca, con materiale e metodi, numeri e tabelle, che le conferiscono una certa pesantezza (ma che sono indispensabili a una lettura obiettiva, diciamo pure "scientifica"); inoltre riguarda quattro condizioni molto comuni, di cui si è parlato si è parlato si è parlato, e che ciascuno ritiene di conoscere, di conoscere, di conoscere.

Ah, *that's the point*. Perché, malgrado tutti li conoscano, ciascuno fa poi a modo suo. Giusto, *vive la liberté*. Ma certo, questa è la prima sorpresa, che da sola attenua la noiosità possibile e stimola la lettura. Ciascuno fa per conto suo. Eppure ci dovrebbero essere, non si dice una regola, non si dice una scelta obbligata, ma almeno una linea, alcune linee di comportamento riconoscibili, che offrano, per delle malattie così comuni, e sostanzialmente così uniformi, delle scelte omogenee e condivise. Invece non è così; e questo non riguarda solo l'Ospedale dove i piccoli sono stati ricoverati, ma anche il territorio da cui questi bambini provengono. Da cui si deduce, per esempio, che il territorio sceglie per la cura della bronco-polmonite quasi sempre i macrolidi (mentre la convenienza, tenuto conto della gravità, delle resistenze e della prevalenza, dovrebbe far preferire i beta-lattamici); che poi l'ospedale (sono dati medi) inverte la scelta, ma in compenso usa il beta-lattamico anche nelle forme in cui alla dimissione avrà presunto una eziologia da *Mycoplasma*; o che si ricoverano molti più casi lievi che non casi gravi; o che il 20% delle diagnosi di pielonefrite restano "incerte"; che circa 1/3 delle asme ricoverate non hanno ricevuto un test allergologico né a casa né in Ospedale. Eccetera. Le critiche possibili, le cose migliorabili, o discutibili, e discusse, sono molte; e viene la tentazione di leggerle in negativo.

Noi vi chiediamo di leggerle in positivo. Il quadro che ci viene dato è forse un po' meno buono di quello che speravamo; ma è essenzialmente realistico, e sincero. Un'occasione, ricercata, per guardarsi, allo stesso tempo, reciprocamente in faccia, e ciascuno a un suo specchio; un Audit, che trova nella disomogeneità dei comportamenti (un male? un bene?) un motivo che giustifica al tempo stesso la fatica dell'indagine e anche la sua lettura.

Noi crediamo, come corpo redazionale, che la lettura dei quattro testi, e il confronto, da parte di ciascuno, del proprio comportamento e delle proprie convinzioni con quello di altri

e anche con le letture che i singoli relatori ne hanno fatto, derivate prevalentemente dalla *evidence based medicine*, siano ricche di stimoli, oltre che di verità. Che quindi questa grande ricerca non sia solo stata un'occasione storica per la ACP che l'ha condotta e per la rivista che la pubblica, ma anche una buona materia di lettura, e magari di letture collettive (di reparto, ma anche di gruppi professionali), in maniera da diventare per tutti quello che è già diventato per molti degli ospedali che hanno partecipato alla ricerca, cioè l'occasione per una serie di gruppi di lavoro alla ricerca di comportamenti condivisibili.

Ci sono pochi dubbi che da questa lettura emergano non solo gli aspetti (professionalmente istruttivi) di un'eccessiva variabilità nell'approccio terapeutico, ma anche alcuni vizi di fondo, più o meno comuni, a tutte le aziende: un eccesso di ricoveri rispetto alle necessità "vere"; un eccesso (e a volte un'incoerenza) negli esami richiesti; un eccesso nell'entità delle cure (terapie intramuscolari non necessarie, copertura antibiotica, durata della degenza); un difetto nella connessione tra Sanità ospedaliera e territoriale, accentuato, o addirittura voluto, dal quel processo che *Medico e Bambino* ha denunciato sul nascere come patologico: lo scorporo tutt'altro che obbligatorio, ma quasi sempre scelto, dalle aziende ospedaliere nei riguardi delle ASL.

Ci siamo detti comunque, sempre come gruppo redazionale, che il cercare e trovare il lato oscuro della nostra realtà sanitaria deve essere l'occasione per cambiare qualcosa. Alcune semplici osservazioni di confronto tra metodi di cura più e meno invasivi, e tra degenze più o meno lunghe, potranno condurre, se solo lo si voglia, a semplificazioni terapeutiche condivise ("fare meglio con meno"). Alcuni semplici confronti con servizi ospedalieri che accettano di ricoverare poco (cioè il giusto), e che "ciononostante" ricevono l'approvazione della Direzione aziendale perché così "risparmiano", potranno aiutare ciascuno a combattere dentro di sé l'ansia del letto occupato. E per quel che riguarda noi, l'evidenza di una mancata condivisione di linee guida semplici dovrà imporci (e un po' lo ha già fatto) di cambiare politica editoriale e dei congressi, aumentando l'attenzione ai problemi "banali". Così pensiamo che questo guardarsi allo specchio possa essere per tutti l'inizio di una nuova stagione.

Un pensiero presuntuoso? O solo patetico? Un pensiero come un altro.

M&B

**MANAGERIALITÀ BOCCONIANA E NO:
AZIENDALIZZARE COSA?**

E imperversano ancora. C'è una gara tra le ASL a chiamarli, e un senso di vuoto in chi non ha partecipato a uno di questi corsi. I corsi della Bocconi nel campo della sanità. Sono i moderni lanzichenecci: stanno appesando il clima dell'assistenza sia negli ospedali che sul territorio.

Portano come esempio, da imitare, un tal Direttore Generale di una certa "efficiente" ASL del Centro-Nord che, una volta insediato, offre una lauta cena a tutti i primari del "suo" ospedale, che si conclude con un brindisi: «Da domani sguinzagliatevi sul territorio e riempitemi i reparti (si sarà confuso,

ma voleva dire "le unità operative"). Solo così potrete essere premiati a fine anno». E pare che i colleghi siano stati al gioco (speriamo non tutti). Certamente quello di Pediatria. E così sono aumentati del 23% i ricoveri, con un incremento di quelli della durata di più di 1 giorno e una diminuzione del 7% di quelli inferiori a 1 giorno. «Siamo o non siamo Azienda?».

Senza neanche aver mai conseguito un master, ci siamo improvvisati professionisti di marketing e abbiamo voluto sondare la qualità del prodotto delle Aziende. Un campione che comprendeva reparti dalle Alpi all'Etna. Se ne parla abbondantemente nello speciale di questo numero.

Un supplemento di informazione ai dati sulla qualità delle cure viene dalla lettura delle lettere di dimissione. Varrebbe la pena di riportarne due, cinque, dieci campioni, ma sembrerebbe sempre una ricerca delle mostruosità. Non è così. Anche scelte a caso, molte, troppe lettere di dimissione appaiono rispondere a una convenzione formale, a un'informazione che non informa, a una giustificazione per un ricovero non pienamente giustificato. Tutto, meno quello che dovrebbe essere: un legame tra l'ospedale, la famiglia e il medico di famiglia; la sintesi reale del problema del bambino; la messa a fuoco del caso per un programma ragionevole.

Continuiamo a farci del male. Sì, a noi, come professionisti, e ai bambini e alle famiglie.

Il fatto che uno stesso bambino possa ricevere trattamenti diversi in funzione non del proprio problema clinico ma del luogo presso il quale viene assistito (cioè delle opinioni dei pediatri che lo assistono) pone seri dubbi sulle capacità da parte di questi (peraltro oggi definiti "manager") di contribuire a una razionale allocazione delle risorse, mettendone in discussione la capacità "tecnica" di identificare correttamente i bisogni assistenziali. La constatazione che situazioni cliniche simili (o le stesse, per lo stesso bambino) trovano risposte assistenziali diverse ha minato la credibilità stessa della professione. Viene spesso invocata l'"incertezza professionale" come spiegazione di comportamenti così disparati: se così è, approntiamo strumenti e occasioni per far bene il nostro lavoro. L'indagine della Commissione della Pediatria ospedaliera dell'ACP fa emergere un concetto di "incertezza collettiva" come risultato cumulativo delle tante personali "certezze", che ciascun pediatra deriva dalla propria esperienza e dalla propria personale interpretazione di dati, e da approcci organizzativi non sempre "etici".

«*Video bona, proboque, deteriora sequor*», S. Agostino. «Le cose giuste tu le sai, dimmi perché tu non le fai», una vecchia canzonetta.

Esplicitiamo le regole di costruzione di linee-guida, dal basso, approviamole, sono nostre: seguiamole. La Federazione delle Società Medico-Scientifiche suggerisce un percorso per una corretta implementazione:

- coinvolgere attivamente i potenziali utilizzatori delle linee-guida nel processo della loro produzione, al fine di stimolare il "senso di appartenenza";
- stimolare il coinvolgimento di specifici organismi professionali attraverso riunioni di lavoro;
- incorporare le linee-guida nel meccanismo routinario di assicurazione e valutazione di qualità.

Questo si propone di perseguire nell'immediato futuro la commissione per la Pediatria ospedaliera dell'ACP.

Tutto ciò riguarda la gestione della malattia in ospedale. Ma

c'è un problema che sta sopra a tutti: la polverizzazione e l'eccessivo numero dei reparti pediatrici, e la mancata connessione con il territorio. Vecchio, vecchissimo problema. Insolubile? Probabilmente sì. Ma vediamo cosa è già stato scritto nella rivisitazione degli standard per i servizi sanitari all'infanzia e all'adolescenza che l'ACP ha condotto e che è stata oggetto di pubblicazione sul numero di novembre del 1998 di questa rivista.

Vi si afferma: «La chiusura non è affatto la prospettiva unica per le UO di Pediatria troppo piccole per essere economiche e qualitativamente accreditate. (...) una soluzione, che può combinare risparmio di risorse e mantenimento di un servizio di qualità per il territorio di riferimento, è quella di mantenere un servizio di diagnosi e cura pediatrico a ciclo diurno, in grado di far fronte alle urgenze con esami di laboratorio e strumentali, osservazione breve e quindi riaffido al pediatra di famiglia». Ci convince? Formalizziamo una rete di questi reparti, scambiamoci riflessioni, ipotesi operative e sperimentiamo, e ritroviamoci a discuterne i risultati e a rielaborare eventualmente altre strategie. C'è lavoro e gratificazione per quanti vorranno.

Nicola D'Andrea
Commissione per la Pediatria Ospedaliera dell'ACP

LA VISITA DOMICILIARE E IL RUOLO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA (OVVERO, UN COLPO AL CERCHIO, L'OSPEDALE, E UN COLPO ALLA BOTTE, LA PEDIATRIA CONVENZIONATA)

Questo numero è dedicato, per la maggior parte del suo spazio, all'ospedale, e a una ricerca che ha coinvolto 104 ospedali e che si è risolta, certo senza malvolere dei ricercatori, che si sono sottoposti a una autovalutazione pubblica e coraggiosa, e certo senza malvolere nostro, che l'abbiamo anzi accolta felici, come se si trattasse dell'atto di partenza (perché non potrebbe essere?) di una nuova stagione.

Ma c'è in questo numero anche una lettera, più sommessa, che si riferisce all'altra parte (all'altro polo) dell'universo pediatrico, che merita un ascolto altrettanto attento. È una lettera firmata dal dottor Spataro, di Palermo, città "cara al cuore" (così si diceva di Trieste ottant'anni fa, dopo la sua annessione, e poi di nuovo cinquant'anni fa, dopo la sua liberazione) che ha per oggetto un tema minore, la visita domiciliare, ma che, anche per la sua immediatezza, semplicità e partecipazione, e specialmente perché tocca un problema cruciale della vita e della professione del pediatra di famiglia, sembra fare da eco e da controcanto alla più ponderosa performance ospedaliera.

La visita domiciliare è uno dei temi ricorrenti tra i pediatri convenzionati, nelle pagine e anche su queste pagine; un tema che divide (se ne fanno troppe, se ne fanno poche, qual è il numero giusto, guardate negli altri Paesi, non se ne può più, eccetera). Il dottor Spataro espone il suo punto di vista, che condivido, e sul quale ho tentato una breve risposta. Ma qui vorrei tentare di dire qualcosa di più, approfittando della domanda centrale, quella che il dottor Spataro butta giù come un sasso, giusto alla metà della sua lettera: quale è il ruolo del pediatra di famiglia, oggi?

Io penso che non debba essere né sopravvalutato né sottovaluto-

tato. Diciamo che è lo stesso ruolo, per la fascia 0-14 (o 0-17? sarà una bella impresa), di quello che è il ruolo del medico di famiglia per le età successive. Il pediatra costa poco più, pro capite, rispetto al generalista (ha un massimale più basso), ma spende di meno (ha anche malattie meno gravi). Dunque non è un investimento sbagliato per il SSN. Tuttavia, come il generalista, non ha dato quello che forse (dico forse, perché non credo che nessun legislatore ci abbia pensato più di tanto), rispetto a quello che ce se ne attendeva.

In poche parti del mondo è avvenuto (e in molte altre ci si limita a sperare che ciò avvenga) che il medico di base, pediatra o generalista che sia, abbia un ruolo forte nell'erogazione delle cure primarie: un ruolo forte che vuol dire responsabile, sapiente, magistrato (il ruolo del maestro nei riguardi del paziente e della società); che sia la persona a cui il SSN può dare fiducia e a cui il cittadino si rivolge con fiducia, che sa distinguere quello che è importante da quello che non è importante, che sa fare la parte del buon padre di famiglia nei riguardi dei suoi iscritti, che sa curare e sa quando si deve delegare la cura, che è al servizio senza essere servo, che non sperpera risorse, perché sa che lo sperpero impoverisce di risorse anche il paziente che ha contribuito a sperperarle.

Finora né il generalista né il pediatra di famiglia hanno saputo svolgere a pieno questo ruolo, né hanno contribuito a risolvere il problema dei ricoveri eccessivi, né quello dell'educazione alla salute della popolazione. Non è forse colpa loro, certo non solo loro; ma è un fatto che non l'hanno risolto. Al pediatra si chiedeva, forse, qualcosa di più rispetto al generalista: sia perché il pediatra è uno specialista (d'ora in avanti avrà sulle spalle ben 5 anni di "scuola" a tempo pieno) sia perché si trova all'inizio della vita, nel momento della nascita e della crescita della famiglia; e dunque potrebbe, forse, sul piano magistrato, sul piano del sostegno dello sviluppo (della famiglia e della società) e sul piano della prevenzione (della malattia, ma anche della non malattia) fare quel po' di più; ma non percepisco, pur non perdendo le speranze, che sinora l'abbia fatto.

È vero che c'è nella domanda globale di salute qualcosa di incessante, incontrollabile, ricattatorio; ma noi non c'entriamo proprio per niente? non ci abbiamo marciato? non ci siamo fatti la concorrenza tra di noi, tra ospedali e medici convenzionati, e tra medico e medico, per offrire tutto e subito? e anche quello che non occorre, anzi quel troppo che "stroppiava", visite inutili, certificati finti, ricoveri impropri, esami, esami, e antibiotici, antibiotici, antibiotici; e vaccinazioni, vaccinazioni, vaccinazioni; e apprensione, e dipendenza, e regole.

È vero che c'è nella domanda globale di salute una componente di pretesa, di abuso; ma è vero anche che queste qualità della domanda non si esercitano allo stesso modo nei riguardi di tutti i pediatri, né da parte di tutte le famiglie. È un problema di ascolto reciproco, di fiducia reciproca, di amicizia, dice Spataro (e io dico che ha ragione, perché credo che abbia ragione). Ma a chi compete di produrre questo clima? di chi dobbiamo lamentarci se questo clima non si è prodotto? della "gente"? (anche noi siamo "gente"). O del SSN? (siamo noi, il SSN). O del destino cinico e baro? E allora diciamo che ciascuno ha il destino che si merita; o diciamo che il destino è il destino; oppure cerchiamo di cambiarlo. Come? Cambiando noi stessi. Sarà ben strano quel maestro che ha tutti gli scolari

che van male; e che magari se la prende con qualcun altro, i genitori, la società; come se non fosse anche lui genitore e parte della società.

Il richiamo alla responsabilità di ciascuno può essere un facile slogan; e avete tutto il diritto di averne le palle piene. Ma non c'è possibilità di cambiare il mondo, o anche solo di evitare che peggiori (che non sarebbe un risultato da niente), se ciascuno di noi non ci mette qualcosa di suo.

Franco Panizon

NORME REDAZIONALI

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore; tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, sono sicuramente molto graditi. Le lettere vengono tutte accettate.

□ Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice:

Medico e Bambino, via S. Caterina 3, 34122 Trieste.
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590

È possibile l'invio anche per e-mail:
redazione@medicobambino.com

CARATTERISTICHE DEGLI ARTICOLI

□ Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (3-4 cartelle in videoscrittura), oltre alle illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). È fondamentale, inoltre, inviare un breve sommario in italiano (600/800 caratteri). Occorre indicare anche i nomi di battesimo degli Autori. La bibliografia va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

ACCETTAZIONE DEGLI ARTICOLI

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. Sia i tempi di risposta che i tempi di pubblicazione possono però essere lunghi. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposte all'Autore.

LETTERE

□ Tutte le lettere vengono pubblicate, quanto prima possibile. Le loro dimensioni non devono superare le 3000 battute (una cartella); in caso contrario, alcuni tagli, rispettosi del contenuto, possono rivelarsi necessari.

FILE, SUPPORTI E RETE

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta, dal momento che Internet "digerisce" con difficoltà immagini ad alta risoluzione (quindi molto ingombranti in termini di Kbyte).