

**Chi paga, chi pagherà,
l'assistenza sanitaria**

La lettera di Nuzzo sul n° 1 del 2002, intitolata "Per un'assistenza più razionale ed efficiente", mi ha per molti aspetti preoccupato: avevo pensato che fosse importante che qualcuno mettesse dei paletti di riflessione, e siccome (in parte) lo aveva fatto il prof. Panizon in risposta alla lettera, avevo deciso di tacere. Ma un caso appena successo in ambulatorio mi ha spinto a scrivere proprio su quell'unico punto su cui il prof. Panizon ha "assolto" Nuzzo, il n. 8, che recita: «La responsabilizzazione degli utenti rispetto alla richiesta di prestazioni ambulatoriali per problemi acuti, con contingentamento delle prestazioni annue fruibili gratuitamente, in modo che non superi limiti determinati in base alle oggettive problematiche di salute da cui è affetto il bambino». La ricorrenza (apparentemente immotivata) di visite per problemi banali potrebbe dipendere da una cattiva gestione della patologia "banale" da parte del pediatra, che si preoccupa di liquidare il caso con una sbrigativa rassicurazione (che spesso si traduce in una ricetta "nonsenso") o da qualcos'altro che cova sotto (spesso conflitti familiari, che richiedono tempo e disponibilità per farli venire fuori). Appunto il caso che mi è successo oggi in ambulatorio: C., una bambina di quasi sette anni, condotta in ambulatorio quasi settimanalmente da poco più di un mese per innumerevoli banali problemi, ho scoperto oggi essere l'oggetto delle voglie del nonno materno.

Il modo per non fare «superare i limiti alle oggettive problematiche di salute» consiste solo nel far bene il proprio lavoro. Ma mi pare di capire che viceversa potrebbe essere un (ulteriore) modo per "arrotondare lo stipendio" in regime di libera professione.

Io sto dalla parte di quelli che pensano che al mio stipendio di pediatra di libera scelta ci deve pensare solo il SSN e che nulla mi debba essere dato dai genitori dei miei pazienti. Anche se capisco che la Sanità in Italia sta tendendo verso altri lidi. Capisco, ma non mi voglio adeguare. So, comunque, di non essere il solo.

Sergio Conti Nibali
Pediatra di libera scelta, Messina

La lettera del dottor Nuzzo riportava alcune proposte per rendere la PdF "più razionale ed efficiente". Tra i vari interventi proposti si parlava della responsabilizzazione dell'utenza nel contenimento delle prestazioni annue fruibili gratuitamente per problemi acuti, in modo che non vengano superati determinati limiti (non oltre 20 prestazioni per la patologia cronica-recidivante

non grave; 8-10 prestazioni/anno gratuite per un bambino non affetto da patologie cronico-recidivanti).

Vogliamo credere, un po' in disaccordo con la visione del dottor Conti Nibali, che lo spirito di proposta di Nuzzo sia nella direzione di rendere la PdF più efficiente in risposta ai problemi dei bambini e delle famiglie, ponendo in secondo piano la parte economica. Ma, nello stesso momento, rimane difficile pensare che una limitazione delle prestazioni sia in questa direzione. Se da un lato è vero che il lavoro del PdF è oberato di visite a volte inutili, a volte ripetitive e frustranti (che distolgono lo sguardo verso altri problemi rilevanti), dall'altro chi opera quotidianamente come PdF sa bene che sarebbe davvero difficile e imbarazzante fornire dei "bollini" con dei numeri di prestazioni massime garantite.

I malati cronici o con patologia recidivante hanno pieno diritto a tutto (o quasi) per dare risposta ai loro bisogni. Se una famiglia con un bambino con patologia cronica si rivolge molto spesso (più del dovuto) ai servizi, di solito vuol dire che non è sufficientemente informata sulla gestione della patologia o che non è in grado di contenere l'ansia o che richiede delle cure davvero necessarie. Compito del PdF è impegnarsi di più per fornire informazione-strumenti di self management-care.

Per i bambini sani a volte una eccessiva richiesta di prestazioni può nascondere disagio. Il caso limite riportato da Conti Nibali è a riguardo istruttivo. Ma è appunto un caso limite e non può essere l'unica risposta alla proposta di Nuzzo. Una risposta conclusiva di fatto non c'è all'aumento di richiesta di prestazioni per patologie banali. Il limite di prestazioni è una strada percorribile ma rischiosa, in quanto può comportare un maggiore ricorso al privato, al Pronto Soccorso, e paradossalmente rischia di aumentare l'ansia genitoriale.

Da anni parliamo di strumenti per dare adeguate risposte a questo trend in crescita di richiesta di prestazioni per patologie banali. Dalla letteratura e dal buon senso sappiamo che esistono strade percorribili per ridurre tali richieste: a) educazione con strumenti più efficaci delle famiglie (uno dei punti della proposta di Nuzzo); b) nuovi modelli organizzativi ambulatoriali della PdF; c) capacità di negare prescrizioni diagnostiche e terapeutiche quando non necessarie in quanto generatrici di bisogni; d) comportarsi "per bene" (eticamente e scientificamente) nei confronti di colleghi, nel rapporto tra PdF-Ospedale-territorio (i messaggi contraddittori creano a loro volta richieste di prestazioni).

A pensarci bene l'assistenza razionale passa attraverso questi percorsi, che poi sono alcuni dei punti programmatici di Nuzzo e di spirito assistenziale di Conti Nibali

("fare bene il proprio lavoro"). Il limite alle prestazioni per problemi acuti è un percorso rischioso, in quanto significa tornare indietro aprendosi a un modello assistenziale che "limita" i rapporti, la capacità di dialogo tra PdF e famiglia, e che per ultimo può anche significare (non volendolo) disagio assistenziale, anche economico per il paziente.

Federico Marchetti

Un motivo in più per non lasciare i bambini "da soli" davanti alla televisione....

Sono un affezionato lettore della rivista, che seguo da una quindicina d'anni. Le scrivo per segnalare ai colleghi pediatri alcune considerazioni sul tema "TV e traumi", nate ripensando al caso recentemente giunto alla mia osservazione di un bambino di 6 anni che ha riportato la frattura biossea di un avambraccio a causa della caduta di un apparecchio televisivo da un supporto non stabile.

È ben noto ai pediatri che la televisione può provocare diversi possibili effetti negativi sulla salute dei bambini e degli adolescenti: dall'obesità (Robinson, 2001) alle crisi convulsive foto-indotte (Takahashi, et al. 2001); altri danni più sottili della TV sono il comportamento violento o aggressivo, l'uso di sostanze, l'attività sessuale, l'impoverimento dell'immagine corporea, la ridotta performance scolastica (AAP, 2001).

Proprio per salvaguardare la salute di bambini e adolescenti gli stessi pediatri hanno elaborato delle raccomandazioni per una corretta fruizione della TV in età pediatrica (AAP, 2001).

Vi sono dati sul possibile rapporto indiretto fra traumi infantili e comportamenti violenti o pericolosi indotti da una visione acritica dei programmi televisivi (Uberos, et al. 1998).

Ma la televisione o 'meglio' l'apparecchio televisivo ha anche una importanza traumatologica diretta, comportando morbidità e addirittura mortalità. Un'analisi retrospettiva compiuta in Alabama (Stati Uniti) sugli incidenti provocati dalla caduta di televisori da supporti non sicuri ha censito in 7 anni (1990-1997) 73 casi di traumi infantili, di cui ben 28 mortali (quasi tutti per trauma cranico). L'età media dei bambini vittime di tali incidenti era 36 + 25 mesi (31 + 22 mesi per i bambini deceduti) (Bernard, et al. 1998).

Consola solo parzialmente sapere che la TV è stata anche usata come mezzo curativo nella neurochirurgia conservativa (Hoffman, et al. 1999).

Da questi dati scaturisce l'importanza che le famiglie siano non solo educate ad

utilizzare in modo intelligente la TV, ma anche istruite a posizionare in modo sicuro l'apparecchio televisivo (il più vicino possibile al pavimento). Indicazioni in tal senso dovrebbero essere opportunamente pubblicate e far parte integrante dei libretti di istruzioni per l'installazione dei televisori.

Di seguito ho riportato la bibliografia essenziale consultata.

Stefano Mazzoleni, Padova

Bibliografia

- Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:1017-25.
- Takahashi Y, Ozawa T, Nakamura H, Yamada S, Okamoto H, Yajima S, Goto K, Kondo N. Long-wavelength red light emission from TV and photosensitive seizures. *Acta Neurol Scand* 2001; 103:114-9
- American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. *Pediatrics* 2001;107:423-6 .
- Uberos DJ, Gomez A, Munoz A, et al. Television and childhood injuries: is there a connection? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:712-4.
- Bernard PA, Johnston C, Curtis SE, King WD. Toppled television sets cause significant pediatric morbidity and mortality. *Pediatrics* 1998; 102:E32
- Hoffman B, Kaar G. Traction and television for reduction of unilateral childhood rotatory atlanto-axial subluxation. *Br J Neurosurg* 1999;13:71-2.

Viva la deontologia!

Leggo l'Accordo Regionale Lombardo per la Pediatria di libera scelta (pag. 3): «...con particolare riferimento alla chiusura di consultori pediatrici ridondanti e obsoleti rispetto all'ampliarsi dell'offerta della Pediatria di libera scelta».

Sorgono immediate alcune considerazioni:

1. È incredibile che in un accordo di una categoria (PLS) si pongano limiti arbitrari all'attività di altre categorie professionali (attività peraltro già consolidata e a costi contenuti)! Delirio di onnipotenza?

2. È preoccupante rilevare il livore con cui i pediatri della FIMP definiscono i consultori pediatrici: obsoleti e ridondanti! Problemi di identità da scarsa autostima o paura del confronto? Ma ancora più preoccupante è l'"ignoranza" dei suddetti pediatri su servizi del SSN che sono ad essi complementari, che si sono modificati e adeguati ai tempi e alle esigenze dell'utenza e sono attentamente monitorati nelle loro attività dalla ASL con valutazioni di efficacia e qualità (controllo che non esiste per i PLS). Questa mancanza di conoscenza è sicuramente un grosso limite nei riguardi dei pazienti.

3. È disdicevole che i pediatri FIMP si permettano di criticare implicitamente l'Azienda per cui lavorano, che manterrebbe servizi obsoleti e ridondanti.

4. È auspicabile che prenda atto di tutto ciò l'angelo custode che li protegge e permette comportamenti sconsiderati, inadeguati, inopportuni e immeritatamente privilegiati. E non mi dilungo in altre considerazioni per non scadere su un piano che non si confà alla mia categoria che ha sempre dimostrato un ben più elevato spessore culturale e impegno professionale, nel rispetto dell'etica e della deontologia.

Bianca Maria Fermi
via e-mail

La lettera della collega Fermi viene pubblicata seguendo quella che è la politica di "Medico e Bambino", cioè di dare spazio a tutta la corrispondenza che arriva all'attenzione della rivista. Si tratta di una lettera dura, un atto di accusa e nello stesso momento un'implicita richiesta di chiarezza. Noi speriamo che stimoli un sano scambio di idee, che dia modo ai lettori di capire alcune cose, forse generalizzabili ad altri contesti. Proviamo a cercare di capire i termini del problema.

• I consultori pediatrici hanno svolto (e in alcune realtà svolgono ancora) una loro funzione, diversa a seconda dei contesti organizzativi-culturali. A volte il ruolo svolto

è stato comprimario a quello della Pediatria di famiglia, forse inutile, forse anche di sano confronto, di opportunità di scelta da parte dell'utenza.

• Ma, ovviamente, i consultori non possono svolgere un ruolo vicariante rispetto a quello della Pediatria di famiglia. In questi anni si è parlato di un ruolo territoriale, si è suggerito che svolgano funzioni più sul versante assistenziale-sociale, per bambini e famiglie con veri bisogni (al di là della denominazione che oggi viene data alla Pediatria di comunità, che comprende anche quella consultoriale).

• Questo richiedeva e richiede un confronto e un dialogo "problem solving" con la Pediatria di famiglia e con quella ospedaliera. Sappiamo che in giro per l'Italia molte esperienze positive sono in questa direzione. Sappiamo anche che molti consultori sono scomparsi, senza che si sia sviluppato un percorso progettuale come quello riportato al punto 2.

La lettera della dottoressa Fermi ci dice una cosa in più: che in alcune realtà non vi è stata, in passato e anche recentemente, nessuna forma di dialogo, per colpa (se così possiamo chiamarle) reciproche. Pensiamo che non sia produttivo dichiararsi contrari a un progetto interdisciplinare, che vede la Pediatria di famiglia bisognosa di guardare a strumenti, persone, competenze territoriali di forte supporto "alla pari", per la presa in carico dei problemi dei bambini con veri bisogni; e nello stesso momento la Pediatria territoriale bisognosa della Pediatria di famiglia, per la conoscenza di questi problemi e per il ruolo di forte interfaccia decisionale con la famiglia e il bambino.

Si dirà che sono problemi noti, proposte attuate, inattuate, ma sicuramente in parte destinate all'insuccesso. Ma il punto è che occorre riaprirsi, in questo momento, a un confronto, per essere davvero nella condizione di essere efficaci e di qualità. Magari senza controlli, ma con il desiderio di vedere nel "progetto territoriale di gruppo" la possibile soluzione di molti problemi.

Federico Marchetti