

## PEDIATRIA DI GRUPPO, GENEROSA UTOPIA

Presentiamo in questo numero un breve focus sulla pediatria di gruppo, frutto di un miniconvegno "d'avanguardia" tenutosi a Roma nel marzo scorso, e testimonianza del forte supporto che *Medico e Bambino* dà a questa prospettiva culturale e assistenziale. Prospettiva per certi versi ovvia, uovo di Colombo. Perché mai infatti il PdF dovrebbe rinunciare alla possibilità di superare la solitudine professionale, di ottimizzare l'uso delle proprie risorse e del proprio tempo, di costituire un visibile punto di riferimento per le cure pediatriche, di acquisire status e contrattualità? E perché mai il SSN dovrebbe rinunciare a uno strumento per migliorare la qualità e la continuità delle cure e, forse, di contenere i costi attraverso la riduzione di alcuni doppioni (pediatria consultoriale, piccoli reparti di pediatria), resa possibile dall'organizzazione su larga scala della PdG? Cosa dunque ci separa da questa "soluzione"?

Il problema è duplice.

Da un lato infatti si tratta, a ben vedere, di impresa quasi disperata. Va condotta contro: a) l'inerzia del sistema, cioè del SSN, cioè dei sindacati, cioè dei Direttori Generali e degli stessi pediatri che rappresentano l'inerzia più capillarmente distribuita (sono più di 6000 infatti); b) l'interesse materiale degli stessi pediatri che devono sopportare costi reali e incertezze amministrativo-fiscali ben prima di apprezzare i vantaggi del nuovo modo di lavorare. Non a caso la pediatria di gruppo in Italia è ancora appannaggio dei pochi, anzi pochissimi, che hanno saputo dare un valore all'"impresa" in sé, al costruire qualcosa di nuovo assieme ad altri. Quindi, pur perdendoci, ci guadagnano. *Spiritus durissima coquit*, ma lo spirito è merce rara. Se anche, come fortemente si auspica, la nuova convenzione, o i piani regionali, o la volontà sperimentatrice di qualche DG, o tutti assieme, spingessero verso una più facile costituzione di esperienze di PdG, è difficile immaginare che questa realtà riesca a rappresentare una quota rilevante della PdF nazionale.

Dall'altro lato, si è forse esagerato nell'attribuire alla PdG un ruolo di panacea. I problemi dell'assistenza sanitaria, in pediatria come in medicina generale, sono la continuità assistenziale, l'accreditamento o, se vogliamo, le garanzie di qualità, il rapporto con i pazienti soprattutto nel senso della credibilità (qui la pediatria è messa un po' meglio) e, ultimi ma più importanti, la formazione e il rapporto con i bisogni. La PdG da sola non garantisce nulla di tutto ciò, anche se crea condizioni per fare meglio, soprattutto riguardo ai primi tre punti. Per un vero cambiamento occorre che l'offerta ospedaliera sia meno pervasiva, che un sistema di accreditamento funzioni (la convenzione pediatrica dovrebbe essere a termine ogni cinque anni come tutti gli altri posti di dirigenza sanitaria, per garantire uno stimolo reale oggettivo alla qualità), che un rapporto formativo e informativo con il paziente divenga elemento costitutivo e centrale della medicina di famiglia. Occorre soprattutto che i bisogni reali diventino visibili, che qualcuno inventi una vernice per colorare ciò che pare oggi trasparente al sistema di cure. Infatti, non è sufficiente organizzarsi meglio per fare meglio i test allergologici o la terapia aerosolica, o l'informazione sanitaria, se i veri problemi sfuggono ancora in parte significativa. A pensarci bene, la PdG forse potrebbe rivelarsi utile anche qui: un pediatra suf-

ficientemente buono potrebbe contaminare e lasciarsi contaminare più facilmente in un ambiente di gruppo (è provato), la migliore *intelligence* del gruppo potrebbe più facilmente individuare i bisogni non evasi. Forse. In ogni caso, per i PdF di buona volontà la PdG sembra una scommessa professionale forte, non obbligatoriamente vincente, ma certo meritevole di un serio tentativo.

Giorgio Tamburlini

## Th2/Th1, INFEZIONI, VACCINAZIONI, ATOPIA

Un fantasma si aggira per l'Europa: l'idea che ammalarsi fa bene, l'idea che vaccinarsi fa male. È solo un'ipotesi, ma un'ipotesi basata su osservazioni ragionevolmente solide: chi ha più epatite ha meno atopia; chi si vaccina contro il morbillo ha più atopia di chi si ammala di morbillo "selvaggio"; chi ha meno tubercolosi ha più atopia; i primogeniti, che si ammalano di meno e più tardi dei secondogeniti, hanno meno atopia di questi ultimi. Un corollario dell'ipotesi è che il sistema immunitario (come il sistema nervoso) abbia una plasticità molto alta nell'infanzia (nei primi 5 anni di vita) e che definisca, in questi primi anni, il suo "carattere", se orientato piuttosto verso la risposta Th1 (stimolo infettivo più massivo e violento > interferon gamma, IgA-IgG) o verso la risposta Th2 (stimolo infettivo attenuato > interleukina 4, IgE).

L'argomento, non nuovo a questa rivista, è affrontato nella sua completezza e con molto equilibrio nell'angolo dell'immunologo, in questo numero. L'ipotesi non è gratuita: cercare una spiegazione accettabile alla quadruplicazione dell'incidenza dell'asma in trent'anni si impone. È certo che ci sono anche altre ipotesi per questo esplodere della patologia atopica: tra queste, la più forte è quella di una sempre maggiore precoce esposizione al *Dermatophagoides* (case più ermetiche, maggiore umidità e calore); la più debole è quella di un effetto adiuvante sulla sensibilizzazione dell'inquinamento aereo da gas di scarico del traffico. Probabilmente tutti e tre i fattori (meno infezioni, case che non respirano, eccesso di automobili) concorrono; e purtroppo tutti e tre i fattori esprimono una sola cosa, che ha la colpa di essere irreversibile, e non solo perché comoda: l'artificializzazione del nostro modo di vivere. D'altra parte, cosa ci si poteva aspettare? che una modificazione così massiva dell'ecosistema quale quella introdotta da antibiotici, vaccini, urbanizzazione non avesse effetti biologici? Purtroppo, bisogna aggiungere, questa ipotesi era già nell'aria, lanciata da sempre dai movimenti antivaccinali, di cui l'ultima e più sofisticata minaccia è costituita dalla "ipotesi-sospetto-chi-può-dimostrare-il-contrario" che, nello studio del complesso HLA, si debbano cercare le controindicazioni al vaccino (vedi nella rubrica "Lettere"). E, in qualche modo, trova una voce di sostegno anche nel richiamo un po' patetico ma non incomprensibile della medicina omeopatica a non andar contro la natura.

In tutto questo, si inserisce fastidiosamente anche un discorso di tutt'altro segno. Mi riferisco a un editoriale dell'anno scorso (*N Engl J Med*, 337, 1228, 1997) intitolato: "When is too much too much?". "Quando è che il troppo è troppo?". L'editorialista

commenta i risultati (cl clinicamente molto buoni) di una campagna vaccinale contro il Rotavirus in Venezuela. Il vaccino anti-Rotavirus costa circa 30 dollari a dose e circa 250 milioni di dollari all'anno per una campagna vaccinale negli Stati Uniti: potrebbe far risparmiare un paio di centinaia di casi di morti annuali per diarrea e alcune centinaia di milioni di dollari di spese ospedaliere. Dunque, per gli Stati Uniti, va bene: il costo della malattia è troppo alto, il costo del vaccino è più basso; conviene. Nel Terzo Mondo il vaccino potrebbe risparmiare alcune centinaia di migliaia di morti. Ma quei Paesi non possono permetterselo: 30 dollari di vaccino sono troppi per Paesi in cui la spesa sanitaria pro capite è inferiore a 20 dollari/anno. Si ha l'impressione di assistere al gioco delle tre carte, dove il quasi-superfluo diventa obbligatorio, e il necessario diventa improponibile. Come leggerebbero questo discorso quelli dei movimenti anti-vaccinali? Che il Venezuela resti ben contento delle sue migliaia di morti e che gli Stati Uniti facciano pure, tanto la cosa gli si rivolterà addosso? E come li leggerebbe un difensore della "naturalità"? che sono meglio quelle centinaia di migliaia di morti ("naturali") per diarrea o quei milioni ("innaturali") di asmatici in più? Meglio sarebbe nessuna delle due cose: e l'articolista del "When is too much too much?" sceglie, per il Venezuela, la politica della reidratazione orale (che forse in Venezuela già fanno, e questo vorrebbe dire che il difetto è in qualche altra parte del manico e che le cose sulla carta sono diverse da quelle nella realtà); e noi, dal canto nostro, sul versante dell'atopia, avendo scelto per l'asma i corticosteroidi inalanti, ci dichiariamo soddisfatti del fatto che, a fronte del 2% annuale di asma in più, c'è un 2% in meno di morti per asma per merito, pensiamo, di una sana e diffusa allopatia.

Il discorso è ancora un po' più complesso. In controtuce, ma neanche tanto, c'è la voce dell'industria, che deve andare avanti. Anche questo discorso non è nuovo su queste pagine (ed è l'espressione ancora una volta di una ricerca di mediazione tra il *too much* e il *too less*). Abbiamo bisogno di un'industria che vada avanti. Lo vuole il senso stesso del nostro essere uomini. Il costo della ipermedicalizzazione è anche quello di mantenere la ricerca biotecnologica, quindi l'industria. E un'industria che va avanti difficilmente smetterà la strada della ricerca sui vaccini e sugli antibiotici (oltre che sui serramenti, sulle automobili, sull'alta velocità, sui condizionatori, sulla rete elettronica, sui satelliti), e la deriva ecologica in atto è, al di là di ogni illusione, inevitabile. Solo che l'industria non è solo il capitalista nemico: l'industria, lo vogliamo o non lo vogliamo, siamo ancora tutti noi.

Può non sembrare, ma questo è un numero carico di pessimismo. Per la deriva inevitabile della tecnologia e dell'ecologia, per il prevedibile fallimento della "generosa utopia" della pediatria di gruppo, per l'insanabilità del conflitto tra medicina dell'evidenza (ovvero della dimostrabilità epidemiologica) e medicina dell'eventualità (ovvero dell'irripetibilità del caso clinico), per l'inafferrabilità (e per l'inanità) della scelta giusta e per l'insondabilità del prossimo futuro. Ancora una volta la scelta inevitabile sarà (ma quanto è difficile) quella del giusto mezzo: tra utopia e realismo; tra la individualizzazione del problema clinico e le scelte suscettibili di generalizzazione; tra l'accettazione dell'interesse come motore della società e il richiamo del-

la solidarietà tra gli uomini. Alla fine delle fini, non potremo che ripiegare sulla fedeltà al nostro mestiere e al nostro paziente; tra l'ipermetropia, la miopia e la cecità, scegliendo, tra le tre, la miopia del giorno per giorno e della buona pratica medica.

Franco Panizon

### COMINCIA A DEFINIRSI IL PROGRAMMA DEI LABURISTI PER LA SANITÀ INGLESE

Nel periodo Thatcher la politica del Labour era stata caratterizzata prevalentemente dalla critica al modello conservatore che prevedeva il "mercato interno" dei produttori e dei compratori di prestazioni; la sanità era gestita come un modello aziendalistico-mercantile in via di trasformazione privatistica. Lo strumento più potente, per la trasformazione privatistica, era costituito dalla istituzione dei Fundholder (letteralmente "gestore dei fondi", "centro di spesa"). I Fundholder sono gruppi di practitioners, che servono una base di almeno 7000 utenti, e che hanno un loro budget cumulativo, nell'ambito del quale possono decidere sulla spesa per assistito (dal ricovero all'esame di laboratorio, ai farmaci). Secondo i laburisti l'istituto poneva i medici di base (che assumevano, loro sì, tutte le caratteristiche del "cliente") nella condizione di acquirenti privati di prestazioni per i propri assistiti e rappresentava uno strumento di attivazione del mercato.

È interessante notare che i conservatori erano stati costretti a istituire norme di competizione interna al sistema perché, in Gran Bretagna, non vi erano sufficienti strutture private in campo sanitario per instaurare una competizione fra pubblico e privato, mentre in Italia, dove il modello fu importato con la prima 502 (Amato-De Lorenzo), vi erano abbondanti presenze private sul mercato.

Le critiche principali dei laburisti al modello Thatcher erano:

□ La gestione della sanità frammentata in migliaia (circa 4000) di strutture di gestione (le Health Authorities, cioè le nostre AUSL, i Fundholder) impedisce la programmazione di interventi su scala ragionevolmente ampia e lascia tutto a una visione mercantile della sanità.

□ I cittadini di fronte ai Fundholder possono non essere eguali, in quanto chi ha maggior rango sociale ottiene di più.

□ I Fundholder hanno maggiore potere di tutti gli altri medici, in quanto sono in grado di indirizzare l'acquisto di prestazioni; questo istituisce condizioni di conflitto.

□ I criteri utilizzati dai Fundholder hanno a che fare con il costo, con l'efficienza, ma non con la qualità e l'efficacia.

□ I costi amministrativi dei Fundholder sono insostenibili.

□ Mancano controlli democratici in quanto il compito istituzionale delle Health Authorities (HA) e dei Trusts (enti di produzione dei servizi ospedalieri o territoriali o misti: T) è solo finanziario.

Lo schema proposto ora dal partito laburista al potere salva la separazione fra le HA e i T, cioè fra chi amministra i fondi del SSN e chi "produce" e fornisce le prestazioni, ma specifica meglio le relative funzioni e interrelazioni.

Anzitutto viene effettuata una distinzione di funzioni:

□ alle HA non solo il livello di acquisto, ma anche quello di programmazione (la programmazione rappresentava nel modello conservatore la grande assente);

□ ai T il solo livello di produzione dei servizi.

Le HA eserciteranno la loro funzione programmatrice formulando l'*Health Improvement Programme* che avrà durata triennale a far tempo dal 1999 e avrà l'obiettivo di:

1. dare risposta ai bisogni di salute degli abitanti dell'area;
2. definire servizi, prestazioni, investimenti necessari per soddisfarli;
3. fare accordi di programma con tutte le componenti assistenziali che forniscono prestazioni determinando le tariffe di acquisto.

Il livello di distinzione è, per ora, ma lo sarà meno in futuro, più marcato che in Italia, dove le AUSL sono contemporaneamente acquirenti di servizi ospedalieri dalle Aziende e produttori di servizi territoriali e spesso anche ospedalieri. Più precisa invece è la collocazione del livello programmatore al quale i produttori di servizi devono adeguarsi se vogliono vendere servizi.

Al posto dei Fundholder (che finiranno il 1° aprile 1999, ed è probabile che questo comporterà anche da noi la fine delle proposte di budget per i medici di base) nasceranno i *Primary Care Groups* (PCG). Questi sono sia strumento assistenziale che organo di rappresentanza e di partecipazione alla gestione da parte dei medici di base, ma anche degli operatori non medici e delle comunità locali. Ogni area di 100.000 abitanti (un nostro distretto) avrà un PCG. La partecipazione dei medici è obbligatoria e non facoltativa come ai tempi del fund. Compare insomma una visione comunitaria della gestione della salute, sia sul piano dell'amministrazione che su quello tecnico-sanitario, ignota al modello conservatore che, speriamo, farà pensare anche in Italia.

Le funzioni dei PCG sono:

□ informative: fornire i dati epidemiologici (bisogni, offerte) e tecnici alle HA per la formulazione dell'*Health Improvement Programme*;

□ operative: collaborare alla formulazione del programma;

□ amministrative: acquistare i servizi sanitari per attuare il programma (funzione che prima era delle HA o dei Fundholder) sulla base di tariffe concordate. In sostanza, un sistema di tariffe per prestazione, comunque strutturate, viene giudicato inevitabile in quanto la quota capitaria sembra di per sé insufficiente a garantire un soddisfacente utilizzo delle risorse;

□ valutative: verificare (mediante un *Local Medical Committee*) la qualità dei servizi acquisiti e di quelli prodotti dal gruppo nell'area delle cure primarie e la soddisfazione dei bisogni di salute;

□ produttive: in casi particolari i PCG possono diventare produttori di servizi (*Primary Care Trust*) da vendere alle HA, sempre mediante la determinazione di tariffe; ciò per le cure primarie, la medicina di comunità, la riabilitazione e addirittura la gestione di ospedali di comunità rurali. Questo sottrae, di fatto, ai Trust la gestione di una quota di prestazioni tridimensionandone lentamente l'importanza e renderà, se attuato, i PCG più simili a un distretto di una nostra AUSL.

Per i nuovi compiti gestionali i medici e i tecnici riceveranno un

compenso aggiuntivo. Saranno molto autonomi nella gestione dei loro finanziamenti: il loro budget sarà "unico" mentre quello dei Fundholder era previamente diviso in quote invalicabili per farmaceutica, ricoveri, specialistica ecc. senza possibilità di debordamenti settoriali.

L'utilizzo per scopi amministrativi nelle comunità dei professionisti è un'antica tradizione delle strutture inglesi.

Un altro punto su cui i laburisti stanno riflettendo è quello di riattribuire al SSN la competenza sui servizi sociali sottratti al SSN dai conservatori con il *Community Care Act* del 1993, e attribuita ai comuni esattamente come successo, per evidente copiatura, in Italia. Non a caso si sta riflettendo sullo stesso tema nel parlamento italiano.

I Trust si trovano quindi di fronte a un maggiore, forse crescente, potere delle HA: fino a ora i Trust hanno consumato il 75% del Fondo Sanitario, ma il progetto laburista tende a ridurre tale quota con una maggiore capacità di intervento delle HA. I programmi dei Trust non potranno essere elaborati dai direttori generali all'interno delle loro direzioni e "offerta ai clienti", ma dovranno essere concordati con i PCG attraverso le HA. Ancora una evidente limitazione di potere sulla quale sarebbe bene riflettere anche da noi. I capi sia dei Trust (*Chief executive*) che delle HA (*Chairman*) saranno ancora nominati tutti dall'esecutivo del SSN in base alla ferrea concezione centralistica dell'amministrazione inglese che non prevede decentramenti regionali. Il *Chief* sarà però coadiuvato da un consiglio di amministrazione (*Trust Board*) composto da amministratori locali e da una specie di consiglio dei sanitari (*Board subcommittee*) che, al contrario dell'Italia, sembrerebbe avere, però, potere reale nella gestione della qualità.

Il modello laburista, infatti, assai più di quello precedente che puntava tutto su obiettivi di risparmio di marca aziendalistico-mercantile (mentre, nonostante tutto, la spesa del SSN ha continuato a crescere regolarmente) punta sulla qualità. Gli sono ignote certe deviazioni qualitologiche di moda in Italia: l'enfasi procedurale sulle norme ISO-9.000, sul Toyotismo e così via.

Per incrementare la qualità il modello istituisce un *Institute of clinical excellence*, che si dovrà occupare di linee-guida, di metodologie, di Audit che appartengono alla tradizione inglese del King's Fund, e un *National service framework* che dovrà elaborare indicatori di efficienza e di efficacia dei servizi. Anche i profili di cura dovranno essere concordati fra medici dei Trust e medici dei PCG per istituire un rapporto, anche colà finora poco stretto, fra ospedale e territorio. Dovranno essere definiti dal *National service framework* anche i costi delle linee-guida adottate dai Trust in modo che le HA abbiano modo di rendersi conto della realizzabilità nel concreto delle medesime, perché potrebbero anche rimanere sulla carta.

Come il lettore avrà notato, non si tratta di una rivoluzione, ma, alla maniera inglese, della immissione di strumenti di radicale modificazione del sistema, sui quali si può riflettere anche a casa nostra, ritoccano, rivedendo in corso d'opera, sul campo, lo sviluppo del nostro modello di Sistema Sanitario Nazionale che non poco si è ispirato, in particolare con la legge 502, a quello inglese.

Giancarlo Biasini