

Aggiustamenti tra Ospedale e Territorio

Tra le dichiarazioni di intenti dei Decreti di riordino del SSN (502/92) c'è lo spostamento di risorse dall'Ospedale al Territorio: il rifinanziamento di quest'ultimo, la riqualificazione e il rafforzamento, ma più spesso addirittura l'istituzione dei Distretti, la compenetrazione (finalmente) tra sociale e sanitario. In questa prospettiva, tanto vagheggiata da lontano e tanto problematica da vicino, sembra scolorire (o rischia di assumere concretezza?) il fantasma tanto inutilmente e letterariamente evocato del Dipartimento materno-infantile, il legame, funzionalmente così necessario ma mai formalmente realizzatosi tra "dentro" e "fuori", tra prevenzione, terapia e riabilitazione, tra pediatri di libera scelta, pediatri di comunità e pediatri ospedalieri, sembra doversi trasformare in un rapporto di make-or-buy.

Niente di male: un legame ideale, e anche un legame funzionale, può realizzarsi e crescere anche passando attraverso una divisione di funzioni e un rapporto regolamentato. Ma qualcosa mi dice che non sarà così; il rapporto tra enti tende a essere sempre più basato su regole di mercato: dettato dunque piuttosto dall'economia che dalla solidarietà.

Il problema del territorio riguarda assai più la pediatria che altre branche della medicina. La pediatria, infatti, negli ultimi decenni si è fatta sempre più ambulatoriale: la patologia acuta è sempre più rara, sempre meno grave, sempre più facilmente maneggiabile a domicilio o in ambulatorio. La Pediatria Ospedaliera si è, in effetti, adeguata nel tempo, elasticamente, a questo cambio, anzi, lo ha sostenuto. Nell'Ospedale materno-infantile dove io lavoro, circa un terzo delle risorse sono dedicate all'attività ambulatoriale. Ma se, come c'è da attendersi, il nuovo tariffario che impone dei prezzi "di mercato" finirà per tradursi in una limitazione di questa funzione, che è già obiettivamente scoraggiata dal sistema di finanziamento dell'Ospedale (l'ambulatorio rende comunque meno di quello che costa), sarà difficilmente evitabile che questo fronte dell'assistenza venga poco a poco squarnito. Si apre di conseguenza un nuovo scenario possibile, in cui la Pediatria Ospedaliera riduce le sue prestazioni rivolte all'esterno (e, forse, sempre di conseguenza, i suoi organici) e dunque alla Pediatria di famiglia si aprono nuovi spazi di attività concorrenziale.

È, per ora, una concorrenza teorica, che però potrebbe diventare reale. E il pediatra di famiglia (che a mio avviso dovrà rinforzare le sue competenze e le sue capacità di erogare prestazioni, organizzandosi in poliambulatori) troverà un interesse (materiale) in questo tipo di lavoro, o incentivi e sostegno da parte dell'Azienda territoriale. A vantaggio del territorio sta il rapporto più diretto col malato e la gratuità della visita, la maggiore personalizzazione; a vantaggio dell'Ospedale sta la maggiore accessibilità (è aperto 24 ore su 24), il più facile ricorso del medico alle attrezzature, al laboratorio e al ricovero, la maggiore esperienza-competenza subspecialistica e la superiorità del lavoro in team. Una concorrenza che oggi non c'è, e che domani, se non cambia qualcosa, lo vedrebbe ancora, probabilmente, vincente. Ma la pediatria di libera scelta è anagraficamente

più giovane, e qualche volta è mossa da un orgoglio che può anche spingere di più che non il solo vantaggio economico.

C'è poi, almeno in alcune regioni, un'altra carta in mano dei pediatri di famiglia. La chiave di accesso all'ambulatorio ospedaliero e alle prestazioni diagnostiche strumentali e di laboratorio sta oggi in mano al pediatra di libera scelta; almeno per i bambini al di sotto dei 6 anni questi accessi sono infatti legati all'impegnativa sottoscritta dal loro medico. Se la pediatria di famiglia saprà rispondere in pieno alle richieste, questo potrà essere bene anche per l'utente. Altrimenti, questa chiave sarà solo un impaccio in più per un'assistenza pediatrica che fino a ieri (fino a prima dei PRUO, dei DRG, dei tariffari) non sarà stata perfetta ma certo era di facile accesso, economica, totale. La "scappatoia", sia per l'Ospedale che per il bambino, resta il Pronto Soccorso, dove l'accesso è aperto e la prestazione non è retribuita (per l'urgenza "vera") o è retribuita con un ticket molto modesto (per l'urgenza "falsa" o "strumentale"). Ed è possibile, come già si è detto, che nel Pronto Soccorso, nell'osservazione breve, nella "emergency room" finisca per riassumersi la funzione residuale della Pediatria Ospedaliera, e che questo rimanga il luogo dello scambio tra cultura ospedaliera e cultura ambulatoriale.

È possibile. Ma sarà utile? Ci sono evoluzioni difficili da controllare, previsioni non fattibili con sufficiente attendibilità. La previsione più semplice è che due diverse strutture, pagate a prestazione, mettendosi in concorrenza tra di loro, anziché economizzare, moltiplichino le proposte di prestazioni a pagamento; e che la spesa (oramai privata) per la sanità si gonfi inutilmente. Occorrerebbe, perché questo non avvenga, o che vengano poste strette regole al mercato, o che una delle parti in causa sia messa nelle condizioni di fare da calmiera. L'Ospedale, per la sua stessa natura, è, e deve restare, una istituzione strettamente non-profit; ma il non poter guadagnare non è sufficiente a mantenerla libera dalla necessità di mettersi in concorrenza, ove la sua stessa sopravvivenza ed efficienza fosse condizionata dalla "resa"; e la sua funzione di potenziale calmiera ne resterebbe assolutamente indebolita. Più si procede nella strada dell'aziendalizzazione e più sono gli elementi di preoccupazione che si affacciano. Nel momento in cui si paga la prestazione anziché la salute, anzi nel momento in cui si pone la resa economica come misura dell'efficienza, si indeboliscono automaticamente i principi vocazionali di un servizio gratuito, basato su un'offerta non interessata; e che non può essere tale se chi si serve non percepisce il suo ruolo oblativo. Un medico, un infermiere, una struttura, un sistema sanitario, così come un sistema educativo e i suoi operatori, devono sapere, sentire, che danno più di quel che ricevono. Comunque su questa strada siamo, e su questa strada dobbiamo procedere. Le cose si assesteranno. Ma sta anche in noi fare in modo che si assestino nel modo più giusto possibile.

Franco Panizon

Una nuova legge per l'infanzia

Abbiamo una nuova legge: si tratta della legge del 28.8.97 n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità dell'infanzia e dell'adolescenza". La legge, approvata dal Parlamento su iniziativa proposta del Ministero della Solidarietà Sociale, istituisce il "Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza" e ne definisce ambiti territoriali di intervento e finalità.

Le finalità comprendono: la realizzazione dei servizi di sostegno alla relazione genitori-figli e di contrasto della povertà e della violenza; l'innovazione e la sperimentazione di servizi socio-educativi, in particolare per la prima infanzia; la realizzazione di azioni positive per la promozione dei diritti, per il miglioramento della fruizione dell'ambiente umano e naturale, per la valorizzazione delle caratteristiche di genere, culturali ed etniche, e infine azioni per il concreto sostegno economico, diretto o tramite servizi, alle famiglie naturali o affidatarie con uno o più minori con disabilità. Si prevede tra l'altro: l'accoglienza temporanea di minori in piccole comunità educativo-riabilitative in alternativa al ricovero in istituti, la realizzazione di case di accoglienza per donne in difficoltà con figli, interventi di prevenzione e assistenza nei casi di abuso, il potenziamento di servizi di rete per interventi territoriali educativi e anche di pronto intervento, servizi per bambini nei primi anni di vita con caratteristiche ludiche e culturali, anche auto-organizzati dalle famiglie e dalle associazioni.

La legge stanziava 117 miliardi per il '97 e 312 miliardi dal '98 in poi e definisce criteri di ripartizione del fondo che assicurano una quota del 30% del totale alle grandi città, in particolare del sud, mentre il resto del finanziamento viene ripartito fra le varie regioni, attraverso criteri di "bisogno" quali la percentuale di famiglie in stato di povertà, la percentuale di dispersione scolastica, la carenza di strutture per la prima infanzia ecc.

La legge, che si richiama esplicitamente alla Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo - resa esecutiva in Italia nel 1991 - è senz'altro piena di buone intenzioni, e risponde all'esigenza più volte segnalata, anche dagli stessi pediatri, di una ripartizione più equa degli interventi di "welfare" a favore dell'infanzia.

Vi sono tuttavia non pochi problemi.

Innanzitutto la legge stabilisce che destinatarie dei fondi siano le regioni, le quali sono chiamate a definire gli ambiti territoriali di intervento, e cioè in sostanza gli enti locali interessati. Gli enti locali devono poi provvedere, mediante accordi di programma, cui partecipano le aziende sanitarie locali, la scuola, la giustizia e l'associazionismo, alla definizione di progetti che a loro volta vanno approvati dalle regioni che provvedono infine agli stanziamenti. Chiunque abbia una qualche esperienza di gestione di servizi può immaginare le difficoltà, i conflitti e in definitiva i tempi che inevitabilmente saranno necessari. Meglio

sarebbe stato, probabilmente, che almeno alcuni enti locali, le grandi città destinatarie ad esempio, fossero stati riconosciuti come destinatari e gestori diretti dei fondi.

In secondo luogo, le stesse ampie finalità della legge e la fin troppo ampia possibilità di attività previste rischiano di portare a un utilizzo dispersivo, non coerente e quindi non produttivo dei fondi, che pure sono sostanziosi (città come Napoli o Palermo dovrebbero ricevere qualcosa come 80 miliardi in tre anni). Qualche forma di linee guida per la definizione di priorità e una pianificazione coerente saranno necessarie, così come un monitoraggio e una valutazione dell'efficacia della spesa, che peraltro la legge prevede.

In ogni caso la legge c'è e abbiamo il dovere di usarla e farla usare al meglio. Alcuni punti di appoggio possibili sono previsti dalla legge e altri possono essere identificati in sede regionale e locale.

Per esempio, il Centro Nazionale di Documentazione sui Minori, istituito dalla Presidenza del Consiglio (le cui finalità e la cui già ricca documentazione può essere ritrovata al sito www.minori.it), avrà il compito di dare supporto tecnico alla formulazione dei progetti.

Vi è un passaggio della legge (art. 2) che stabilisce che le regioni possono istituire "fondi regionali per i finanziamenti per il piano di intervento, ... impiegare una quota delle risorse a loro attribuite per la realizzazione di programmi interregionali di scambio e di formazione in materia di servizi per l'infanzia e per l'adolescenza". Il che significa che, opportunamente stimolate, le regioni potrebbero attivare dei piccoli segretariati (bastano 2, 3 persone) per fornire documentazione e sostegno a quanti volessero impegnarsi nella presentazione di progetti e far tesoro delle esperienze altrui.

Difficoltà già si possono facilmente prevedere nella formulazione degli "accordi di programma" a livello degli enti locali, o di enti locali associati, nell'assenza di una figura di riferimento per l'infanzia, la cui istituzione (una delega diretta da parte del sindaco potrebbe essere una via immediatamente percorribile) sembra poter essere uno strumento efficace di coordinamento delle varie realtà operanti nel settore dell'infanzia.

Questa legge non riguarda direttamente l'operatività quotidiana dei pediatri, se non di quelli più direttamente coinvolti in attività territoriali di organizzazione dei servizi, ma certo riguarda molto direttamente l'oggetto del nostro mandato istituzionale e risponde all'esigenza, più volte sottolineata su queste pagine, di accentuare l'impegno a favore della promozione più complessiva della salute del bambino, al di là dello stretto e immediato ambito clinico. Vediamo dunque di farne un buon uso.

Giorgio Tamburlini