

La rivoluzione dei ticket

Una rivoluzione silenziosa si è verificata in questi ultimi mesi tra la finanziaria e la manovrina; il suo punto di partenza sta nel Decreto Ministeriale del 22 luglio 1996 "Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogabili all'interno del Sistema Sanitario Nazionale e relative tariffe"; la sua chiave di lettura sta nel prezzario, cioè nel dato materiale delle singole tariffe delle prestazioni erogate ambulatoriamente; la sua finalità principale, non nascosta, è quella di rimettere sulle spalle del cittadino una parte non irrisoria della spesa sanitaria.

Leggiamo insieme qualcuna di queste cifre. Sono cifre assolutamente eque, beninteso; ma sono straordinariamente lontane rispetto a quelle del prezzario precedente.

Una prima visita costa L.40.000.

Uno studio dell'età ossea (polso-mano) costa L.28.000.

Una spirometria semplice costa L.45.000.

Uno screening allergologico per inalanti (7 allergeni) costa L.22.500 e un patch-test costa L.63.000.

Un conteggio degli eosinofili, ematici o nasali, costa L.4.800.

Un dosaggio IgE per singolo allergene costa L.31.700.

Un esame emocromocitometrico costa L.7.000.

In sostanza un bambino di più di 6 anni che viene per un asma, per un ritardo della crescita, per una febbriola, per una diarrea fastidiosa, per dolori addominali di qualche entità, per infezioni respiratorie ricorrenti, con meno di L.70.000 non se la cava.

Che magari è anche giusto, se è la prima volta; ma che diventa un po' meno giusto se è un lupus o un'artrite reumatoide che viene per una rivalutazione trimestrale, e che si troverà a spendere, di sole visite, circa mezzo milione all'anno.

Tutto questo è molto più che una tassa per l'Europa; con la differenza che stavolta la spesa non sarà in funzione del reddito ma della quantità di malattia; non a ciascuno secondo i suoi bisogni, ma da ciascuno secondo i suoi bisogni; o, se preferite, chi è più disgraziato paga di più.

Nella stessa direzione è andata la spesa farmaceutica. Dal '90 al '95 la spesa pubblica per farmaci è passata dall'1% del PIL (15% della spesa sanitaria globale) allo 0,45% del PIL (11% della spesa sanitaria globale). Nello stesso periodo di tempo la stessa spesa, in Francia, passava dallo 0,9% all'1%, in Germania dallo 0,9% allo 0,87% e in Inghilterra dallo 0,5% allo 0,65%. Consensualmente la spesa a carico del cittadino è cresciuta: negli ultimi 10 anni è passata da circa L.65.000 a L.175.000/anno pro capite.

Se questo è vero, è vero che la spesa sanitaria globale, in Italia, è medio-bassa, più bassa, in termini assoluti e relativi, rispetto a quella della Germania, della Francia, della Svizzera. Cos'è che sta dietro il gran parlare di riduzione della spesa sanitaria per entrare in Europa? Cosa c'è

ancora da tagliare? Cosa c'è ancora da mettere sulle spalle dei cittadini? Da spostare dal pubblico al privato?

E non è nemmeno detto che questo sforzo di privatizzazione porterà a una diminuzione della spesa sanitaria. Anzi, è altamente probabile, e comunque in altri Paesi è già avvenuto, che il costo della medicina aziendalizzata risulti superiore, anche per ciò che concerne la sola parte pubblica, rispetto a quella della Sanità pagata a pié di lista: il costo dei controlli si mangia almeno una parte dei risparmi; la concorrenza tra pubblico e privato e tra le diverse aziende pubbliche (Ospedale versus territorio, azienda versus azienda), assieme al pagamento su prestazione, porterà a un aumento dell'offerta (proposta e imposta), e dunque a un aumento della spesa indotta, in un "mercato imperfetto" come quello della salute.

Dalla parte del cittadino, comunque, da domani, anzi da ieri, ognuno dovrà pagarsi la sua fetta di salute, almeno fin che è fuori dall'Ospedale.

Dalla parte del medico non sarà facile mettere d'accordo la professione con l'etica professionale. Quest'ultima non gli lascia molta scelta: deve stare dalla parte del malato; deve, cioè, anche in funzione del contesto, aiutare il malato a cavarsela, senza dolo, ma prescrivendo il meno possibile (cioè prescrivendo il giusto) e valutandolo, con spirito di equità, se esistono vie per ridurre il peso economico caricato sul paziente in difficoltà.

Il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta dovranno, io credo, migliorare la qualità del loro giudizio clinico, riducendo il numero delle indagini a quelle utili.

L'Ospedale (il cui intervento sarà, in avvenire, più strettamente condizionato che per il passato dalla necessità di un'impegnativa firmata dal pediatra di famiglia per visita, esami o ricovero non urgente) vedrà limitata dalle restrizioni economiche la sua funzione di supporto privilegiato ai bisogni, e inficiata la "liberalità", anche magari interessata, con la quale metteva le sue risorse a disposizione del pubblico, che dovrà - da domani, anzi da ieri - pagarle a prezzo di mercato, o quasi.

Per giustificare la propria sopravvivenza e per "venire incontro" a questi bisogni, la Pediatria Ospedaliera, fino a ieri, è ricorsa, a volte con troppa disinvoltura, al ricovero in Day-Hospital più che al ricovero tradizionale. Ma anche questo non è più così semplice, da quando (o dove), giustamente, le Agenzie Regionali hanno definito un tetto di ricoveri e un controllo dell'appropriatezza degli stessi, appropriatezza che non risiede più solo nella severità della diagnosi, ma nelle caratteristiche delle prestazioni necessarie (nel Day-Hospital) o della situazione del malato, con impossibilità di trattamento ambulatoriale, necessità di allettamento, di cure urgenti o di controllo continuo (nel reparto di degenza). Tutto questo ci toglie, magari giustamente, un altro grado di libertà: ci sentiamo messi in riga,

controllati, impastoiati; dibattuti tra lealtà all'Istituzione (la nostra Azienda, il nostro Ospedale, la nostra Unità operativa, che dovrà vivere di DRG e di introiti propri) e la nostra solidarietà col cittadino, che prima non costava, o sembrava non costasse, nulla per nessuno.

Le cose stanno cambiando in fretta, e noi stiamo cam-

biando con le cose. Non sappiamo bene dove questo cambio ci porterà; su che linee ci assisteremo; ma in caso di incertezza, teniamoci fermi alla nostra missione: stare dalla parte del malato.

Franco Panizon

Un "forum" per i pediatri di famiglia

Nella profonda rivoluzione che sta vivendo la Sanità in Italia (rivoluzione che ci coinvolge tutti, cittadini e operatori, e nella quale non possiamo senza danno sfuggire all'assunzione di responsabilità) la pediatria vive un momento molto particolare. Sempre meno bambini e sempre più sani; sempre più pediatri, e sempre più istruiti. È una situazione in sé "rivoluzionaria", che è però anche, nella sua stessa natura (salute+, risorse+), una situazione "buona", "positiva": e che tuttavia produce panico, insicurezza, chiusure di categoria (mi riferisco, non polemicamente, ad alcuni articoli ed editoriali su "Il Pediatra" che coinvolgono anche la mia persona). Io penso, invece, che questa rivoluzione debba trovare prestissimo la sua risoluzione (perché ce ne sono tutte le premesse) nella riaffermazione degli obiettivi (che sono la salute e la soddisfazione professionale), nella definizione dei ruoli (che ciascuno faccia al meglio la parte che gli è assegnata, in un disegno che coinvolga tutti) e nella esplorazione dei modi (i modi sono oggetto infinito di ricerca). Questo "forum" fornisce materia alla ricerca e proposte di soluzione, che devono interessare (insieme) le quattro componenti della pediatria:

1. *l'Università*: le tocca, per forza (poiché le grosse sedi sono quasi tutte universitarie), il ruolo della polispecialità e dunque del III livello, oltre a quello istituzionale della formazione (ma guai se ne avesse l'esclusiva!). Deve modernizzarsi e moralizzarsi. È in crisi di identità;

2. *l'Ospedale*: è il luogo delle cure al bambino allettato; il luogo della disponibilità 24 ore su 24 e del Day-Hospital; può essere punto di aggregazione e di riferimento della pediatria del territorio. Ce ne ha da fare, ma ce n'è troppi. Deve ridimensionarsi. È in crisi di astinenza;

3. *la pediatria di famiglia*: è il luogo delle cure personalizzate; il cardine della Sanità come è previsto dalla 233. Il pediatra di famiglia è il fornitore delle cure primarie e il garante della qualità delle cure secondarie, chiunque ne sia l'erogatore; l'educatore della famiglia, il guardiano della salute. In realtà ha un compito superiore alle sue forze, anche numeriche, e ha davanti a sé una fase di maturazione, che è già avanzata ma che deve consapevolmente procedere. È in crisi adolescenziale;

4. *la pediatria di comunità*: è l'isolachenonc'è. Non perché non ci siano i pediatri per questa funzione (non ne occorrono troppi!); e non perché non ci sia una funzione, pregnante, per questi pediatri ma perché sia questi che quella sono reciprocamente orfani. La funzione è l'assistenza; la

ricerca dei bambini lontani, i sommersi e gli smarriti, i bambini con bisogni speciali. Di questi bambini, il pediatra di famiglia, istituzionalmente, non si occupa; non per cattiveria, ma perché, spesso, una famiglia, quei bambini, in pratica, non ce l'hanno; senza contare che, con tutta la crescita della pediatria di base, il 30% dei bambini italiani ancora non ha il pediatra. La pediatria di comunità, più che crescere, deve formarsi, e deve trovare qualcuno che la formi (la ACP ha compiuto in questa direzione uno sforzo notevolissimo, quasi una rivoluzione culturale). È in crisi esistenziale (essere o non essere).

All'Università e all'Ospedale penseremo un'altra volta (sono apparsi nel numero scorso l'editoriale e l'articolo di Greco sulla formazione).

Per la pediatria di famiglia e per la pediatria di comunità, ci sono, nel "focus" di questo numero, non delle ricette ma delle proposte. Valutatele; sono:

a. per la pediatria di famiglia lo sviluppo del lavoro di gruppo. Secondo noi il possibile asso nella manica per quella "uscita dalla solitudine" e per quella "presa del potere" che i corsi, le associazioni e le riviste non riescono a promuovere. Il lavoro di gruppo consente non solo di dare un servizio migliore, non solo di ottimizzare tempi e qualità del lavoro, non solo di motivare l'operatore, ma anche di mettere in comune l'esperienza privilegiata, dunque di allargare la fonte delle competenze, dunque di produrre, senza mediazioni;

b. sia per la pediatria di famiglia che per la pediatria di comunità che per la pediatria ospedaliera, la INDISPENSABILE istituzione di un dipartimento; ma, poiché di dipartimento si è parlato tanto che certamente non lo si farà mai o quasi in nessun luogo, almeno di un "equivalente presidenzialista semplificato" del dipartimento: un pediatra che si occupi di coordinare la rete degli interventi sul bambino e sulla famiglia;

c. la messa in funzione di una rete di "pediatri sentinella", in grado di fornire elementi epidemiologici validi su campione significativo (in sostituzione dell'utopica "epidemiologia totale" mai realizzata);

d. l'irrobustimento consensuale di quello strumento indispensabile per un'autentica maturazione culturale della categoria che è la ricerca sul campo, oggi ancora (un poco e in parte) balbettante.

Franco Panizon