

L'ASSISTENZA PEDIATRICA IN ITALIA

VINCENZO CALIA

Pediatra di famiglia, Roma

PAEDIATRIC CARE IN ITALY (M&B 4, 239-245, 1998)

Key words

Paediatric services, Hospital care, Hospital admission rate, Primary paediatric care

Summary

The Author examines the present situation of paediatric care in Italy, and pays specific attention to the role played by paediatric general practitioner. In spite of decreasing birth rates and morbidity, there is a sovrabundant offer of paediatric care, with excessive number of hospital paediatric services and coexistence of paediatric general practitioners with child health clinics. As a consequence, hospital admission rates have remained high and primary care services have often maintained overlapping functions. The institution, some 20 years ago, of paediatric general practitioner was not effective in reducing hospital admission rates, due most of all to the uncontrolled offer of hospital care. The University bears also responsibility for the excessive number of paediatricians that have been produced in the two last decades. Rationalization of paediatric services and better integration among them must be pursued.

Aventi anni dalla Riforma Sanitaria del 1978, e in presenza del più basso indice di natalità mai registrato nella storia d'Italia, tutti coloro che operano nell'ambito dell'assistenza pediatrica nel nostro Paese concordano nel ritenere che questa si trovi in una fase critica che potrebbe preludere a importanti cambiamenti.

Attualmente l'assistenza pediatrica in Italia viene erogata dai reparti ospedalieri di "area pediatrica", dai pediatri di famiglia, dalla componente pediatrica dei consultori familiari (tuttora esistenti in molte regioni), dai medici scolastici, dai pediatri che in alcune regioni lavorano negli asili nido e infine dalle figure emergenti dei "pediatri di comunità"^{1,2}.

Dall'esame della *Tabella I* emergono immediatamente alcune considerazioni:

1. La dimensione della componente ospedaliera è notevole, sicuramente eccessiva rispetto alle necessità; infatti il tasso di utilizzo dei posti letto di area pediatrica è il più basso in assoluto fra tutte le specialità (56%), nonostante la legge, già dal 1985, imponesse ai reparti ospedalieri di raggiungere un tasso di utilizzo minimo compreso fra il 70 e il 75%.

2. La pediatria di famiglia, che costituisce una peculiarità esclusiva del nostro Paese, non è ancora arrivata, nonostante esista da 20 anni, a coprire l'intera popolazione di età pediatrica; come vedremo, ne fanno parte tuttora medici che lavorano in condizioni di parziale occupazione.

L'ASSISTENZA PEDIATRICA IN ITALIA

Posti letto in reparti di "area pediatrica"	20.240
pediatria	12.935
neonatologia	3131
chirurgia pediatrica	1802
terapia intensiva neonatale	1559
neuropsichiatria infantile	721
urologia pediatrica	92
con un tasso di utilizzo del	56%
(Il tasso minimo di utilizzo previsto dalla legge 595/85 dovrebbe essere compreso fra il 70% e il 75%; il tasso di utilizzo dei reparti pediatrici è il più basso in assoluto; sono inferiori ai parametri di legge anche i tassi di utilizzo di ostetricia-ginecologia - 62%, oculistica - 63%, e otorinolaringoiatria - 67%)	
Totale pediatri di famiglia	5687
Pediatri che svolgono esclusivamente l'attività di pdf (83%)	4720
che assistono un numero di bambini pari a 3.679.500	47%
dei 7.850.000 bambini da 0 a 14 anni, con 647 assistiti in media per ciascun pediatra	
Consultori materno-infantili	2807
(non in tutte le regioni è presente il problema dei consultori)	
Medici scolastici, pediatri di asilo nido, medici e pediatri di comunità	?

Tabella I

3. Nei consultori materno-infantili, istituiti da una legge del 1975 precedente la Riforma Sanitaria e la nascita della pediatria di famiglia, è prevista ancora in molte regioni la presenza di pediatri che svolgono compiti pressoché sovrapponibili a quelli dei pediatri di famiglia.

4. L'area che comprende i medici scolastici, i pediatri di asilo nido e i pediatri di comunità costituisce tuttora un'ampia zona grigia, su cui non esistono dati a livello nazionale; l'attività che questi medici svolgono è diversa a seconda delle aree geografiche del Paese. Si stanno sviluppando gli aspetti di medicina di comunità, ma tuttora prevale l'esecuzione, ripetitiva e poco giustificata sul piano scientifico, di compiti di medicina scolastica assieme alla duplicazione dei compiti di assistenza primaria che competono al pediatra di famiglia.

Il quadro generale è quello di un settore dell'assistenza sanitaria troppo esteso e affollato, ma come potrebbe essere diversamente?

In Italia infatti c'è ormai la più elevata concentrazione di medici per abitanti mai registrata nella storia dell'umanità (*Tabella II*)³, fino ad arrivare, negli ultimi anni, alla concentrazione di un medico per 187 abitanti⁴; il numero dei medici attivi al 1° gennaio 1998 è di 282.140 (fonte ENPAM).

La condizione dei pediatri è inoltre ancora più esasperata, dal momento che in questi ultimi anni abbiamo visto moltiplicarsi i pediatri e diminuire progressivamente il numero dei loro potenziali pazienti.

NUMERO DI ABITANTI
PER OGNI MEDICO
NEI PAESI DELLA CEE

Italia	187
Norvegia	215
Germania	253
Grecia	257
Spagna	260
Austria	268
Danimarca	269
Belgio	277
Francia	280
Finlandia	312
Svezia	316
Portogallo	336
Paesi Bassi	405
Lussemburgo	473
Gran Bretagna	586
Irlanda	587

Tabella II

IL RUOLO DELL'UNIVERSITÀ

Il numero eccessivo di medici e di pediatri ha giocato un ruolo importante nel determinare l'attuale situazione critica dell'assistenza pediatrica.

All'origine di questa anomalia c'è un complesso di circostanze che sarebbe troppo lungo elencare qui; non si può però fare a meno di mettere in evidenza il ruolo giocato dall'Università.

Si ha l'impressione che le istituzioni accademiche abbiano sempre, almeno finora, seguito logiche autoreferenziali del tutto estranee alla realtà del Paese.

Sempre facendo riferimento alla pediatria, nella *Tabella III* si vede bene come siano aumentate le cattedre di Clinica Pediatrica e simili negli ultimi anni, mentre diminuiva il numero dei bambini e degli adolescenti (la ricerca è stata limitata agli ultimi due annuari pubblicati, poiché il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica non dispone nel suo archivio di una copia degli annuari precedenti il 1992, ma senza dubbio avrebbe dato risultati sorprendenti, se fosse stato possibile estenderla agli anni precedenti)⁵.

Ancora più evidente appare il ruolo di istituzione fine a se stessa che l'Università ha assunto in Italia, quando si va a paragonare la variazione percentuale della popolazione in età pediatrica dal 1983 al 1994 con la variazione percentuale del numero di scuole di specialità in Pediatria e simili e del numero di diplomati usciti da queste scuole (*Figura 1*)⁶. Senza contare i diplomati degli anni 1987, 1988 e 1989, di cui l'ISTAT non è in grado di fornire il numero; fra il 1983 e il 1995 sono diventati specialisti in pediatria e materie affini in Italia 7143 medici.

RAFFRONTO FRA IL NUMERO
DELLE CATTEDRE DI PEDIATRIA
E LA POPOLAZIONE
IN ETÀ INFANTILE

Numero delle cattedre*	
1992	65
1995	77 +18,5%
Popolazione 0-13 anni (stima Istat)	
1992	8.578.000
1995	7.850.000 - 8,5%

*Cattedre universitarie di Pediatria, Pediatria clinica, Pediatria preventiva e sociale, Pediatria sociale e puericultura

Tabella III

Detto per inciso, questi numeri dimostrano quanta ipocrisia ci sia nell'istituzione del cosiddetto "numero programmato" per gli iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia; programmato in base a quali criteri? Se ne fossero stati adottati di seri, gli unici numeri ragionevoli avrebbero dovuto essere negativi: l'Università avrebbe dovuto cioè addossarsi, paradossalmente, il compito di sottrarre al mercato del lavoro i laureati in medicina che non sono idonei a esercitare la professione.

Per restare ancora nell'ambito della pediatria, poco più di un palliativo è stata la drastica riduzione recentemente operata nel numero dei laureati ammessi alle scuole di specialità: quale prospettiva di lavoro infatti si offre ai futuri pediatri, dato che saranno comunque destinati a competere in condizioni di inferiorità (nonostante i migliori livelli di preparazione raggiunti) con colleghi che, per il semplice fatto di essere più anziani, avranno sempre molte più chance di loro di inserirsi nel SSN?

LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA

Una così grande dovizia di medici e di pediatri ha verosimilmente condizionato la notevole espansione e articolazione del sistema dell'assistenza sanitaria ai bambini e agli adolescenti nel nostro Paese, contribuendo in maniera determinante alla nascita, nel 1977, della pediatria di famiglia in Italia.

Attualmente operano nelle Aziende Sanitarie poco meno di 6000 pediatri di famiglia, che non sempre esercitano questa attività in maniera esclusiva, e per la maggior parte si sono specializzati da non molti anni (*Figura 2*)¹.

Mentre in altri Paesi europei il pediatra è considerato uno "specialista" di secondo livello - della cui consulenza si avvale il medico di famiglia in casi particolari - e gran parte dell'attività di puericultura è affidata a personale paramedico, da noi il pediatra è sempre il medico curante del bambino in prima battuta, e si occupa personalmente anche di puericultura, alimentazione ecc.

L'esistenza in Italia di un pediatra "di base" può essere perciò considerata un "lusso" anche se, a conti fatti, si tratta di un modesto impegno finanziario per il Servizio Sanitario Nazionale, come dimostra la *Figura 3*.

D'altro canto l'insieme dell'assistenza all'infanzia (almeno per quanto attiene al ricovero in ospedale e all'assisten-

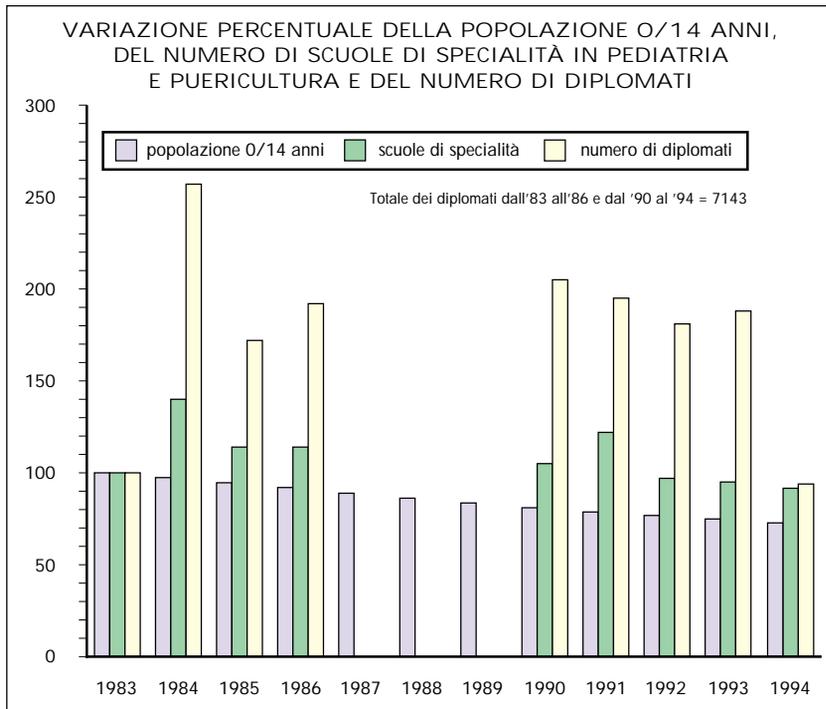


Figura 1

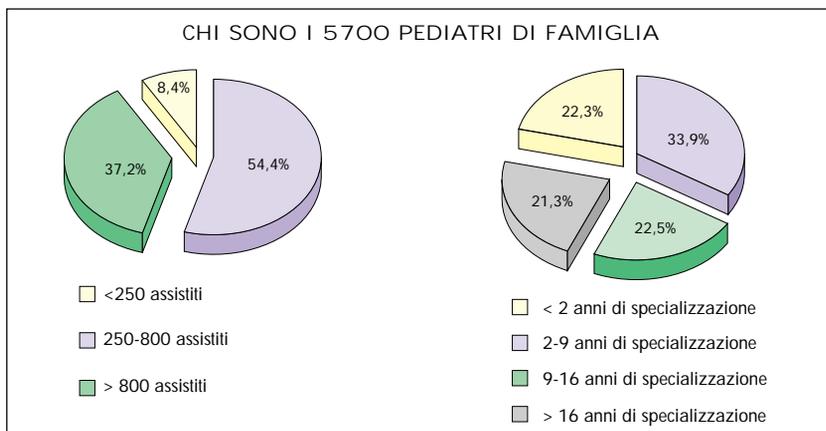


Figura 2

za di base) impegna una piccola parte del Fondo Sanitario Nazionale.

UN PICCOLO INVESTIMENTO CHE AVREBBE POTUTO ESSERE MOLTO "REDDITIZIO"

L'anomalia del medico specialista impiegato come medico di famiglia dei bambini in un Paese in cui i bambini stessi cominciano a costituire un'autentica rarità, è probabilmente anche una

conseguenza dell'importanza, a volte persino esagerata, che la cura dei figli ha nella nostra cultura.

D'altro canto il basso costo sopportato dal SSN per offrire un'assistenza primaria di livello elevato ha fatto sì che in pochi anni le USL abbiano potuto reclutare un cospicuo numero di medici; perciò questa anomalia si è trasformata in un'eccezionale opportunità di lavoro.

A partire dalla fine degli anni '70 molti pediatri giovani, spesso alla prima esperienza professionale, in altri casi

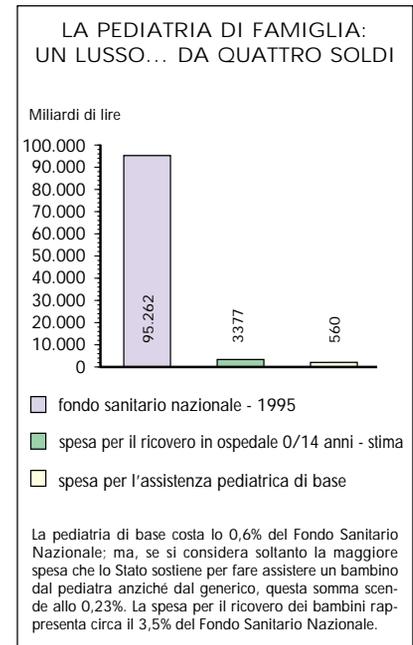


Figura 3

provenienti da altri settori dell'assistenza all'infanzia (pediatri dei consultori, della medicina scolastica, ma anche pediatri provenienti da piccoli reparti ospedalieri in crisi), si sono riversati nelle neonate USL.

Quale occasione migliore per accogliere questi "neofiti" dell'assistenza sanitaria di base (il cui comportamento professionale non era ancora viziato dai retaggi del vecchio sistema mutualistico), organizzarli adeguatamente all'interno delle USL, formarli e programmarne l'attività in maniera adeguata a ricoprire quel ruolo centrale nell'assistenza a cui la Riforma del '78, almeno in apparenza, li destinava?

E quale migliore modello per sperimentare modalità assistenziali da esportare poi nel ben più consistente e importante comparto dei medici di medicina generale? Eppure non si direbbe che i dirigenti del SSN in formazione abbiano fatto questo genere di considerazioni: l'atteggiamento che si avvertiva il più delle volte era di indifferenza; basti pensare, ad esempio, che in una grande città come Roma la pediatria di famiglia, intesa come servizio generalizzato, ha visto la luce solo nel 1983 (5 anni dopo la sua istituzione!).

E abbiamo dovuto aspettare ancora degli anni per sentir parlare di integrazione fra i servizi (1988)¹⁰, mentre le prime proposte concrete di strutturazione

del Dipartimento Materno-Infantile risalgono agli anni '90^{11,12}.

Un altro importante beneficio sarebbe potuto derivare dall'istituzione di un servizio di pediatria di base: una consistente diminuzione del ricorso al ricovero in ospedale per i bambini.

Su questo aspetto ci soffermeremo in maniera più puntuale. Si sente parlare spesso, soprattutto nelle pubblicazioni dei sindacati di categoria, di un crollo dei ricoveri in pediatria dopo l'istituzione della figura del pediatra di famiglia.

Indubbiamente un servizio di assistenza primaria sostenuto da medici specialisti, diffuso in maniera abbastanza omogenea sul territorio nazionale e integrato funzionalmente con i servizi delle cure secondarie e terziarie, poteva ragionevolmente proporsi l'obiettivo di ridurre il ricovero ospedaliero ai soli casi in cui non fosse possibile una gestione "domiciliare", con evidente beneficio sia in termini di conforto del bambino e della famiglia, sia in termini economici per la collettività, realizzando così un elevatissimo rendimento, data la modestia del capitale investito.

Ma le cose sono andate davvero così?

PEDIATRIA DI FAMIGLIA E RICOVERO IN OSPEDALE

La situazione degli ospedali in Italia è andata cambiando lentamente, ma costantemente in questi ultimi anni; in particolare abbiamo assistito a una diminuzione sia del numero totale dei posti letto che di quelli in reparti pediatrici e di area pediatrica in particolare (Figura 4)¹³.

I bambini ricoverati in ambiente pediatrico rappresentano però solo una parte di tutti i bambini che si ricoverano ogni anno; solo dal 1996 è possibile avere finalmente dati precisi sulla distribuzione dei ricoverati nei vari reparti. La Tabella IV dà un esempio di come si distribuiscono i ricoveri dei bambini da 1 a 14 anni nei vari reparti nel Lazio.

Purtroppo in Italia non disponiamo di dati sull'ospedalizzazione per fasce di età per gli anni precedenti il 1996, esistono però dati sull'ospedalizzazione per specialità.

Possiamo utilizzare l'andamento negli anni dei tassi di ospedalizzazione dei bambini (0-14 anni) in ambiente pediatrico (reparti di pediatria e di "area pediatrica").

La Figura 5 mette a confronto la va-

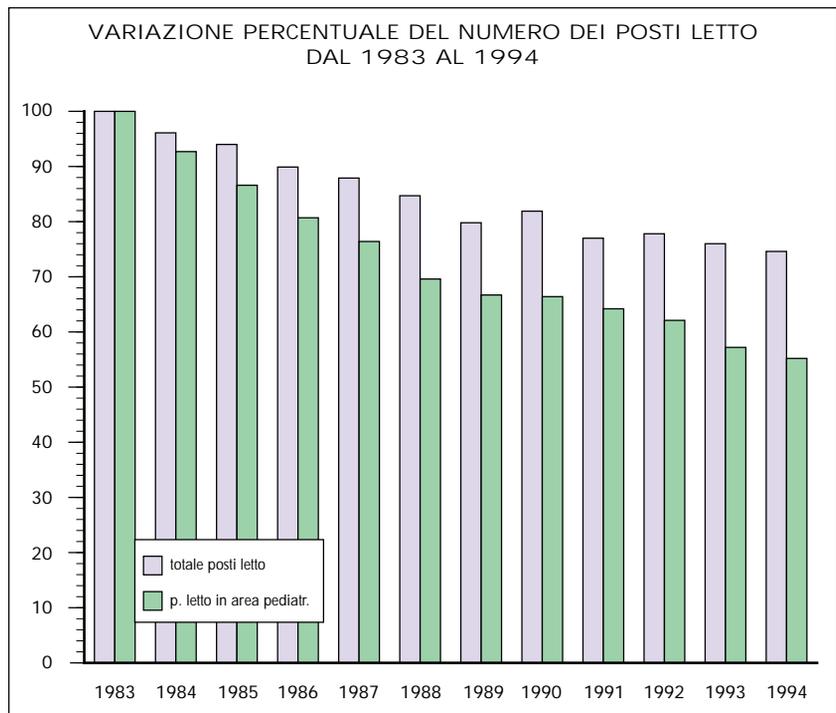


Figura 4

DIMISSIONI OSPEDALIERE CON ETÀ DA 1 A 14 ANNI PER TIPO DI REPARTO - LAZIO 1996

Pediatria	32,44%
Otorinolaringoiatria	10,81%
Chirurgia pediatrica	8,10%
Ortopedia e traumatologia	4,93%
Neuropsichiatria infantile	4,78%
Chirurgia generale	4,76%
Malattie infettive e tropicali	3,31%
Urologia pediatrica	3,30%
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	2,67%
Gastroenterologia	2,52%
Oncologia	2,43%
Ematologia	2,43%
Astanteria	2,18%
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	2,01%
Terapia intensiva	1,89%
Chirurgia plastica	1,86%
Oculistica	1,64%
Cardiochirurgia pediatrica	1,62%
Neuroriabilitazione	1,54%
Altro	4,78%
Totale "area pediatrica"	49,8%
In grassetto i reparti di "area pediatrica"	

Tabella IV

riazione di questi tassi con quella dei tassi di ospedalizzazione nella popolazione generale¹³.

Esistono inoltre in letteratura pubblicazioni che riportano delle stime dei

tassi di ospedalizzazione (in tutti i reparti) dei soggetti in età pediatrica.

La Figura 6 è stata disegnata sulla base dei dati riportati in due pubblicazioni abbastanza recenti^{15,16}.

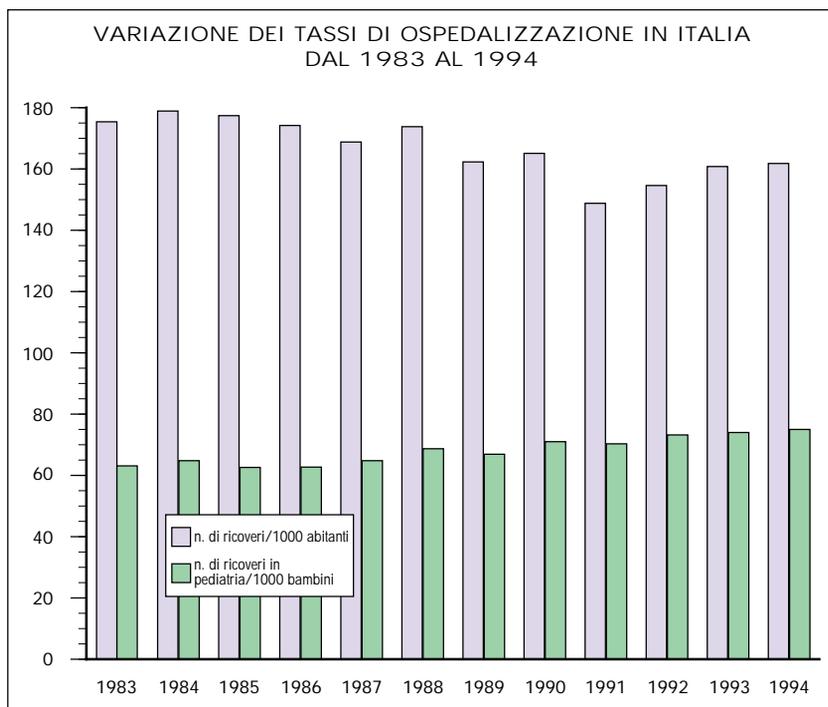


Figura 5

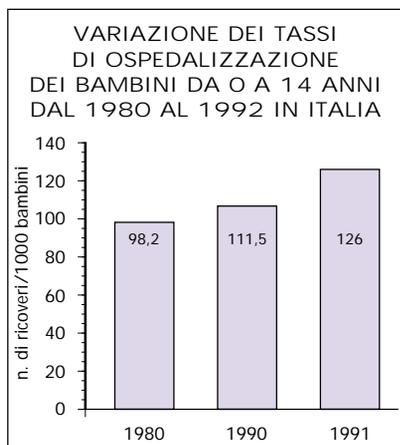


Figura 6

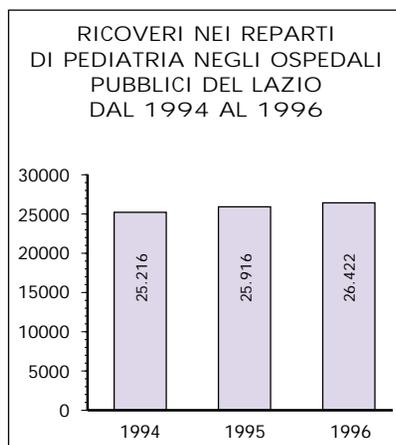


Figura 7

Pur considerando che l'aumento dei tassi di ospedalizzazione in reparti pediatrici è un riflesso anche del "recupero" di bambini da altri reparti (il bambino che si ricovera finisce sempre più spesso in pediatria e sempre meno spesso in reparti per adulti), oltre che dell'aumento del ricorso al day-hospital (spesso erroneamente registrato come ricovero) e dell'afflusso diretto in ospedale di bambini extracomunitari (che molte volte bypassano i servizi di assistenza primaria), tuttavia non sembra

che si possa parlare, sulla scorta di questi numeri, di una tendenza alla diminuzione del ricorso all'ospedale da parte della popolazione in età pediatrica negli anni in cui si generalizzava l'assistenza pediatrica di base.

Anzi, ci sono indizi consistenti che depongono, semmai, per una tendenza all'aumento, indizi che sono rafforzati dai dati relativi al numero di ricoveri nei reparti di pediatria degli ospedali pubblici del Lazio, illustrati nella *Figura 7*.

Per fare un confronto internazionale

abbiamo cercato di ricostruire una serie storica dei tassi di ospedalizzazione in Inghilterra (*Figura 8*)¹⁸, dove si verifica un aumento del tasso di ospedalizzazione nella popolazione generale rispetto all'età pediatrica.

LE RAGIONI DI UN "INSUCCESSO"

Se l'"insuccesso" dell'istituzione della pediatria di famiglia in Italia avesse dovuto essere valutato in base alla diminuzione del ricorso all'ospedale, il bilancio non potrebbe essere che negativo: pare che la diminuzione di attività registrata nei reparti pediatrici sia da attribuire esclusivamente alla diminuzione del numero dei bambini.

Come mai?

Prima di tutto ci sembra abbastanza ingenuo pensare che la semplice istituzione di un nuovo servizio sanitario possa influire in maniera significativa sull'utilizzo dei servizi preesistenti, soprattutto quando si tratta di una pratica consolidata come il ricorso all'ospedale; anzi è noto che, quando ci si riferisce ai servizi sanitari, l'offerta di prestazioni determina automaticamente (o quasi) un'espansione della domanda (si pensi, per esempio, all'enorme sviluppo del consumo in questi ultimi decenni di interventi diagnostici per immagini, raramente giustificato sul piano clinico).

Possiamo perciò ragionevolmente pensare che l'offerta generalizzata di pediatri a tutti i bambini abbia determinato una nuova domanda di prestazioni pediatriche di base che prima non esisteva (frequenti visite di controllo, consulenza su argomenti banali di puericoltura e/o patologia elementare), più di quanto non abbia assorbito richieste che in precedenza venivano fatte ad altri servizi (soprattutto all'ospedale).

D'altro canto ricovero in ospedale e ricorso al pediatra curante sembrano tuttora essere due cose totalmente distinte, come dimostra un'indagine effettuata a Latina sul perché i bambini vengono ricoverati, che ha portato alle conclusioni sintetizzate nella *Tabella V*⁹.

Altri fattori entrano in gioco.

Anche in ambito pediatrico agisce il cosiddetto "paradosso della medicina"²⁰: il progresso medico e l'aumento delle risorse (economiche e professionali) impiegate nell'assistenza sanitaria non diminuiscono i bisogni di assistenza e la domanda di prestazioni, anzi li aumentano. Questo avviene, da un lato, per effetto dell'ampliamento della gam-

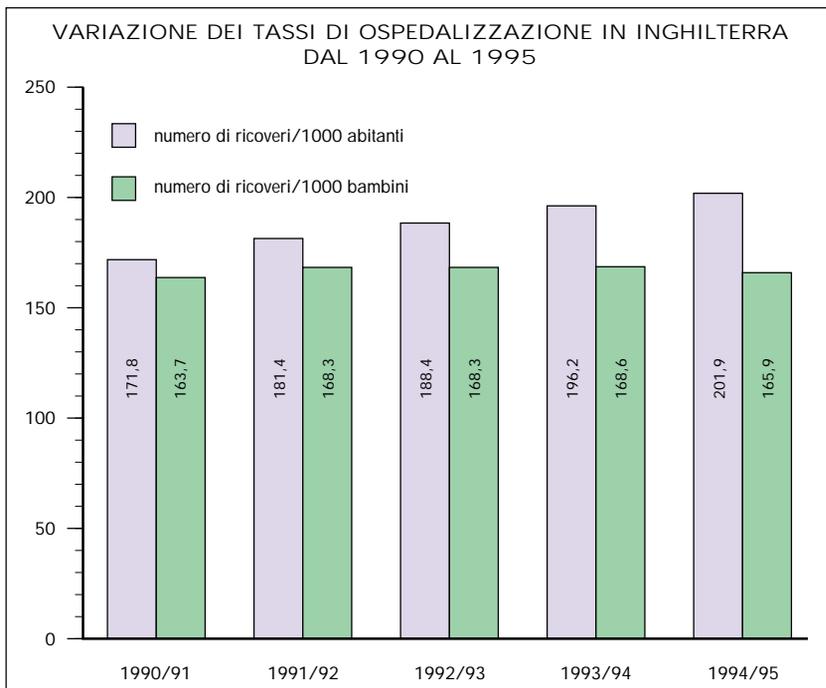


Figura 8

MOTIVI DI RICOVERO IN ETÀ PEDIATRICA RISULTATI DA UN' INDAGINE EFFETTUATA A LATINA

- Non sembra esservi un filtro efficace al ricovero ospedaliero.
- Molto spesso i bambini vengono ricoverati senza essere stati visitati dal proprio medico curante; vi sono difficoltà nell'accessibilità del medico curante.
- I genitori mostrano un'ansia eccessiva in rapporto alla salute dei propri figli; in circa i 2/3 dei casi decidono in modo autonomo di condurre il bambino in ospedale.
- La frequenza dei ricoveri inappropriati è relativamente alta.
- Vi sono obiettive difficoltà a praticare esami diagnostici nelle strutture territoriali... e scarsa integrazione fra ospedale e territorio.
- L'ospedale si fa carico di problemi assistenziali che potrebbero essere risolti in modo più economico in situazioni di non ricovero.

Tabella V

ma di situazioni alle quali la sanità è in grado di dare una risposta e, dall'altro, dell'abbassamento della "soglia di sopportazione" da parte delle persone, che induce alla richiesta di interventi medici anche in situazioni fino a quel momento considerate accettabili.

Se a questo si aggiunge che nessun vincolo viene posto di fatto alla discrezionalità da parte delle famiglie a utilizzare qualsiasi servizio, si capisce bene che la giustapposizione di un servizio pediatrico di base ai servizi pediatrici

specialistici preesistenti non poteva avere alcun effetto di contenimento sull'uso (o abuso) di questi ultimi, che peraltro non hanno mai dimostrato una grande volontà di non essere "abusati".

L'"istinto di conservazione" dei reparti ospedalieri di area pediatrica, la cui sopravvivenza è minacciata, come abbiamo visto, dalla diminuzione del numero di potenziali utenti e dal miglioramento delle condizioni generali di salute della popolazione infantile, induce infatti molti colleghi ospedalieri a tra-

sformarsi, più o meno consapevolmente, da "risolutori di problemi" in "creatori di problemi" (la tendenza a "creare problemi", conseguenza diretta anche del fatto che il numero di coloro che sono preposti alla risoluzione dei problemi eccede di molto il numero dei problemi da risolvere, è molto diffusa peraltro anche a livello di pediatria di base e ambulatoriale e, almeno nell'esperienza di chi scrive, assume qualche volta aspetti grotteschi nella medicina scolastica e nella pediatria degli asili nido).

L'introduzione della remunerazione del ricovero con il sistema dei DRG sta inoltre già provocando una spinta ulteriore al ricovero in ospedale, come già viene segnalato dagli osservatori più attenti del fenomeno²¹.

CHE FARE, ALLORA?

Queste considerazioni non possono però impedirci di valutare altri aspetti della realtà.

La rete dei pediatri di famiglia esiste e si è diffusa in maniera abbastanza capillare.

All'interno di questa categoria è nata e si è sviluppata una forte spinta alla crescita culturale e professionale che si è concretizzata fondamentalmente nell'espansione dell'ACP e delle mille attività da essa ispirate.

Contemporaneamente, dappertutto, in questi ultimi anni si enfatizza il ruolo che in un sistema sanitario (non importa se pubblico o privato) deve giocare il medico di famiglia (centro del sistema, ordinatore e regolatore dei flussi di spesa, coordinatore degli interventi specialistici e superspecialistici ecc.).

È cresciuta visibilmente una consistente élite di pediatri di famiglia che è ormai matura per assumersi compiti di assistenza globale in regime ambulatoriale.

Il Dipartimento Materno-Infantile si comincia a realizzare da qualche parte (vedi la delibera recente della Regione Piemonte), e si fa strada l'idea che il DMI non può non essere progettato "intorno" alla figura centrale del pediatra di famiglia.

Crescono e si organizzano gli studi pediatrici di gruppo, sul modello di quello che accade nella maggior parte dei Paesi sviluppati, con l'obiettivo di erogare prestazioni sanitarie articolate.

Molti grandi ospedali pediatrici cercano la collaborazione dei pediatri di famiglia e propongono loro forme diverse

COSA FA IL PEDIATRA DI FAMIGLIA	COSA POTREBBE FARE IL PEDIATRA DI FAMIGLIA
<p>Attività clinica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> visite ambulatoriali per patologia <input type="checkbox"/> visite domiciliari per patologia <input type="checkbox"/> consultazione telefonica <input type="checkbox"/> self-help diagnostico (raramente) <input type="checkbox"/> piccole "prestazioni aggiuntive" (qualche volta) <input type="checkbox"/> accesso all'ospedale in caso di ricovero di un assistito (raramente) <p>Attività preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bilanci di salute - visite periodiche - puericultura <input type="checkbox"/> vaccinazioni (a volte facoltative, raramente obbligatorie) <input type="checkbox"/> screening (sordità, ambliopia ecc.) <p>Attività burocratica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> redazione di certificati di: ammissione/riammissione a scuola/asilo nido; assenza dei genitori dal lavoro per malattia del figlio; attività sportiva, ammissione a colonie/centri estivi; certificati "selvaggi" (di non malattia, di non contagio, di idoneità psicofisica alla frequenza della scuola media-superiore, di non malattie infettive in incubazione ecc.) <input type="checkbox"/> redazione di richieste di visite specialistiche o accertamenti di laboratorio <input type="checkbox"/> ripetizione o trascrizione di ricette <input type="checkbox"/> prescrizione di alimenti speciali <input type="checkbox"/> redazione di moduli per i "bilanci di salute" <input type="checkbox"/> accessi periodici presso gli uffici USL per ricettari, scelte, revoche ecc. 	<p>Associarsi con altri suoi colleghi per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> tenere aperto l'ambulatorio con orario lungo <input type="checkbox"/> assicurare una reperibilità telefonica notturna e festiva <input type="checkbox"/> allargare la casistica e aumentare l'esperienza clinica <p>Attività clinica e di ricerca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> eseguire visite, accertamenti di laboratorio e con piccola strumentazione <input type="checkbox"/> collegarsi direttamente con specialisti e centri di riferimento inviando e ricevendo comunicazioni scritte <input type="checkbox"/> accompagnare in ospedale i pazienti di cui ha programmato il ricovero <input type="checkbox"/> raccogliere ed elaborare i propri dati per valutare la qualità dell'assistenza e per fare indagini epidemiologiche <p>Attività preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> eseguire bilanci di salute, screening e vaccinazioni (obbligatorie e non) in maniera programmata e coordinata <input type="checkbox"/> produrre e diffondere materiale di educazione sanitaria <p>Attività organizzativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dirigere il proprio studio come una struttura periferica del SSN capace di garantire tutte le prestazioni di base, dove si effettuano anche le "pratiche" amministrative (scelte, revoche, prenotazioni di esami, visite e day hospital ecc.) <input type="checkbox"/> avvalersi di personale paramedico dipendente USL <input type="checkbox"/> redigere un libretto di salute che sostituisca tutte le certificazioni

Tabella VI

di integrazione. Se inoltre l'obiettivo di sottrarre il bambino all'eccesso del ricorso all'ospedale sembra che in questi anni sia stato mancato, resta tuttavia uno spazio notevole per mettere finalmente a frutto l'"investimento" fatto alla fine degli anni '70 con l'istituzione della pediatria di famiglia. Un investimento modesto di risorse finanziarie, ma che a questo punto è diventato cospicuo in quanto a risorse umane e professionali.

Perché questo investimento renda, bisogna però che si avvii una grande trasformazione.

Se questa evoluzione ci sarà, non potrà essere indolore per nessuno, soprattutto per gli stessi pediatri di famiglia che dovrebbero rinunciare al comodo ruolo "impiegatizio" in cui molti di loro

si sono finora adagiati, per guadagnarsi una collocazione professionale più consona.

La Tabella VI mostra un'ipotesi abbastanza realistica.

Si ringrazia la dott.ssa Luisa Marolla per l'aiuto prezioso nella revisione del testo e delle figure e il prof. Pierpaolo Mastroiacovo per aver procurato i dati sull'ospedalizzazione in Inghilterra.

Bibliografia

1. Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Sanità: *Annuario Statistico del SSN*, 1995. 12/96
2. Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza, presentata dal Ministro della Sanità al Parlamento, 1995.
3. I medici nella CEE. *Il medico pediatra* 4, 86, 1995.
4. Plethora medica e disoccupazione. *Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* 5, 3, 1997.
5. Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica. *Annuario dei Docenti Universitari*. Edizioni 1992, 1995.
6. ISTAT: *Statistiche dell'Istruzione e Statistiche dell'Istruzione Universitaria*. Annuari dal 1983 al 1994.
7. ISTAT: *Ricostruzione della popolazione residente dal 1982 al 1991*.
8. ISTAT: *Statistica delle forze di lavoro*. Annuari 1992, 1993, 1994.
9. Ministero della Sanità, Servizio Studi e Documentazione: *Relazione sullo stato sanitario del paese* 1996.
10. Ipotesi per una riorganizzazione dell'assistenza pediatrica in Italia. *Medico e Bambino* 3, 15, 1988.
11. Il DMI: La proposta ACP. *Quaderni ACP*, 3, 14, 1994.
12. Calia V, Coltura E, Marolla F, Oliviero L, Vignuda C: Il Dipartimento Materno-Infantile. *Il Pediatra* 9, 1, 1996.
13. ISTAT: *Annuario Statistico italiano*. Edizioni 1984/1995.
14. Di Lallo D: *Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio*. Comunicazione personale.
15. Perletti L, et al: Lo stato attuale dell'assistenza pediatrica ospedaliera in Italia. *Rivista italiana di Pediatria* 21, S-2, 23, 1995.
16. Guzzanti E, et al: Il bambino che si ricovera: dove, quando e perché. *Prospettive in Pediatria* 92, 331, 1993.
17. Villani A: Indagine policentrica sull'attività dei reparti di pediatria degli ospedali pubblici del Lazio. *Il Pediatra* 16, 7, 1997.
18. Department of Health: *Hospital Episode Statistics*. Volume 1, England. Financial years 1990/91, 1991/92, 1992/93, 1993/94, 1994/95.
19. Pantano LC: Perché i bambini vengono ricoverati? *Lettera Pediatrica* 5/96.
20. Dirindin N: Lo sviluppo dell'economia in Italia negli ultimi anni: dalla teoria alla pratica. *Rapporto Sanità '97*. Società Editrice Il Mulino.
21. Gargantini G, Perletti L: Danaro e sanità. *Prospettive in Pediatria* 107, 244, 1997.