

Un Piano sanitario senza bambini

Giancarlo Biasini, Direttore di *Quaderni acp*

con la collaborazione di: Antonella Brunelli, Peppe Cirillo, Carlo Corchia, Filippo Festini, Michele Gangemi

Navigherà a vista la sanità, anche nel 2011, come ha scritto *Il Sole24ORESanità* commentando il 2010, anno della pandemia mancata, delle mille discussioni e nessuna conclusione sui costi standard, sulla copertura dei ticket sulla diagnostica, di cui Regioni e Stato si rimpallano i costi, sulle dolorose attese del “Milleproroghe” (dal quale, a febbraio, sono spariti i 400 milioni per la non autosufficienza), sul “fine vita” usato come bastone politico, sul preannunciato calo dei medici (l’ACP lo “scopri” nel 2001) senza che nessuno se ne occupi concretamente. La riforma Brunetta doveva fare strage di fannulloni: ha premiato l’85% dei dipendenti del SSN, il fascicolo sanitario elettronico compare e scompare. I LEA (approvati dallo Stato-Regioni due anni fa e nei quali compare la “partoanalgesia” che dovrà essere applicata “all’interno di un percorso definito”, cioè mai) devono sostituire quelli del 2001, ma non compaiono all’orizzonte; del ritardo Fazio dà colpa a Tremonti che ne deve dichiarare la sostenibilità. La partitocrazia non molla le ASL indistintamente al Nord, al Centro e al Sud. La sola vera legge uscita è la 38 sul dolore, del marzo 2010, di cui abbiamo trattato in 6 articoli in questo e nei numeri precedenti, ma i cui adempimenti normativi sono ancora sulla carta: definizione delle reti, accreditamento delle strutture, sistema tariffario, formazione del personale, progetto ospedale-territorio secondo il sistema “hub and spoke”, il cui ultimissimo spoke è il medico di base. Il progetto andrà in porto – è scritto – “solo se alla base verrà creata una rete di MMG (il pediatra non c’entra?) in grado di fornire una risposta concreta alle risposte dei cittadini”: e quando mai? Intanto pochissima è stata la modificazione nella prescrizione degli oppioidi e nella rilevazione del dolore nella cartella clinica nei primi 10 mesi di attuazione.

La politica ci ha dato in questo anno un panorama avvilente, a dispetto del quale il SSN continua stranamente – *quod mirabile est* – a funzionare. Che sia lo “stellone”? O la buona volontà di chi lavora in Sanità, medici, infermieri e tutti gli altri? Intanto rigirano fra le istituzioni bozze del PSN 2011-2013. Ha avuto l’ok dei Presidenti delle Regioni che, al momento, hanno altro da pensare: soldi, manovre di rientro, ripar-

to, costi standard ecc. Essi in fondo pensano ai loro Piani regionali. Noi lo guardiamo con occhio forse un po’ strabico perché ci occupiamo di bambini, ma è fuori di dubbio che questo Piano non ha attenzione verso i problemi dell’infanzia e dell’adolescenza. Manca qualsiasi visione d’insieme; ci sono accenni ai bambini, sparpagliati nei capitoli delle “patologie rilevanti” e ciò lascia il timore che si vada nella direzione di far sparire l’area pediatrica come area assistenziale specifica e distinta da quella dell’adulto. Solo qualche esempio: nelle “Grandi sfide assistenziali” del PSN (edizione 18.11.2010), anche quando ci si richiama alla carta di Tallin “secondo la quale una migliore salute contribuisce al benessere sociale di ciascun Paese attraverso l’impatto positivo sullo sviluppo economico, sulla competitività e sulla produttività dello stesso”, manca qualsiasi richiamo all’*Early Child Development* che è ormai accettato come base della “migliore salute” e secondo il quale le competenze che si hanno più avanti negli anni nascono da quelle acquisite precocemente. Così – è solo un esempio – nel capitolo “Obesità” nessuna enfasi è data al concetto che i risultati si possono ottenere solo partendo dai primi anni di vita. Anche quando il Piano si riferisce alle “persone più deboli” (p. 12) declina il concetto precisando che si riferisce ai “disabili e agli anziani non autosufficienti”, non tenendo conto della fragilità dei preadolescenti e degli adolescenti, o del drammatico problema della depressione post partum. Che la disattenzione sia effettiva è provato dal capitolo 2.7.1 (Cure primarie). Vengono citate pressoché esclusivamente l’attività e la funzione dei MMG, non dei pediatri. Del resto nel capitolo 2.7.3 (Rete assistenziale territoriale) è citata “l’attivazione di posti letto territoriali gestiti dal MMG e dal personale infermieristico”, ignorando esperienze organizzate da pediatri territoriali. Nessun accenno all’avvento imminente e pericolosissimo sul piano economico dei test genetici (Personalized Genetic Healthcare) e alla necessità di informare i medici sui problemi che questo comporterà per l’utilità e la validità dei risultati relativamente alla determinazione individuale del rischio e della probabile comparsa sul mercato privato di

compagnie che offriranno aggressivamente i test. Nessun accenno allo screening neonatale allargato, procedura complessa con i suoi problemi di formazione, follow up, diagnosi, trattamento, gestione e valutazione dell’outcome. Si parla appena più in dettaglio, con taglio insopportabilmente burocratico, di cose straripetute negli ultimi 10 anni sul percorso nascita (p. 48): necessità di ridurre il taglio cesareo (già stato inutilmente nel PSN 2006-2008, punto 5.1, e ricomparso nella intesa Stato-Regioni del 16.12.2010), di concentrare le nascite in ospedali con guardia pediatrica 24 ore su 24, abolendo i punti nascita con meno di 500 nati (ma la Stato-Regioni del 16.12.2010 dice “con meno di 1000”: *quod est veritas?*). Mancano insomma qualsiasi progettualità per il futuro, la individuazione di quali potranno essere gli scenari e su che cosa deve proiettarsi l’intervento sanitario nei prossimi anni. Il poco che c’è è rivolto all’aspetto curativo; di ipotesi di prevenzione non si parla. Insomma niente su ciò che può influenzare in modo importante il livello di salute delle generazioni future e quindi nessun progetto d’investimento. Citiamo un esempio di esasperata grossolanità: allattamento materno precoce e rooming-in vengono posti nel capitolo “Nutrizione dietetica”! Nemmeno una citazione sulla gravità del conflitto d’interesse proprio nel momento in cui si dà in UE un primo esempio: dal 2012 le aziende farmaceutiche britanniche dichiareranno ammontare e numero dei pagamenti fatti a medici per conferenze, commissioni, consulenze e inviti a congressi (BMJ 2010;341:6290). Certamente manca la destinazione nominativa dei compensi, ma si avrà comunque una idea precisa della dimensione del problema. Una domanda a noi stessi: tacciano le organizzazioni dei pediatri? Non si parla di quelle il cui compito è la difesa economica dei professionisti *hic et nunc*, ma di quelle che si occupano delle visioni culturali e che dovrebbero avere il dovere di una occhiata a lungo termine e di sistema. Forse il documento firmato da tutte le associazioni culturali e sindacali dell’Emilia-Romagna (http://www.acp.it/Appunti_viaggio/AREA_PEDIATRICA_Mazzini.pdf), già diffuso da “Appunti di viaggio”, potrebbe essere un punto di partenza. ♦

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale