

Quaderni acp

www.acp.it

bimestrale di informazione politico - culturale e di ausili didattici a cura della
Associazione Culturale Pediatri

Ottobre 1998

*Una proposta dell'ACP
per l'utilizzo ottimale del SSN*

*Indagine sull'uso di compresse
di fluoro nella profilassi delle carie*

*Agire subito sul problema
resistenze agli antibiotici*

*I DRG misurano l'efficienza
degli ospedali in Europa*

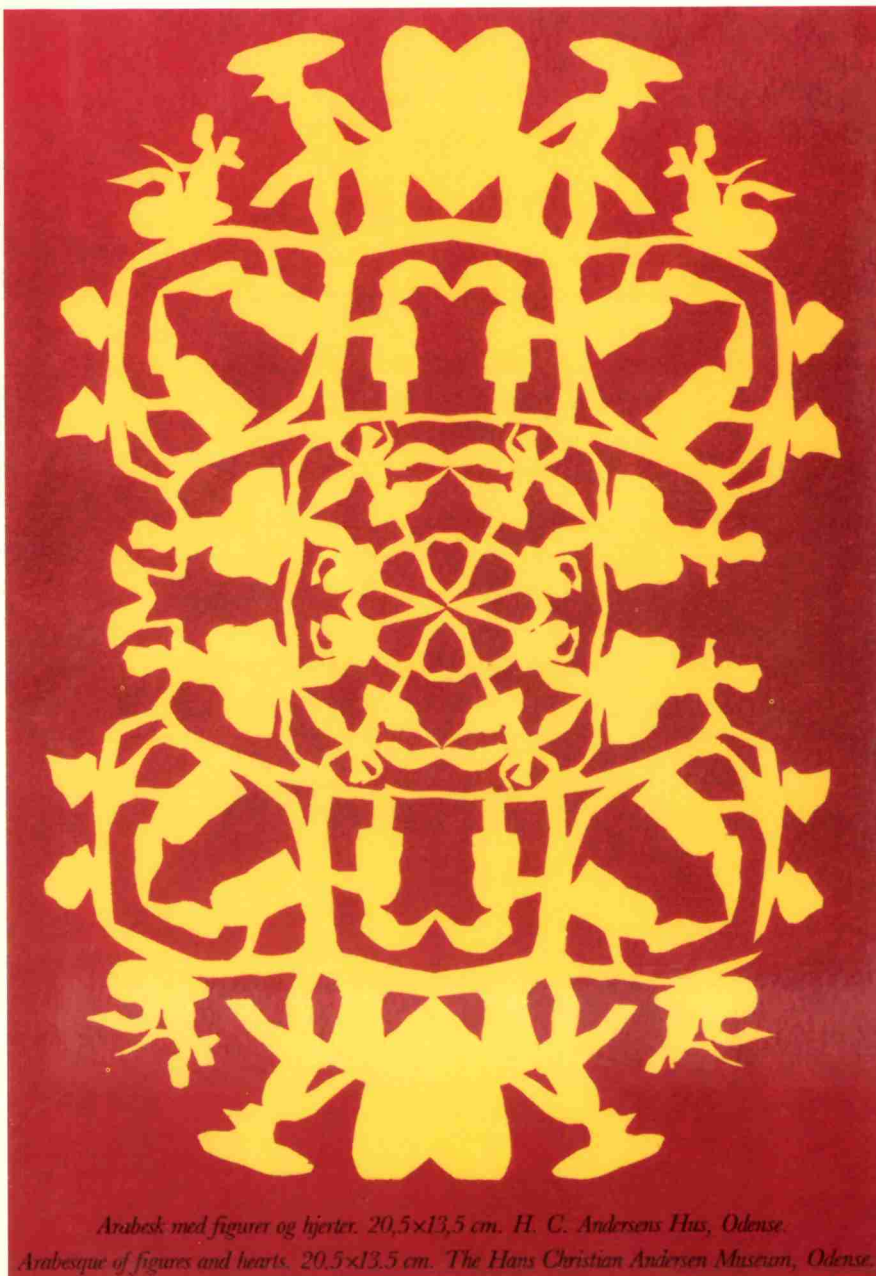
Stati che vaccinano e Stati che non

Le linee guida in Francia

*Anatomia in un ambulatorio
pediatrico negli Stati Uniti*

Lettera di un supinatore pentito

*I servizi sanitari per l'età evolutiva.
Le proposte dell'Associazione
Culturale Pediatri per un utilizzo
ottimale delle risorse del Servizio
Sanitario Nazionale*



Arabesk med figurer og hjertes. 20,5x13,5 cm. H. C. Andersens Hus, Odense.

Arabesque of figures and hearts. 20,5x13,5 cm. The Hans Christian Andersen Museum, Odense.

edizioni no profit
ACP



ci piace vederli sorridere.



Noi di Fidia abbiamo un obiettivo: migliorare il benessere e la qualità della vita. Non solo degli adulti, ai quali da sempre ci dedichiamo, ma anche dei bambini. Ed è proprio su di loro che da tempo abbiamo scelto di concentrare il nostro impegno, concretizzatosi

nello sviluppo della nuova Linea Pediatrica. Prodotti mirati alla prevenzione e terapia di patologie frequenti che, aumentando le possibilità di curare e inibire i sintomi di più malattie, vi aiutano a farli crescere nel migliore dei modi: col sorriso sulle labbra perché nel pieno delle forze.



L'impegno di Fidia in Pediatria

Sommario

Quaderni acp

Ottobre 1998 vol. V n° 5

ACP news

- 4 Resoconto della riunione del direttivo
- 4 Resoconto della riunione del gruppo "Abuso"

Editoriale

- 7 Una proposta dell'ACP per l'utilizzo ottimale del SSN
Giorgio Tamburlini

Congressi controlloce

- 8 Padenghe: formazione a partire dal caso

Ricerca

- 10 Indagine sull'uso di compresse di fluoro nella profilassi delle carie
S. Fabro, L. Strohmenger, E. Brambilla

Libri

- 12 Daniel Pennac, *Come un romanzo*
- 14 Andrea Camilleri, *Un mese con Montalbano*
- 14 Tahar Ben Jelloun, *Il razzismo spiegato a mia figlia*
- 15 Silvana Quadrino, *Più che una figlia*
- 15 Franco Panizon, *Cari genitori*

Organizzazione sanitaria

- 16 Agire subito sul problema resistenze agli antibiotici
- 17 I DRG misurano l'efficienza degli ospedali in Europa
- 18 Stati che vaccinano e Stati che non
- 18 Le linee guida in Francia

Osservatorio Internazionale

- 20 Anatomia in un ambulatorio pediatrico negli Stati Uniti
Emmanuel Doyne

Info

- 24 Nuovi criteri per la rimborsabilità dei farmaci
- 24 In aumento il numero dei bambini poveri
- 24 Vecchie le macchine in sanità
- 24 Il rapporto medici/abitanti nelle regioni italiane
- 24 Malaria in Maremma
- 25 Ancora sul fumo Passivo
- 25 Carta dei servizi per il pediatra di famiglia a Roma
- 25 Misuriamo il fascino femminile
- 25 Dopo i nucleotidi, i gangliosidi e gli oligosaccaridi
- 25 Pattugliare la pelle contro la Borrelia
- 26 Trattamento dell'otite e resistenze secondarie
- 26 L'*Helicobacter* fra i soldati italiani
- 26 A Palermo unità operative contro l'abuso
- 26 In arrivo un vaccino contro la Borrelia
- 26 Garanzia CEE per i dispositivi medici

World-info

- 28 Telemedicina, a che punto siamo?
- 28 USA - Gli specializzandi ed Internet: che delusione!
- 28 USA - Sexgate e "special needs"
- 28 USA - Fede vs Medicina
- 28 OMS - Gravidanza e mortalità materna
- 28 OMS - Vaccino anti HIB. A proposito di ingiustizie!
- 29 GAMBIA - Cilecca del vaccino 23 antipneumococcico
- 29 USA - Rimpianto per parole non dette
- 29 CUBA - Americani brava gente!
- 29 CEE - Mobilità di pazienti in Europa. L'Italia è prima
- 29 OMS - Un successo di salute pubblica
- 29 OMS - Trasfusioni e nvCJD
- 29 USA - Un po' di casino per il Viagra

Lettere

- 30 Ricoveri chirurgici in pediatria
Nino Mattina
- 30 Il commercio equo e solidale
Luisa Marolla

Un po' per gioco

- 32 Lettera di un supinatore pentito
Lucio Piermarini

Documenti ACP

- 33 I SERVIZI SANITARI PER L'ETÀ EVOLUTIVA
Le proposte dell'Associazione Culturale Pediatri per un utilizzo ottimale delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale
- 34 SCHEMA RIASSUNTIVO DEL DOCUMENTO

Parte prima: l'analisi

- 36 L'evoluzione dei bisogni di salute nell'età evolutiva
- 37 Le risposte attuali dei servizi
- 40 L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale

Parte seconda: le proposte

- 42 Un approccio unitario: la centralità del Dipartimento Materno Infantile
- 44 Le cure primarie
- 49 Le cure secondarie e terziarie
- 51 Finanziamento, programmazione e qualità
- 56 Formazione e Ricerca
- 58 Ruolo e partecipazione degli utenti

Riunione Direttivo ACP del 24/06/1998

Presenti: G. Tamburlini, G.C. Biasini, N. D'Andrea, M.F. Siracusano, A. Brunelli, D. Baronciani, L. Marolla, S. Pivetta, P. Siani, V. Murgia, M. Gangemi.

1) Codice ACP per i rapporti con l'industria

Tamburlini sintetizza le numerose osservazioni giunte dai gruppi locali e dai singoli soci. Nel complesso c'è gradimento per la proposta, anche se si sottolinea la necessità di prevedere un percorso che porti all'applicazione graduale del codice. Sembra ragionevole richiedere un impegno di "autoregolamentazione" dei singoli soci ACP, mentre va previsto un rispetto del codice da parte dei gruppi locali per tutte le iniziative associative. Il comitato incaricato (M. Bonati, L. Marolla, G. Tamburlini) si ritroverà per le modifiche e sarà fatta circolare un'ulteriore bozza, prima dell'approvazione da parte dell'assemblea durante il congresso di Taormina.

2) Documento ACP sui servizi sanitari per l'infanzia e l'adolescenza

Biasini ha curato la stesura del documento, già modificato secondo le indicazioni di coloro che lo hanno esaminato.

È richiesto, prima della diffusione e della consegna a Taormina, di far pervenire proposte per ulteriori aggiunte. Siani si occuperà di sentire la tipografia per la stampa e Tamburlini propone di farlo pervenire alla S.I.P. ed a tutte le associazioni rappresentative dei pediatri, nonché agli amministratori locali da parte dei gruppi.

3) Progetto genitori ed incontro coi rappresentanti del Centro Coordinamento Genitori (C.G.D.)

Tamburlini riferisce dell'incontro e informa di una possibile strategia comune volta alla formazione dei genitori, al di là delle associazioni interessate alle specifiche patologie. Si concorda sulla necessità che entrambe le associazioni possano approfondire la reciproca conoscenza per poi procedere ad un accordo di largo respiro.

4) Studio ACP di Coorte

Gangemi relaziona sull'attività del gruppo di ricerca nell'area delle cure primarie e dello sforzo per consolidare la rete di pediatri sentinella, già impegnati nella ricerca coordinata da Assael sulla varicella.

A questi si possono aggiungere la rete "pedianet" che coinvolge circa 100 pediatri già collegati in rete. Questa struttura dovrebbe, dopo adeguato potenziamento, essere in grado di portare avanti uno studio ACP su una coorte di nati in un determinato lasso di tempo, all'interno della quale andrebbe individuata una sottopopolazione di bambini con bisogni speciali, naturalmente da precisare, da seguire con un progetto di ricerca-intervento. A Taormina sarà presentata un'ipotesi più avanzata di ricerca a cura di D. Baronciani e P. Mastroiacovo.

5) Istituzione di un centro studi ACP

Tamburlini sostiene che non è più possibile continuare ad occuparsi di ricerca e formazione senza pensare ad una struttura dedicata ed a un setting minimo con personale apposito. La sede dovrebbe essere individuata in luoghi dove è possibile avere con maggior facilità contatti e reperire risorse (Roma, Milano, Trieste, Cesena). Naturalmente ciò comporta un impegno finanziario da parte dell'ACP. Il direttivo è d'accordo e dà mandato al gruppo di ricerca nell'area delle cure primarie di studiare soluzioni adeguate.

Info ACP

Chi vuole iscriversi all'ACP deve inviare una richiesta di iscrizione intestata al Presidente e inviata a:

Franco Dessì, via Montiferru 6,
09070 Narbolia (OR).

La quota d'iscrizione 1998 è di Lit. 50.000 da inviarsi tramite c/c postale n. 12109096 intestato alla Associazione Culturale Pediatri, via Montiferru 6 Narbolia (OR); oppure tramite bonifico bancario alla CARIPLO

ABI: 06070 CAB: 17400 CC: 74/1
con la stessa intestazione.

Gli iscritti alla ACP hanno diritto ad uno sconto del 50% sull'abbonamento a *Medico e Bambino*, se indicano sul retro del CC/p che sono soci ACP.

Riunione ACP Gruppo "Abuso"

Il 12/06/98 si è riunito a Bologna il Gruppo ACP Abuso. Erano presenti: F. Ciotti, P. Facchin, P. Brutti, R. Certosino. Hanno telefonato per avvisare della loro assenza e per fornire elementi utili alla riunione: D. Baronciani, S. Fedele, N. D'Andrea. Si sono definiti i seguenti punti:

1. D. Baronciani ha scritto all'APA per richiedere i pacchetti formativi sull'abuso fisico.

2. D. Baronciani deve ancora inviare ai partecipanti di Varenna il questionario e la scheda rilevazione dati per la verifica del lavoro svolto dopo Varenna.

3. Per i pediatri del Centro-Sud, piuttosto che a Palermo il Corso Nazionale di Formazione sull'Abuso si terrà a Matera. La data è ancora da definire; il corso si articolerà in due giornate, di cui una dedicata alla diagnosi pediatrica dell'abuso fisico, sessuale e dell'incuria-trascuratezza e alla discussione di casi clinici, coordinata da Baronciani e Facchin; l'altra dedicata ai percorsi giuridici e procedurali e alle proposte preventive dell'abuso per il pediatra e per i servizi, coordinata da D'Andrea e Ciotti.

4. Facchin pone il problema dell'inserimento del gruppo OMS Europa su incidenti e violenza, da lei coordinato, nelle attività nazionali sull'abuso promosse da L. Turco e che fanno riferimento al Centro Nazionale Documentazione di Firenze e alla Commissione Nazionale Abuso. Facchin e Baronciani si coordineranno tra loro per porre il problema ad Onelli e Turco.

Si aggiorna la riunione nella stessa sede a venerdì 16 ottobre 1998 dalle ore 13.00 alle ore 16.00, previa conferma via fax circa dieci giorni prima.



Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale

e di ausili didattici a cura della

Associazione Culturale Pediatri

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10
47023 Cesena.
E-mail: gbiasini@line.net

Responsabile

Franco Dessì
via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR).
E-mail: fdessi@tin.it

Redazione

Dante Baronciani, Antonella
Brunelli, Giancarlo Cerasoli,
Giuseppe Cirillo, Sergio Conti
Nibali, Francesco Ciotti, Carlo
Corchia, Nicola D'Andrea,
Luciano de Seta, Salvo Fedele,
Rosario Ferracane, Michele
Gangemi, Giuseppe La Gamba,
Pier Paolo Mastroiacovo, Vitalia
Murgia, Lucio Piermarini, Paolo
Siani.
c/o Salvo Fedele
via Galileo Galilei 99
90145 Palermo.
Tel. 091/201553
E-mail: sfedele@tin.it

Grafica ed impaginazione

Ignazio Bellomo

Stampa

Rocco Curto Editore
Sasso Di Castalda
85050 Potenza
Tel. 081/7627270

Autorizzazione

Tribunale di Oristano 308/89

Abbonamento

Tariffa d'abbonamento
per i non soci: Lit. 50.000
Versare sul c/c n. 12109096
intestato a:
Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR).

Copie arretrate e reclami

Gianni Piras
via Prunizzedda 62 07100 Sassari
Tel. 0347/7635412
Fax 079/2590021
E-mail: segracp@tsc.it

© Associazione Culturale Pediatri

Acp edizioni No Profit

La rivista è suddivisa
in due sezioni:

Quaderni e ausili didattici.

La sezione **Quaderni** pubblica, oltre a notizie sull'ACP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale dei medici e degli infermieri pediatrici, dei neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica altresì ricerche dedicate ai problemi delle cure primarie.

La sezione **ausili didattici** pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

La rivista è parzialmente pubblicata in Internet alla pagina web:

www.americaninternet.com/acp/index.htm

In questo numero l'illustrazione di copertina è tratta da "H. C. Andersen Papirklip Paper Cuts" di Johan de Mylius edito da Komma & Clausen.

Le altre illustrazioni sono tratte da "Nothing" di Mick Inkpen edito da Holder Children's Books.

Norme redazionali

Su *Quaderni acp* possono essere pubblicati articoli coerenti con la linea redazionale della rivista che riguardino argomenti di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra. I lavori per la rubrica "RICERCA" saranno sottoposti al giudizio di un revisore. Il commento del revisore sarà risottoposto agli aa. Non si forniscono estratti. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. I testi dovranno essere preferibilmente inviati su floppy disk insieme alla relativa stampata. Per Windows si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Per Macintosh si dovranno convertire i file su dischetti IBM-compatibili, tramite Apple File Exchange, per poterli leggere in Word per Windows. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (400 battute) in italiano ed inglese. Le lettere non dovranno superare le 2000 battute (25 righe di 80 battute); se di dimensioni superiori le lettere potranno essere ridotte, mantenendone il significato, a cura della redazione. Chi non accetti la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. Il materiale da pubblicare va inviato all'indirizzo del Direttore indicato nella colonna a lato. Possono essere pubblicati lavori originali inerenti in modo particolare, ma non esclusivo, l'area delle cure primarie e l'attività di base delle unità operative ospedaliere. I testi dovranno essere strutturati in *obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni*; non dovranno superare le 6.800 battute (85 righe di 80 battute; in casi eccezionali da concordare con la direzione il numero di battute può superare le 6.800), con un massimo di due tabelle o figure. Queste dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo. Gli AA dovranno fornire anche un riassunto in inglese di 800 battute. Il riassunto deve essere strutturato in *obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni*. Devono essere indicate da due a sei parole chiave. La bibliografia deve essere redatta secondo le abbreviazioni riportate nell'Index Medicus. Gli AA vanno citati tutti fino al terzo; dal quarto si indicheranno con *et al.* Dopo l'indicazione della rivista, nell'ordine, vanno indicati: l'anno seguito da punto-virgola, il volume seguito da due punti, la pagina d'inizio del lavoro. Le voci bibliografiche vanno elencate nell'ordine di citazione e non possono superare, se non eccezionalmente, il numero di sette.

X Congresso Nazionale Associazione Culturale Pediatri

“Bambini senza medicine”

Taormina (ME)- Palazzo dei Congressi 23-25 Ottobre 1998

“L'ACP intende il suo Congresso annuale come un momento di riflessione sul ruolo e la cultura del pediatra nella società che cambia, e come luogo di incontro e confronto tra i gruppi locali. Si fa il punto di progetti e iniziative nate uno o due anni prima e vengono formulate nuove proposte. Si discute di politica sanitaria, di rapporti con altri operatori e con gli utenti, e naturalmente ci si aggiorna. Quest'anno i temi portanti sono l'evidenza in pediatria (quanti dei nostri atti quotidiani sono poggiati su una solida base scientifica?), il contributo che può venire alla salute del bambino dalle politiche sociali e culturali dei Comuni, la collaborazione con i neuropsichiatri, i modelli ideali di cure per il bambino. Si discute di come può essere costruito un rapporto con l'industria fittivo e trasparente a garanzia dell'utenza. Si affrontano anche alcune frontiere della pediatria quali la neuropsicologia applicata ai disturbi dell'apprendimento, e la genetica dei virus dell'epatite. Si presentano le ricerche in pediatria di base. Poche medicine? Altre medicine? Senza medicine? È un Congresso per scelta aperto, in cui si discute molto in un clima che non ha nulla di accademico, ed in cui non mancano le occasioni di piacevole convivialità. Non c'è dubbio che la cornice di quest'anno sarà abbastanza eccezionale. Dunque, ti aspettiamo!”

Venerdì 23 Ottobre

- 09.30-10.30 Lettura. Giocosa terapia (P. Boero)
 10.30-11.00 Pillole di medicina basata sull'evidenza (G.C. Biasini)
 I Prevenzione (D. Baroncini)
 11.00-13.00 Pediatri e neuropsichiatri infantili: percorsi comuni nel campo della diagnosi precoce e della prevenzione (N. D'Andrea, G. Levi, F. Calamoneri, F. Ciotti, S. Conti Nibali)
 13.00-13.30 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “L'obesità nella pratica ambulatoriale” (A. Nova, E. Sala)
 15.30-16.00 Dieci passi per... una buona perinatologia (G. Rapisardi)
 16.00-16.45 Può la formazione modificare la pratica dell'allattamento al seno? (A. Cattaneo, S. Quintero)
 16.45-17.15 Pillole di medicina basata sull'evidenza (G.C. Biasini)
 - II: Diagnosi (R. Buzzetti)
 17.15-17.45 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “La prescrizione di farmaci in pediatria di base” (T. Cazzato)
 17.45-18.30 Sistema di pediatri sentinella: stato dell'arte e proposte per il futuro (M. Marin, M. Gangemi)
 18.30-19.00 Dieci passi per... un buon ospedale (N. D'Andrea)

Sabato 24 Ottobre

- 09.00-09.30 Pillole di medicina basata sull'evidenza (G.C. Biasini)
 - III: Terapia (M. Bonati)
 09.30-10.00 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “Attitudine, pratica e conoscenze dei pediatri di famiglia e dei medici vaccinatori sulla vaccinazione antimorbillosa nella provincia di Messina” (M.F. Siracusano)
 10.00-11.30 Per un codice di comportamento dell'ACP nei rapporti tra medico e industria farmaceutica (G. Tamburlini, F. Panizon, M. Bonati)
 11.30-12.00 Dieci passi per... una buona pediatria di famiglia (V. Calia)
 12.00-13.00 Bambini in ospedale: perché, come e quando (Gruppo di ricerca ospedaliero ACP)
 13.00-13.30 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “Indagine sul comportamento diagnostico terapeutico del pediatra di famiglia di fronte al bambino con enuresi notturna” (P. Lubrano)
 15.30-16.00 Per-Corso di ricerca in pediatria di base: “Le richieste di consulenze specialistiche da parte del pediatra di famiglia” (L. Brivio, R. Cazzaniga)
 16.00-17.00 Implicazioni cliniche della variabilità genomica dei virus epatitici nel bambino e nell'adulto (G. Raimondo)
 17.00-19.00 Assemblea dei soci ACP

Domenica 25 Ottobre

- 09.30-10.30 I disturbi dello sviluppo come disturbi multistadio (G. Levi)
 10.30-12.30 Progetti per l'infanzia: dal dire al fare... (P. Alcaro, E. Bianco A.M. Colella, G. Giunta)
 12.30-13.15 Ipotesi di uno studio nazionale di coorte (Gruppo di ricerca delle cure primarie ACP)

Segreteria Organizzativa:
 ACP dello Stretto

Per iscrizione e prenotazione alberghiera:

Mediterranea Meetings

P.zza Catalani 6. 98122 Messina
 tel. 090/711109 fax 090/711164 e-mail medmeet@tin.it
 C/C n. 12191-00 ABI 2008 CAB16500 presso Credito Italiano
 Piazza Cairoli - Messina

Per agevolazioni sui voli:

Lisciotto Viaggi
 tel. 090/719001 fax 090/714111 e-mail lsctt@mbox.vol.it

Una proposta dell'ACP per l'utilizzo ottimale delle risorse del SSN

Quaderni acp 1998; vol V, n° 4: 7

Giorgio Tamburlini

Gli operatori della salute si trovano ad operare in un'epoca di rapide trasformazioni. Da un lato i cambiamenti in atto nelle società industrializzate inducono una consistente trasformazione dei bisogni di salute, e dall'altro i sistemi sanitari sono in tutto il mondo oggetto di tentativi di riforma che ne mutano anche radicalmente il funzionamento e il significato.

La pediatria e più in generale l'area della salute del bambino e dell'adolescente non fa certo eccezione. Anzi, da un lato per la rapidità dei mutamenti demografici, della struttura e delle caratteristiche della famiglia e dei modelli culturali e dall'altro per la rapida innovazione tecnologica in atto sulle possibilità di prevenzione, diagnosi e cura di molte condizioni, è forse l'area in cui il cambiamento è più sensibile.

A fronte di questo sembra naturale che i pediatri e gli altri operatori dei servizi sanitari per l'infanzia si pongano il problema di analizzare i fenomeni in corso e cercare di orientare le risposte, per lo meno quelle del servizio sanitario pubblico, nella direzione del più efficace utilizzo delle risorse esistenti.

Nell'interesse dei propri utenti ma anche per costruire un sistema di cure di cui sia sensato far parte in quanto professionisti della salute.

L'Associazione Culturale Pediatri per le sue caratteristiche di associazione che ha come finalità lo sviluppo della cultura pediatrica e più in generale la salvaguardia della salute del bambino non rappresenta né difende interessi consolidati.

È quindi in grado di fornire un contributo di analisi e di proposte libere da condizionamenti e improntato a considerazioni essenzialmente culturali e tecniche.

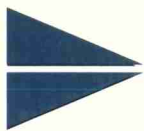
In tale spirito è stato elaborato con larga consultazione degli iscritti e di autorevoli pediatri esterni all'ACP, il documento che pubblichiamo da pag. 35. In questo documento, che rende forzatamente questo numero di Quaderni acp del tutto anomalo per la scomparsa della parte ausili didattici, sono contenute valutazioni critiche e autocritiche e ipotesi che possono risultare "scomode" per alcuni di noi. Tuttavia siamo convinti che, in ultima analisi, sia interesse di tutti i pediatri sentirsi parte di un sistema di cure sensato ed efficace. Il documento rappresenta la rivisitazione e l'evoluzione di un analogo documento elaborato e pubblicato nel 1988. Il suo obiettivo principale è quello di dare un contributo di idee a pubblici amministratori, responsabili dei servizi sanitari e operatori dei servizi sanitari per l'infanzia.

In secondo luogo, esso intende rappresentare un punto di riferimento e uno stimolo per le attività dell'ACP a livello locale, al fine di promuovere tra gli associati la più consapevole e competente partecipazione al rinnovamento necessario nella pediatria e più in generale nei servizi per l'infanzia.

Il documento, anche per motivi di spazio e leggibilità, non è esaustivo di tutti gli aspetti relativi alle cure al bambino, ma intende affrontare quelli di maggior peso al fine di dare basi tecnico-organizzative salde e possibili al perseguimento degli obiettivi generali nel campo della salute dell'età evolutiva.

L'ACP si propone di integrare il documento con specifici "statement" su questioni specifiche appena accennate in questo documento (per esempio la formazione e la ricerca) o non trattate in questo documento (per esempio i rapporti tra SSN e Università, o tra pubblico e privato) così come di stimolare adattamenti delle linee generali del documento alle specifiche realtà regionali ed aziendali.

Proposte in questo senso sono evidentemente benvenute. ■



PADENGHE

Formazione a partire dal caso

Si è svolto a Padenghe, sulla riva bresciana del lago di Garda, il primo incontro delle associazioni ACP Venete e Lombarde; convegno, a numero chiuso, per permettere una miglior interattività con gli esperti. L'esperienza di un incontro a partire da casi clinici ed alla presenza d'esperti di metodo e di materia, era già stata fatta dai veronesi e vicentini e, proprio perché positiva, è stata estesa ad altri gruppi culturali. La discussione con gli esperti traeva lo spunto dalla presentazione di sette casi clinici, uno per Associazione Culturale. Con Leopoldo Peratoner sono stati discussi quattro casi di nefrologia. Il primo, ematuria macroscopica di corso di febbre, con proteinuria modesta, ha permesso di parlare di cause di macroematuria e in particolare di malattia di Berger che non è così benigna come si pensava anni fa. Si è discusso dei segni prognostici sfavorevoli come proteinuria persistente, ipertensione, creatinina che si alza, microematuria persistente, conta di Addis elevata o numero di emazie per mm³ su urine del mattino non centrifugate. Il secondo era ancora un episodio di macroematuria, in questo caso in seguito ad uno sforzo, e che aveva ricevuto una prima diagnosi di "ematuria da sforzo", entità descritta nell'adulto ma non in pediatria. Un secondo episodio di ematuria ha fatto rivedere la diagnosi, individuando una calcolosi quale responsabile dell'ematuria. Si è discusso dell'inutilità del follow up della calcolosi, che in pediatria è poco recidivante, e del trattamento dell'iperparatiroidismo. Il terzo caso era un rene multicistico individuato già in utero evolvente successivamente in insufficienza renale medio-grave. Il caso ha dato lo spunto per parlare di follow up dell'insufficienza renale, della differenza fra rene policistico e multicistico e di problemi di comunicazione da parte del centro di diagnosi prenatale, che aveva

prospettato la morte subito dopo la nascita. L'ultimo caso nefrologico era una sindrome nefrosica, corticosteroide-sensibile, "biotticamente a lesioni minime", ricaduta più volte. A questo punto i genitori sono ricorsi a cure alternative: poiché un test citotossico aveva individuato un'allergia a latte e cacao, una dieta priva di tali alimenti, sembrava aver portato a guarigione. Il caso ha dato occasione di parlare di quando eseguire la biopsia renale nella sindrome nefrosica (non certo nella corticosteroide-sensibile!), della storia naturale della sindrome nefrosica e soprattutto di un problema ancora aperto: la relazione fra atopie e nefrosi. Se, infatti, una familiarità ed una cutipositività sono presenti in circa il 50% dei casi, l'eliminazione dell'allergene non ha mai portato a guarigione. Con Giancarlo Biasini sono stati discussi tre casi di pediatria generale. Il primo caso riguardava una bambina con sintomi sfumati: DAR, anemia ipocromica, alvo incoerentemente diarroico. Alla diagnosi di celiachia si è giunti con l'esecuzione di AGA ed EMA, positivi e successiva biopsia intestinale che evidenziava mucosa piatta. Si è discusso sui sintomi di allarme per il sospetto di celiachia e vi è stato un acceso dibattito sull'opportunità o meno di uno screening della celiachia. Il secondo caso è stato quello di un ginocchio gonfio in regione sovrapatellare, non dolente, senza limitazione funzionale. Il caso rimane aperto, ma la più accreditata ipotesi è di artrite reumatoide ANA + monoarticolare. L'uditorio è stato molto critico di fronte al numero enorme e spesso senza logica di esami e consulenze richieste dal Centro di 2° livello, alcuni svianti, come una RMN che aveva indotto il radiologo a diagnosticare una *osteite tubercolare* a Mantoux negativa. La RMN non è certamente esame diagnostico ottimale per visionare le strutture ossee, quelle del ginocchio in particolare. Il terzo ed ultimo caso riguardava una FUO, ancora con troppi esami richiesti (e tutti normali), molti ricoveri (inutili), vissuta su di un equivoco di fondo: la temperatura rettale era 38°, motivo di preoccupazione, ma da ritenersi ancora nei limiti della norma. La discussione ha riguardato il comportamento di fronte al sintomo febbre e di fronte ad una madre problematica, la richiesta di esami

inutili, costosi, ridondanti per una febbre banale, anche se ripetuta, ed anche la definizione stessa di febbre. Pillole di epidemiologia applicata alla diagnosi da parte di Roberto Buzzetti, nel corso della mattinata. Nella sospetta malattia di Berger, Buzzetti stressava alcuni aspetti: non si conosce la reale frequenza del Berger, l'importanza di valutare il rischio legato alla biopsia, la necessità di conoscere meglio i fattori prognosticamente sfavorevoli. Nel caso della celiachia in corso di anemia, una applicazione matematica del teorema di Bayes, permetteva di indicare la probabilità di celiachia, che normalmente stimata 1/200 soggetti, nel caso in cui coesista un'anemia ipocromica, diventa 1/20, cioè decuplica la sua probabilità. Nel corso del pomeriggio Buzzetti ha trattato la scala dei LOG.IT, sulla predittività positiva e negativa dei test di screening e sull'analisi multivariata.

La conclusione è stata: va certamente "masticata" meglio l'epidemiologia clinica. Ogni Associazione ha presentato uno stand con la propria attività di ricerca, aggiornamento, audiovisivi ed attività congressuale. È stata un'occasione utile per conoscersi, scambiarsi opinioni informali nel corso della pausa pranzo e... per dirci arriverci l'anno prossimo, visto che la maggior parte dei partecipanti ha riportato un'opinione positiva dalla giornata.

N.B. Prossimamente produrremo una relazione più dettagliata dei singoli casi clinici presentati, con le considerazioni di chi li ha presentati e le considerazioni degli esperti.



L'Acqua Minerale Naturale SANGEMINI per l'assoluta purezza e per il contenuto completo ed equilibrato di sali minerali è un'acqua ideale per tutti i bambini, dai più piccoli ai più grandi.

Nel bambino e nell'adolescente apporta quegli elementi fondamentali per un corretto sviluppo della struttura ossea e dei denti: Calcio (ben 328 mg/l in forma altamente assimilabile), Magnesio, Fluoro e Manganese.

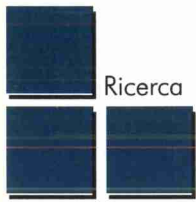
Durante l'allattamento assicura un equilibrato reintegro di sali minerali (Calcio, Magnesio, Fluoro, Potassio e Manganese) preziosi per il benessere della mamma e lo sviluppo del bambino.



Acqua Minerale Naturale
SANGEMINI
PURO
EQUILIBRIO

L'Acqua SANGEMINI è pura perché nasce da sorgenti circondate da una vasta area di natura protetta, viene sottoposta a costanti e severi controlli ed è imbottigliata con le tecnologie più moderne. E' leggera e di sapore gradevole.


SANGEMINI
Salute, Sangemini



Ricerca

Indagine sull'uso di compresse di fluoro nella profilassi della carie

S. Fabro, L. Strohmenger, E. Brambilla

Istituto di scienze biomediche S. Paolo, Università degli studi di Milano,
Cattedra di Pedodonzia

Quaderni acp 1998; vol V, n° 5: 10-11

Obiettivi

Lo studio si propone di valutare l'effettiva compliance alla fluoroprofilassi in differenti fasce d'età.

Metodi

Seicentotrentatrè bambini da sei mesi a dodici anni, seguiti da un pediatra di famiglia in provincia di Varese, sono stati campionati per valutare l'effettiva attuazione della profilassi.

Risultati

Duecentosettanta pazienti su 633 (42%) assumono continuativamente il fluoro, mentre 191 (31%) lo assumono saltuariamente e 172 (27%) non lo assumono. La percentuale più alta si riscontra nei bambini fra tre e cinque anni, perché a Varese nelle scuole materne si distribuisce regolarmente il fluoro.

Conclusioni

Questo lavoro conferma la necessità che il Pediatra di famiglia, durante i bilanci di Salute, informi i genitori sull'importanza della fluoroprofilassi e la sostenga nel tempo nei successivi controlli.

Parole chiave

Fluoroprofilassi, Pediatra di Famiglia, Compliance.

Obiettivi

Le misure profilattiche volte all'eliminazione della carie dentale sono in prima linea la pulizia meticolosa ed assidua dei denti per eliminare ogni residuo alimentare ed impedire la formazione della placca batterica che costituisce l'ambiente adatto all'attività dei germi cariogeni. Tuttavia si è notato che anche la più scrupolosa igiene orale non porta alla risoluzione del problema della carie. Ciò deriva dall'impossibilità di ottenere un ambiente buccale con una carica batterica contenuta e a causa della difficoltà di operare una detersione completa dell'apparato dentale, in tutti gli spazi interprossimali delle corone dei denti, in tutte le anfrattuosità, nelle fessure della dentatura.

Questa sconcertante constatazione ha penalizzato per lungo tempo il problema della profilassi della carie dentale finché si è venuti a conoscenza del fluoro quale elemento profilattico nel processo carioso (1-2-3). Si è partiti dall'osservazione di alcune caratteristiche alterazioni cromatiche e distrofiche dei denti, rilevate negli abitanti di varie zone vulcaniche; si riuscì a scoprire un nesso eziologico fra qualità delle acque potabili di tali zone ed alterazioni distrofiche dentali, s'identificò infine nel fluoro contenuto in misura relativamente notevole nelle acque consumate dagli abitanti di tali località, la causa vera delle lesioni dentali, che perciò furono considerate come manifestazioni di una cronica intossicazione da fluoro indicata col termine di FLUOROSI DENTALE (2).

Gli studi sulla fluorosi dentale si sono dimostrati importanti non solo per le manifestazioni patologiche provocate dall'alogeno, ma per la concomitante quasi generale osservazione della minor diffusione della carie nelle zone di fluorosi endemica. Si deve alle osservazioni sistematiche fatte nel 1942, in America, dell'epidemiologo Dean, mentre studiava le cause del mongolismo, se si pervenne alla constatazione dell'esistenza di un rapporto ben definito fra contenuto di fluoro nelle acque e minore incidenza della carie nelle popolazioni che bevono tali acque (3). In seguito controlli più accurati permisero di accertare che nelle zone in cui le acque potabili contenevano fluoro in concentrazione di 1 mg. o poco più per litro, pur notandosi una minor diffusione della carie, gli abitanti non presentavano le antiestetiche alterazioni distrofiche e cromatiche dei denti (8). Queste interessanti osservazioni furono fatte in molte parti del mondo e portarono alla conclusione che la concentrazione di 1 mg. per litro di fluoruro di sodio nelle acque sia ottimale per rendere i denti meno recettivi ai processi cariosi senza indurre alterazioni cromatiche.

Dai dati forniti dal Ministero della Sanità risulta che la percentuale degli ioni fluoro nelle acque per approvvigionamento domestico in Italia varia tra 0.02 a 0.40mg/l con un massimo di 0.70mg/l per quasi tutte le province italiane tranne che per le province di Bolzano, Trento, Reggio Emilia, Reggio Calabria, Palermo, Napoli (massimo di 1.50mg/l), Roma (massimo di 4.6 mg/l). Nel 1986, la Commissione Nazionale di Prevenzione ha evidenziato che l'ottimizzazione del contenuto in fluoro dell'acqua potabile è il più efficace mezzo fino ad oggi conosciuto per prevenire la carie dentaria. Tuttavia poiché i sistemi di fluorizzazione delle acque vengono raramente applicati, l'Organizzazione Mondiale della Sanità fa presente l'importanza dell'adozione di metodi alternativi quali la somministrazione controllata di compresse di fluoro a partire dall'età di sei mesi fino all'età di tredici anni.

Metodi

La seguente indagine è volta a valutare l'effettiva somministrazione di compresse di fluoro in un campione di 633 soggetti di età compresa tra i sei mesi e i dodici anni reclutati fra i pazienti di un pediatra di base dell'Unità Sanitaria Locale n° 1 della provincia di Varese (contenuto di fluoro nelle acque: 0.20-0.40 mg/l). Il fluoro è stato somministrato mediante compresse nella quantità di 0.25mg/die tra i sei mesi e i due anni, di 0.50 mg/die tra i 3-5 anni e un mg/die tra i 6-12 anni in rapporto ai valori nelle acque potabili che varia da 0.20 a 0.40 mg/l.

I soggetti sono stati distinti considerando la frequenza di tale somministrazione in tre categorie distinguendo un uso di fluoro di tipo continuo (non inferiore ai 260 giorni l'anno), un uso saltuario (solo per certi periodi dell'anno) e nessuna somministrazione. L'indagine è stata condotta su 633 pazienti distinti in tre GRUPPI in base a tre fasce d'età: I GRUPPO di 196 bambini (31%) di età compresa tra i sei mesi e i due anni, II GRUPPO di 139 bambini (22%) di età compresa tra i tre e cinque anni, III GRUPPO di 298 bambini (47%) di età compresa tra i sei e i dodici anni. I bambini di ciascun gruppo sono stati classificati in funzione della frequenza di assunzione del fluoro.

Risultati

Dall'analisi dei risultati ottenuti emerge che 124 dei bambini del I GRUPPO (63%) fanno un uso continuo di fluoro, 48 bambini (25%) fanno un uso saltuario, ventiquattro soggetti (12%) non fanno uso di fluoro. Nel II GRUPPO 104 bambini (75%) fanno un uso continuo di fluoro, ventuno bambini (15%) fanno un uso saltuario, quattordici soggetti (10%) non fanno uso di fluoro. Infine nel III GRUPPO 42 soggetti (14%) fanno un uso continuo, 122 (41%) fanno un uso saltuario, 134 (45%) non assumono fluoro.

Quindi su un totale di 633 pazienti esaminati, la somministrazione continuata di fluoro si ha in 270 pazienti pari al 42%. Si è rilevato un uso saltuario in 191 (31%) pazienti; mentre 172 soggetti (27%) non assumono fluoro.

Conclusioni

In letteratura esistono diversi studi che evidenziano l'importanza dell'uso di fluoro con scopo preventivo. Dall'analisi dei risultati emersi nella presente indagine risulta che nei bambini da sei mesi a due anni si ha un'assunzione regolare di fluoro in una percentuale buona (63%) ma sicuramente migliorabile. Questa fascia d'età deve essere tenuta, infatti, in particolare considerazione in quanto l'efficacia preventiva è tanto maggiore quanto più l'assunzione di fluoro è precoce; è noto che iniziando la fluoroprofilassi entro il 2° anno di vita la riduzione della carie è del 30-80% nelle due dentizioni (5, sei, sette). La consapevolezza dei pediatri sulla rilevanza della fluoroprofilassi gioca un ruolo importante proprio nei primi anni di vita. La madre può inoltre essere già sensibilizzata al problema in quanto molti ginecologi hanno ormai in uso la somministrazione di compresse da 1 mg di fluoruro di sodio durante la gravidanza. Il gruppo di bambini da tre a cinque anni, che frequentano in buona parte la scuola materna, assume in una percentuale deci-

samente rilevante il fluoro, pari al 75%, poiché nelle scuole materne di Varese viene regolarmente distribuita ogni giorno una compressa di 0.50 mg.

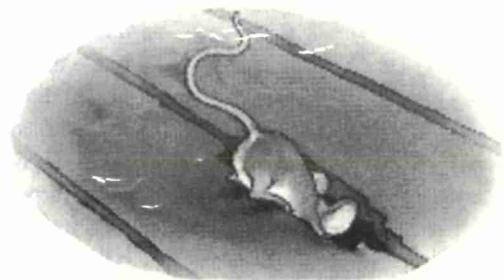
Invece nel gruppo tra i sei e i dodici anni si nota un significativo decremento nell'assunzione di fluoro, in parte perché è stata sospesa la distribuzione delle pastiglie di fluoro nei primi tre anni delle scuole elementari dal 1995, in parte perché le madri sono meno sensibili al problema della prevenzione della carie con fluoroprofilassi nel bambino più grandicello ed inoltre per il fatto che il bambino compreso in questa fascia d'età, diventa meno gestibile e controllabile dalle madri.

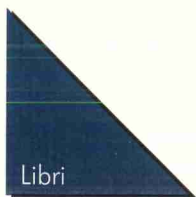
Bisogna evidenziare come la fluoroprofilassi nei primi anni di vita sia soprattutto delegata al personale non medico quali le assistenti sanitarie e le maestre degli asili nido e scuole materne che devono essere sensibilizzate al problema.

Il pediatra è la figura assolutamente preminente a svolgere questo compito per le funzioni di salute pubblica che può rivestire all'interno della comunità e per il rapporto di fiducia che lo lega ai famigliari del piccolo affidato alle sue cure. Gioca un ruolo essenziale nel saper valorizzare questo tipo di profilassi e nel saper verificare durante i periodici controlli per i bilanci di salute, l'effettivo utilizzo del fluoro e laddove questo non avvenga stimolarne l'utilizzo. ■

Bibliografia

1. Billings R.R. Development of Clinical Evaluation of New Designs for the Intraoral Fluoride Releasing System. A Final Report. Contract No. NOIDE 72751. Rochester, Eastman Dental Center 1989.
2. Brunelle J.A., Carols J.P. Recent trends in dental caries in US children and the effects of the water fluoridation. *J. Dent. Res.* 1989;69:723-27.
3. Bruun C., Lambrou D., Larsen M.J., Fejerskov O., Thylstrup A. Fluoride in mixed human saliva after different topical fluoride treatments and possible relation to caries inhibition. *Caries Res* 1982;10:124-129.
4. Bengiamo A. Metodi di attuazione della profilassi e della assistenza odontoiatrica nel periodo scolastico. *Ann. Stom.* 1984;10:5.
5. Benagiamo A. La prevenzione della carie nell'età scolastica. *Ann. di Stom.* 1984;13:7.
6. Ericson Y. Il monofluorofosfato di sodio e le sue importanti proprietà nella profilassi della carie dentale. *Ann. di Stom.* 1983;15.
7. Tinanoff N. Dental caries risk assessment and prevention. *Dent-Clin-North-Am.* 1995;709-19.
8. Pendrys D.G. Dental fluorosis in perspective. *J. Am. Dent. Assoc.* 1994;122:63-66.





Libri

Quaderni acp 1998; vol V, n° 5: 12-15

Occasioni per una buona lettura

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



Quando cominciammo a pubblicare questa rubrica di "Libri" ci chiedemmo se c'era bisogno di farlo e per chi farlo. Doveva essere una rubrica che in qualche modo avesse a che fare con la professione del medico che appartiene a quelle intellettuali, alle quali si richiama, ad esempio, una corrente di cultura anglosassone che ha dato luogo alla formazione di rubriche e riviste che si richiamano alle "medical humanities". L'ultima cosa che può capitare ad un medico, che opera "nel corpo" della società è quella di trovarsi in mancanza di stimoli a confrontare criticamente informazioni diverse e contrastanti e quindi a scegliere liberamente e consapevolmente. Questo sia nella vita che nella professione, che ogni giorno di più si intrecciano e si intersecano in quanto informazione e cultura sono strumenti indispensabili anche nella vita pratica e nel lavoro, per non rimanere amanuensi della ricetta e per partecipare alla creazione quotidiana della società, alla formazione - e non solo alla fruizione - del nostro patrimonio culturale. Non può esistere democrazia e libertà, e quindi civiltà, senza una cultura diffusa e senza informazione; non può esistere, né svilupparsi una società basata sul terziario, ma forse proprio nessuna società, senza strumenti ed incentivi per un processo permanente di aggiornamento culturale. Per questo abbiamo sempre pensato che questa rivista dovesse essere un unicum in cui l'aggiornamento professionale e la cultura delle "humanities" dovessero fondersi e vivere insieme e che la politica culturale (scusate l'altezza del tono!) della rivista, più che aiutare a gestire, dovesse mirare ad aiutare ad organizzare l'avvenire sollecitando il maggior numero possibile di noi ad esprimere i propri valori e a formulare le proprie aspirazioni, i propri bisogni culturali, per sostituire la cultura trasmessa con una cultura vissuta e partecipata. Quanto valore abbia il libro in una visione del genere è intuitivo. Stare con un libro è essere capace di stare con sé stessi, è elaborazione riflessione, pensiero solitario per aiutarsi a capire il mondo. Un articolo comparso sul *Corriere della Sera* nella calura di agosto e scritto da Galli della Loggia, ed alcuni successivi contributi, ci hanno confermato nella opportunità di questa scelta che facemmo qualche anno fa. In Italia, scrive Galli della Loggia, si legge poco; chi ha lasciato le scuole superiori legge nella misera percentuale del 3%; siamo superati da Spagna e Portogallo. In compenso una miriade di miliardi viene speso per dischi e cinema; una grande quantità di italiani, anche giovani, è conquistato per molte ore al giorno dall'uso visivo dei media. Tutti questi, - i media - cioè la cultura visiva, suggeriscono elaborazioni già confezionate, aiutano, e questo è certamente importante, a stare insieme e assai meno a stare con se stessi. Vi sono iniziative pubbliche incentivanti per il cinema, private per la musica e la televisione; assai poco si fa per far leggere di più. Una *Commissione per la diffusione del libro* è stata nominata dal governo, ma di lei non molto, anzi nulla, si sa. L'aumento dei titoli è stato stratosferico, la concorrenza delle case editrici anche, e questo forse non consente più di avvicinarsi facilmente all'autore, annegato in una moltitudine di scrittori. Ci pare anche, pur da scarsi conoscitori di quel mondo, che la scuola abbia fallito il suo compito di avviare alla lettura come gioia e divertimento; la lettura sembra, invece, ai giovani un peso. Ma se i giovani leggono poco quanto leggono i 900.000 docenti? Non ci sono risposte, ma qualcuno ha scritto: se leggessero tutti e novecentomila il mercato del libro non sarebbe in crisi! Per tornare a noi dicevamo: che questo dibattito estivo ci ha confermato nella nostra idea che questa rubrica sia utile. Noi non sappiamo, ahinoi, quanto essa sia letta. Né sappiamo quanti siano i pediatri che leggono libri, se siano di più o di meno del 3% dei diplomati dagli Istituti Superiori. Ma speriamo che siano molti di più. E se qualcuno di loro avrà tratto ispirazione da queste pagine esse non saranno state inutili. Sicuramente utile però è un libro che (più di qualsiasi nostro suggerimento) alla lettura avvicinerà molti (anche i più pigri), un libro di Pennac, che alla lettura conquista.

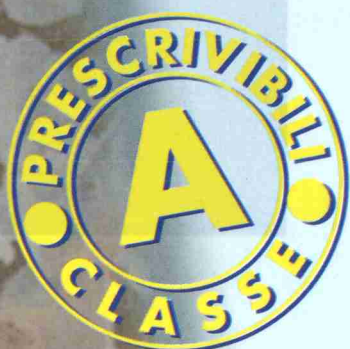
G.C.B.

Daniel Pennac *Come un Romanzo*. Feltrinelli, 1996, pp.141, Lit. 15.000

S O L U Z I O N I P E R A E R O S O L

Lunibron-A[®]

Flunisolide

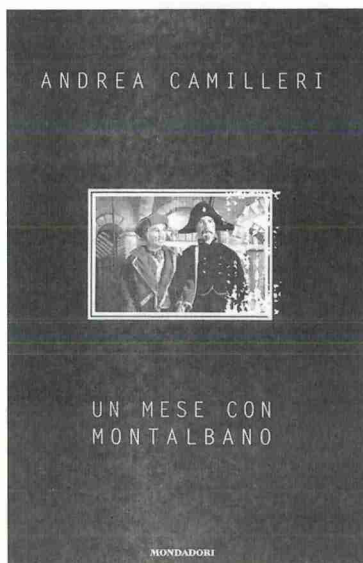


Depositato presso il Ministero della Sanità in data 26/10/1997

Broncovaleas

Salbutamolo

VALEAS



T anticchia nirbuso può esserlo uno che aspetta mesi per vedersi recapitare il numero di *Quaderni acp*: a marzo quello di dicembre. Le recensioni precedenti dei libri di Camilleri erano state spedite in tempi in cui il fenomeno letterario siculo non era neanche annunciato. Si leggeranno, quando ormai è già sant'Andrea Camilleri. Ciò non toglie che la devozione per tale vate sia così profonda, da tornarci su e proporre l'ultima (al momento in cui si scrive!) sua fatica. *"I racconti qui raccolti sono trenta. A leggerne uno al giorno ci si impiega un mese paro paro; questo vuol significare il titolo"*. In realtà non si riesce a leggerne uno al giorno: tanto da trasformarsi in *"Una settimana con Montalbano"*. Sono troppo avvincenti, né brevissimi, né molto lunghi: come le ciliege, una tira l'altra. Le trenta situazioni nelle quali si viene a trovare coinvolto il commissario Montalbano non sempre (fortunatamente) - scrive lo stesso Camilleri nella nota a fine libro - comportano fatti di sangue: si tratta anche di furti senza furto, d'infedeltà coniugali, d'indagini sulla memoria.

È difficile fare una graduatoria dei racconti.

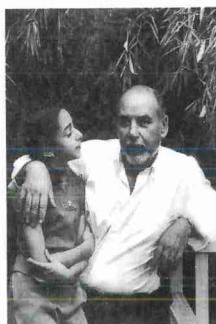
Alcune situazioni sono veri e propri casi clinici; ai pediatri può tornare molto utile il racconto *Una faccenda delicata*: l'esordio è drammatico e si profila la condizione di abuso da parte di un'insegnante sulla piccola Anna. Il caso è stato denunciato dalla mamma della bambina al preside della scuola, il quale lo porta all'attenzione del commissario Montalbano, che ne resta scosso; l'analisi dei particolari (un'accurata anamnesi!) e le correlazioni non fortuite lo porteranno a proclamare l'assoluta estraneità del maestro Nicotra. Di estrema utilità anche per pretori e assistenti sociali.

"È utile (e inutile nello stesso tempo) ripetere che luoghi e nomi sono inventati di radica. A chi potrebbe lamentare qualche coincidenza, ricordo che la vita stessa (assai superiore, in fatto d'invenzioni, alla fantasia) non è che una pura coincidenza". Buon divertimento.

N. D.

Andrea Camilleri *Un mese con Montalbano*. Mondadori, 1998, pp. 414, Lit. 28.000

Tahar Ben Jelloun
Il razzismo
spiegato a mia figlia



pasSaggi  Bompiani

S ono poco più di sessanta pagine. Per alcune settimane in testa nelle classifiche di vendita in Francia, ha fatto capolino anche nelle graduatorie italiane. Si propone il difficilissimo compito di educare i nostri figli alla tolleranza, di aiutarli in una faticosa guerra che *"richiede volontà, perseveranza e immaginazione"*.

Meriem ha dieci anni, nata in Francia, figlia di immigrati arabi. Una volta le hanno chiesto: *"Ti senti marocchina o francese?"*. E lei: *"Parigina"*. Mèriem è la primogenita di Tahar Ben Jelloun, scrittore marocchino di cultura musulmana, autore di alcuni capolavori della letteratura contemporanea (*Cultura di sabbia*, *Nocte fatale*), che ha scritto *Il razzismo spiegato a mia figlia*.

"La lotta contro il razzismo - scrive Ben Jelloun - deve essere un riflesso quotidiano. Non bisogna mai abbassare la guardia. Bisogna cominciare a dare l'esempio e prestare attenzione alle parole che si usano. Le parole sono pericolose". Alla figlia spiega che bisogna far sparire dal vocabolario frasi fatte come *"testa di turco"* *"faticare come un negro"* e altre simili. Un bambino non nasce con il razzismo in testa.

Per lo più ripete quello che dicono i suoi genitori e parenti; non si pone il problema se quel bambino africano è superiore o inferiore a lui. Per contro, se i suoi genitori lo mettono in guardia dai bambini di colore, allora forse, si comporterà in modo diverso. Il papà-autore intravede scenari poco promettenti in Europa: *"La stessa Francia potrà vedere realizzata una vera integrazione forse tra vent'anni, nonostante esista una forte lotta al razzismo, e se dobbiamo guardare alla Gran Bretagna, si è verificata integrazione solo nella classe intellettuale"*.

La strada è appena agli inizi, la tanto sbandierata *"cultura del Mediterraneo"* sembra agli occhi di Ben Jelloun una formula di comodo. Di fatto esiste un Mediterraneo ricco e senza bambini e un Mediterraneo povero con molti bambini. Soprattutto, *"è il fantasma di un laboratorio sociologico"*.

N. D.

T. Ben Jelloun *Il razzismo spiegato a mia figlia*. Bompiani, pp. 62, Lit. 9.000

Abuso, adozione e adolescenza sono le tre parole chiave della seconda opera narrativa della Quadrino, Psicoterapeuta torinese nota in ACP per la sua attività nell'ambito del Counselling.

La famiglia è al centro di questo romanzo, ambientato nella provincia piemontese ed in parte nella grande Torino; si assiste al progredire della tensione fino al dramma sottinteso che coinvolge i tre personaggi principali (madre, padre e figlia).

C'è una grande capacità di descrivere le relazioni e la mancanza di comunicazione all'interno del sistema.

L'adolescenza, l'adozione ed il sospetto che si fa strada nei componenti della famiglia restano sempre presenti nella narrazione che procede rapida e secca e si concretizza in un periodare singolarmente breve.

Il libro si presta ad una rapida lettura per la tensione ed il ritmo che resta sempre intenso, con la voglia di arrivare a cercare di capire ciò che via via si fa strada, ma sicuramente una rilettura più attenta permetterà di cogliere le sfumature più complesse delle relazioni e della comunicazione.

Dopo il Premio Rapallo come opera prima per "La torta senza candeline" l'autrice si è confermata abile narratrice in questa seconda opera di sicuro interesse per i pediatri, e non solo per loro.

M. G.

Silvana Quadrino *Più che una figlia*. Edizioni e/o. Roma. 1997, pp. 230, Lit. 25.000

Finalmente non dovrò più dire "no, mi dispiace" alle donne in attesa che mi chiederanno se esiste un libro che possa aiutarle nel loro incipiente e temuto compito di mamme. Non che non se ne trovino, ma nessuno così completo e che ti parli così da vicino e con spirito di servizio come questo.

"Cari genitori", il libro in questione, di Franco Panizon, è veramente particolare. Lo stesso sottotitolo "Piccola guida alla salute del bambino" dovrebbe essere sostituito da "Romanzo" perché come un romanzo si legge e dovrebbe essere letto.

Di giorno lo si porta appresso e quando si può se ne legge qualche pagina; la sera ci accompagna serenamente nel sonno e ci fa sognare Franco Panizon, nonno premuroso, che, seduto su una panchina dei giardini con un nipotino sulle ginocchia, racconta alle mamme raccolte intorno a lui la sua storia di questo essere meraviglioso che è il bambino. E così lungo l'ordito che va dal concepimento all'adolescenza si intrecciano le trame di genetica, pedagogia, dietetica, sociologia, immunologia, letteratura, biologia, storia, auxologia, antropologia, psicologia e ancora molto altro.

E il risultato è un arazzo stupefacente che non ci si stanca di guardare. E infatti le mamme ascoltano attentissime e senza fatica. A volte sorridono, a volte si fanno serie, ragionano, discutono, si convincono infine di essere in grado di far bene il loro lavoro.

Ma non basta, il pubblico aumenta, arrivano studenti, pediatri, cattedratici, altra gente comune. E tutti ascoltano, maturano, cambiano. Ma si tratta di un sogno che non è altro che pallida copia di una realtà ancora più eclatante, perché immensa è la folla di coloro che debbono qualcosa o tutto a Franco Panizon.

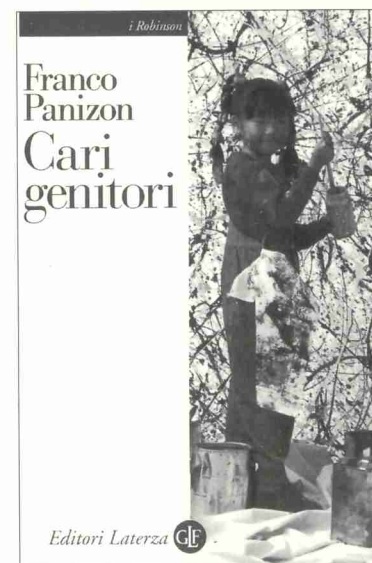
E chi ha avuto la fortuna di seguirlo e conoscerlo almeno un po', lo ritrova tutto in questo suo libro che riesce ad essere un'ottima guida proprio perché è un bellissimo romanzo, da leggere come tale, dall'inizio alla fine.

Certo si può anche semplicemente consultare, ma si rischia di perdere l'essenza del libro, quel filo conduttore che unisce tutti i capitoli, quel messaggio di fondo che va al di là dei modernissimi antichissimi contenuti di puericultura e che ho creduto di trovare in due passi, uno posto all'inizio del libro, l'altro alla fine: "Non è un libro per fare, non ha la pretesa di essere un libro per capire, ma vorrebbe essere qualcosa a metà strada: per fare capendo, per capire quello che si fa.

"Ognuno vada dove lo porta il cuore: ma dopo averlo ascoltato, il cuore, con molta attenzione; e con totale sincerità e coerenza".

L.P.

Franco Panizon *Cari genitori*. Editore La Terza 1998, pp. 317, Lit. 29.000



Agire subito sul problema resistenze agli antibiotici

Quaderni acp 1998; vol V, n° 5: 16

Redazionale

L'ondata crescente di resistenza agli antibiotici impone un ripensamento del comportamento prescrittivo del medico.

Cosa si deve fare per rimediare all'ondata crescente di resistenze agli antibiotici?

La domanda se l'è posta, a Londra, il *Lord Select Committee on Science and Technology* nella sessione 1997-1998.

Le resistenze avvengono per mutazioni, per scambio di DNA (plasmidi) fra germi e così via. È certo che l'uso ELEVATO degli antibiotici è una delle cause della resistenza in quanto questa è fenomeno assai raro nei ceppi conservati dal tempo precedente l'abbuffata antibiotica. Non è però chiaro il preciso meccanismo genetico con il quale il germe diventa resistente.

La cessazione dell'uso fa tornare sensibili i germi: la resistenza dell'*Emofilo* alla tetraciclina è scomparsa quando sono stati usati antibiotici più adatti, ma ahimè, la virtuale cessazione dell'uso della streptomina contro le *Enterobatteriacee* non ha ottenuto lo stesso risultato, il gene della resistenza è rimasto stabile.

La resistenza qualche volta si accompagna a ridotta virulenza, ma talora questa caratteristica è rapidamente perduta: ciò è successo ad esempio per la *Salmonella Tphi murium*.

Il fenomeno delle resistenze è più basso in Gran Bretagna che altrove, ma la preoccupazione degli inglesi rimane alta perché i germi non conoscono frontiere (*Lancet* 1998;351:1298).

Uno dei mezzi possibili per far fronte al fenomeno è quello di chiedere altri farmaci all'industria: ma i farmaci emessi sarebbero pur sempre "finiti".

L'identificazione e "l'annullamento" del target della resistenza attraverso l'approccio genomico è lontano. L'industria, però, potrebbe rendere nota la "possibilità" della insorgenza di resistenza. Ad esempio l'esistenza di un'attività cefalosporinica, come variante del gene produttore della betalattamasi, era nota fin dal 1976 e non è stata una sorpresa la sua comparsa e la sua diffusione. Informazioni di questo tipo dovrebbero essere date al tempo della licenza di commercializzazione di ogni antibiotico.

In conclusione l'unico mezzo possibile finora per correre ai ripari è la limitazione dell'uso degli antibiotici da parte dei medici, specialmente da parte dei medici di medicina generale che usano più spesso gli antibiotici correnti cosiddetti frontline.

Gli ospedalieri devono tenere presente che l'uso profilattico degli antibiotici è un potente strumento di induzione di resistenze e che un mezzo potentissimo per contenere l'uso di antibiotici è il controllo delle infezioni ospedaliere.

Anche l'uso di farmaci negli allevamenti zootecnici, come fattori di crescita, ha portato all'emergenza di resistenze, ad esempio per i fluorochinoni da parte di *Campylobacter* e *Salmonella*. Una recente indagine condotta negli USA ha verificato che la resistenza della *Tiphimurium* a cinque farmaci è aumentata dallo 0.6% del 1979 al 34% del 1996 (*NEJM* 1998;338:1333); in Gran Bretagna tale tipo di resistenza si riscontra nel 14% dei ceppi. Ciò è stato riferito all'uso terapeutico e non di antibiotici nei cibi per animali.

Per parte sua l'uso dell'avoparcina ha contribuito all'emergenza di *enterococchi* vancomicina-resistenti.

Probabilmente anche l'insegnamento universitario, che fa perno sulle malattie d'organo (le polmoniti, le gastroenteriti, le osteomieliti), dovrebbe essere modificato: l'accento dovrebbe essere posto sulle infezioni da *Pseudomonas*, da *Emofili* ecc. Nell'insegnamento attuale si perde, infatti, il senso quantitativo dell'epidemiologia delle infezioni. ■

I DRG misurano l'efficienza degli ospedali in europa

Quaderni acp 1998; vol V, n° 5: 17

Redazionale

I tanto malfamati DRG cominciano ad essere utilizzati per misure di efficienza non solo su scala nazionale, ma europea.

Ci si chiede se i costi ospedalieri in Italia a parità di case mix siano comparabili. Il fatto che alcuni ospedali riescano a "stare dentro" i DRG ed altri affermino che gli stessi DRGs non siano remunerativi significa che esistono differenze di efficienza fra gli ospedali italiani. Se si trasporta il problema su scala europea la corrispondenza dei costi è ancora più difficile da verificare. L'utilizzo su scala europea dei DRG sia come sola valutazione del case-mix, sia come sistema tariffario, ha reso meno difficile la comparazione delle diverse performance ospedaliere. Uno studio di questo genere è pubblicato sull'*European Journal of Public Health* (1997;7 (supp) 42-50). La comparazione fra stati riguarda ovviamente solo l'efficienza degli ospedali in quanto l'esito, e perciò l'efficacia, non viene in alcun modo misurato dai DRG. I ricercatori hanno utilizzato la durata della degenza DRG-specifica come indicatore di un consumo di risorse non completamente livellato dalla classificazione nello stesso DRG. Per rendere meno disomogeneo il gruppo è stata scelta una piccola coorte di DRG il più possibile omogenei: DRG 39, *interventi sulla lente*, DRG 107, *bypass coronarico senza cateterismo*, DRG 198, *colecistectomia senza complicazioni o comorbidità*, DRG 209, *procedure di riattacco degli arti inferiori*, DRG 337, *prostatectomia transuretrale*.

I dati (nazionali o parziali) sono stati raccolti in nove paesi: Irlanda, Spagna, Francia, Svezia, Portogallo, Olanda, Belgio, Italia, Gran Bretagna. Tolti gli outliers, per valutare la bontà dei dati prima dell'elaborazione è stata valutato il coefficiente di variazione della lunghezza della degenza ed è stato accettato un coefficiente di <1 ; questa norma di "prudenza" ha fatto scartare solo 44 DRG su alcune migliaia, a testimonianza che i ricercatori lavoravano su materiale abbastanza buono. Le differenze minori di durata di degenza si sono verificate nei DRG 198, 209, 337. Le maggiori nel 107; intermedio il 39. In tutti i DRG l'Italia è il paese meno efficiente con l'eccezione del 107 in cui è battuta, in inefficienza, dalla Spagna; nel 209 è a pari merito con il Portogallo, la Gran Bretagna ed il Belgio. Una seconda parte della ricerca è stata effettuata sui costi dei DRG; in questa parte l'Italia non è compresa perché non ha potuto fornire dati affidabili sui costi DRG-specifici e pertanto il confronto è limitato a Francia, Spagna, Portogallo, Belgio, Olanda, Svezia. I costi dei DRG sono risultati essere molto diversi da stato a stato. Il 39 va da \$ 1.200 a 3.600, il 107 \$ 4.000 a 11.000, il 337 da \$ 1.400 a 4.700, e così via. Costruendo una scala da paesi con bassi costi e basse giornate di degenza fino a paesi con alti costi ed alte degenze si ottengono valutazioni di efficienza presumibilmente attendibili. Per esempio per il DRG 337 la Francia è la prima in efficienza con 8 gg di degenza e \$ 1.226, la Svezia la seconda con 5 gg e \$ 1.970, la Spagna è l'ultima con 11 gg e \$ 5.300 (i dollari non sono monetari, ma corretti per il potere d'acquisto). In sostanza l'uso dei DRG sembra consentire una valutazione sufficientemente accurata della diversità di efficienza dei paesi europei per quanto riguarda i trattamenti ospedalieri. Che poi i DRG, attualmente in uso a vari scopi nei vari paesi, siano il meglio possibile in fatto di classificazione del case-mix è affermazione che non può essere fatta, ma che siano un passo in avanti rispetto al passato nella classificazione del case mix e nella valutazione dell'efficienza è cosa che non può essere affermata senza pregiudizio.

Il lavoro degli studiosi di Maastricht dimostra che almeno per DRG omogenei una valutazione di efficienza è possibile e porta a risultati credibili. ■

Stati che vaccinano e Stati che non

Quaderni acp 1998; vol V, n° 5: 18-19

Redazionale

*Successi ed insuccessi
delle campagne vaccinali
hanno avuto conseguenze
ben documentate in molti paesi
e specialmente in Europa.*

In un articolo su *Lancet* (1998;351:356) viene effettuata una valutazione comparativa dello stato di copertura vaccinale per la pertosse in due tipi di nazioni.

Gruppo 1. Quelle nelle quali la copertura nelle ultime decadi è stata buona e nelle quali non c'è stata interferenza politica da parte di movimenti antivaccinazione (per esempio: Ungheria, Germania dell'Est, Polonia, USA).

Gruppo 2. Quelli nei quali è documentata, da pubblicazioni scientifiche su riviste, un'interferenza sulle vaccinazioni da parte di movimenti antivaccinazione.

Questa seconda parte di paesi è, in verità suddivisa in due gruppi:

Gruppo 2.1. Svezia, Giappone, Federazione Russa, Gran Bretagna nei quali vi è stata un'attiva ed organizzata opposizione alle campagne vaccinali con interviste televisive o sulla stampa, conferenze, libri ecc.

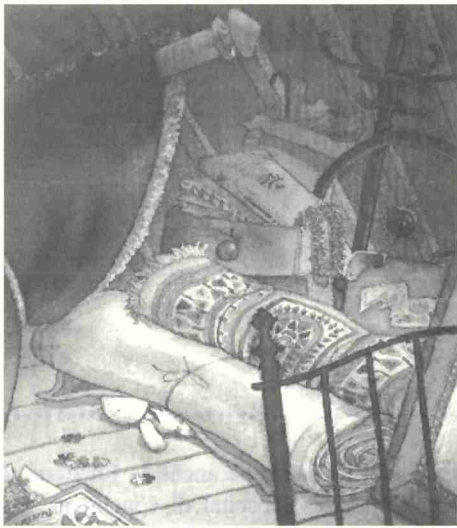
Gruppo 2.2. Italia, Germania, Irlanda ed Australia nei quali vi è stata una resistenza passiva imperniata sul timore degli effetti secondari da parte dei medici e delle strutture sanitarie.

I risultati migliori sono naturalmente del primo gruppo di Stati.

Fra questi l'Ungheria è l'esempio più classico: sorveglianza a datare dal 1931, vaccinazione fin dal 1955 con caduta di incidenza da 100/100.000 a 1/100.000 fin dagli anni '60. Stessi risultati per la Polonia. La Germania dell'Est riduce il carico di malattia a 1-2 casi /100.000 fin dal 1989, mentre la Germania dell'Ovest ha valori 100 volte più alti con una copertura attualmente del 35%. Gli USA controllano bene la malattia fino al 1981 (1/100.000) quando si ha un'impennata di incidenza in corrispondenza del programma televisivo "Vaccine Roulette" e la pubblicazione di "A Shot in the dark". L'aumento di spese legali delle compagnie si accompagna, ad ulteriore aggravamento della situazione, ad un aumento del prezzo del vaccino. Successivamente l'obbligo della vaccinazione per l'accesso alle scuole, l'appoggio fornito alla vaccinazione da parte dei pediatri e delle organizzazioni sanitarie, determina nuovamente una copertura del 90-95% della popolazione infantile con un'incidenza attorno a 2/100.000. Dei paesi che hanno avuto problemi di copertura (gruppo 2) in Svezia si è vissuta la più istruttiva delle avventure. La vaccinazione comincia negli anni '50. Nel 1967 si ha una grossa caduta dell'incidenza (2-3/100.000), ma proprio allora un influente medico, Justus Ström, conduce una campagna sostenendo che le condizioni sociali della Svezia avevano sconfitto la pertosse che era diventata una malattia banale.

Dal 1970 al 1979 la copertura diminuisce dal 90% al 12%. Nel 1975 si ha l'inizio di un aumento grossolano d'incidenza (100/100.000) con casi anche in bambini vaccinati e complicazioni neurologiche che sono attribuite al vaccino. Nel 1979 l'Accademia Svedese di Medicina abbandona ufficialmente il vaccino.

Negli anni 1980-83 l'incidenza annuale di pertosse (0-4 anni) arriva a 3.370 (sic!) /100.000, negli anni seguenti, dopo il 1985, l'incidenza annuale tocca quella dei paesi in via di sviluppo: 100/100.000. In Giappone la vaccinazione comincia nel 1947 e nel 1974 vi sono pochi casi (1/100.000; valore che appare sempre di più come il risultato ottenibile con la vaccinazione). La scomparsa della pertosse, anche in relazione a campagne anti-vaccinazione che suggeriscono una politica nuova (nessun caso di pertosse = nessuna vaccinazione e la morte di due bambini a ventiquattro ore dalla vaccinazione con DPT) inducono il governo a cessare la vaccinazione. La copertura vaccinale cade dall'80% del 1974 al 10% del 1976. Nel 1979



c'è un'epidemia con 13.000 casi e 41 morti. Nel 1981 è adottato il vaccino acellulare con una nuova caduta dell'incidenza. In *Gran Bretagna* nel 1974 una campagna vaccinale riduce l'incidenza all'1/100.000 quando il dr. Gordon Stewart, professore d'Igiene Pubblica, sostiene che i vantaggi del vaccino sono marginali e vi è un cattivo rapporto fra effetti secondari e benefici.

Segue un aumento d'incidenza di dieci volte a cominciare dal 1975. Nel 1985, dopo quattro anni dall'introduzione del vaccino acellulare, l'incidenza è tornata ai valori del 1974.

In *URSS* negli anni fra il 1974 ed il 1982 l'incidenza varia fra il 5 ed il 10/100.000. La rivendicazione della libertà di cura e la libertà di critica conquistata verso il governo negli anni della Perestrojka, portano alla ribalta un'infettivologa, Galina Chervonskaya, che inizia una battaglia (stampa, giornali, interviste) contro il vaccino. Un altro importante clinico, A.V. Pichnokov, crede di dimostrare che il vaccino è capace di causare leucemia, ed è in ogni caso troppo pericoloso per i bambini. Ne viene fuori una lista di 50 controindicazioni alla vaccinazione nella quale praticamente c'è di tutto.

La copertura cade al 30% e l'incidenza sale fino al 30/100.000 e rimane così alta anche oggi nella Federazione Russa di Eltsin. In *Irlanda* l'incidenza è, nel 1955, di 79/100.000 e cade a 10/100.000 a metà degli anni '70 in seguito all'uso del vaccino. Il trend si inverte, insieme alle campagne anti-vaccinazione condotte in Gran

Bretagna. Negli anni 1985 e 1989 ci sono due grosse epidemie con incidenze del 100/100.000 e del 60/100.000.

In *Australia* c'è stata negli anni '90 una campagna antivaccinazione che ha raggiunto il culmine quando la dottoressa Viera Scheiber ha pubblicato un libro che è stato presentato come "la più documentata prova dei danni da vaccino mai pubblicata nel mondo".

Nel 1994 c'è stata un'epidemia di pertosse che ha interessato 5.000 bambini con un'incidenza di 35/100.000 contro la precedente 1/100.000. In *Italia*, a metà degli anni '80 era vaccinato meno del 40% dei bambini sotto i cinque anni, mentre un bambino su quattordici era ricoverato in ospedale per pertosse ed 1/850 dei ricoverati moriva.

Nel 1995 solo il 50% dei bambini aveva ricevuto tre dosi di vaccino nel primo anno di vita. L'incidenza italiana variava (e varia tuttora) fra 30 e 50/100.000. La motivazione di questo potrebbe stare, secondo *Lancet*, nell'atteggiamento dei pediatri nei riguardi della vaccinazione antipertosse: in alcune regioni la raccomanda il 100% in altre il 20%, mentre secondo una ricerca, dell'ISS l'87% delle madri è disposta a vaccinare il bambino se il pediatra lo propone.

Come si vede (*il commento è nostro*) l'Italia è il solo paese in cui la bassa copertura vaccinale è dovuta alla scarsa convinzione dei pediatri e non alla battaglia anti-vaccinazioni di organizzazioni ed autorità che sembrano avere un impatto (ancora?) assai modesto. Ciò è dimostrato anche dal fatto che, appena introdotto in Italia il più "rassicurante" vaccino acellulare, la copertura anti-pertosse ha raggiunto - secondo dati dell'Istituto Superiore di Sanità - il 90%. Per merito dei pediatri. ■



Le linee guida in Francia

Il Ministero della Sanità francese nel 1990 ha istituito un organo tecnico-scientifico: *l'Agence Nationale pour le Development de l'Evaluation Medicale (ANDEM)* con l'incarico, fra l'altro, di sviluppare metodologie di produzione di linee-guida (LG). Le linee guida sono indicate col nome di *References Medicale Opposables (RMO)*.

La produzione di LG è organizzata in questo modo: per ciascun argomento è avviata una ricerca bibliografica e manuale volta a cercare LG, bibliografia, revisioni della letteratura, conferenze di consensus, tutto ciò insomma che può essere utile. Su ciascun argomento viene poi insediato un gruppo di lavoro di 10-15 membri. Il gruppo redige documenti preliminari di proposta.

I documenti sono stati proposti a gruppi di revisione che hanno dato un loro giudizio sulla correttezza ed applicabilità delle LG.

Il materiale è stato inviato alle rappresentanze dei sindacati e degli Enti assicurativi francesi.

Alla fine si è giunti alla preparazione di documenti in negativo: cioè a dire "non c'è ragione di... per es. fare più di tre ecografie in gravidanza".

Se il medico pratico ciononostante prescrive il farmaco o la procedura, deve giustificarlo. In caso non lo faccia o lo faccia scorrettamente incorre in penalità. Il range delle penalità irrogate è andato da 11.250 franchi, cioè 3.375.000 lire, a 1.562 franchi, cioè 468.000 lire (*ASI 1998;6:35*).

Anatomia in un ambulatorio pediatrico negli Stati Uniti

di Emmanuel Doyne

M.D., Cincinnati, Ohio, USA

(traduzione di Stefano Del Torso)

Quaderni acp 1998; vol V, n° 5: 20-22

Emmanuel Doyne è un pediatra di famiglia, cinquantenne, cui abbiamo chiesto di descrivere la sua attività in un ambulatorio di gruppo negli USA.

Emmanuel Doyne, nel "tempo libero" dai suoi impegni di pediatra, ha anche la funzione di Direttore della Section of Community Pediatrics del Children's Hospital di Cincinnati: per Community Pediatrics s'intende la comunità di pediatri ambulatoriali cioè l'insieme dei circa 200 pediatri di Cincinnati che hanno l'accreditamento per seguire i propri pazienti all'interno dell'ospedale. Il dr. Doyne tra l'altro segue la commissione per l'appropriatezza dei ricoveri, organizza i turni di esperienza ambulatoriale negli ambulatori esterni di studenti e specializzandi, organizza meeting settimanali per i pediatri ambulatoriali all'interno dell'ospedale con esperto su argomenti scelti dai pediatri stessi, collabora alla stesura del materiale informativo inviato dal Children's ai pediatri della zona, controlla l'attività della linea telefonica dedicata ai pediatri. In questi ultimi anni è stato il tramite tra Tom DeWitt e la comunità dei pediatri di famiglia di Cincinnati: è docente ai corsi per la preparazione di nuovi tutor per gli specializzandi in Pediatria, e ha collaborato alla recente creazione del CPRG - Cincinnati Pediatric Research Group, gruppo di pediatri locali interessati alla ricerca in ambulatorio, sempre con l'appoggio del personale docente e statistico - epidemiologico della Divisione di Pediatria Generale diretta da Tom DeWitt. (N.d.T.)

Sede

Il nostro studio, che ha una storia trentennale, si trova a circa trenta minuti di strada dal Cincinnati Children's Hospital, ma il nostro secondo ambulatorio (satellite) è a circa quarantacinque minuti dall'ospedale. Molti pazienti vivono a circa 10 - 15 minuti di macchina da uno dei due ambulatori ma ci sono famiglie che viaggiano per più di un'ora.

I nostri pazienti

Il 75% ha un'assicurazione pagata dal datore di lavoro, il 5% hanno la mutua statale (Medicaid) e il 20 % sono definiti self-pay cioè non assicurati (i lavoratori poveri). Il 60% degli assicurati sono convenzionati con una Mutua (HMO Health Maintenance Organization, scelta dal datore di lavoro e solo pochi pazienti sono pagati a quota capitaria (per gli altri, il pagamento è a prestazione, con tariffe preconcordate N.d.T.).

Noi pediatri

Attualmente abbiamo sette medici con il programma di reclutare altri due nel 1998 per arrivare poi ad un totale di dieci. Tutti sono Specialisti in Pediatria (American Board of Pediatrics). L'età varia da 65 anni a 31, quattro maschi e tre femmine. Il prossimo anno probabilmente assumeremo delle donne. Il nostro studio ha undici stanze da visita.

Gli orari

L'ambulatorio è aperto dalle 08.00 alle 20.00 da lunedì a venerdì (spesso d'inverno fino alle 21.00 - 21.30); dalle 09.00 alle 17.00 di sabato e dalle 10.00 alle 14.00 di domenica (solo per malattie acute). Lo studio satellite è aperto dalle 09.00 alle 17.00 da lunedì a venerdì. L'orario di lavoro medio di un pediatra in ambulatorio è di 32-34 ore settimanali, esclusa la reperibilità telefonica notturna.

Il personale non medico

Il personale non medico è composto da un responsabile amministrativo, due impiegate, una capo segretaria, tre segretarie a tempo pieno e 5-6 segretarie a tempo parziale per le sere e i week-end, una capo infermiera, tre paramedici (un'infermiera professionale e due generiche). Il rapporto ideale è di un assistente paramedico per medico, più un'infermiera addetta al telefono per consulenze telefoniche, trasmissione di prescrizioni alle farmacie, richieste di risultati di esami.

Nel nostro ambulatorio satellite lavorano una segretaria, un'infermiera o assistente paramedica, un medico e una *nurse practitioner* (infermiera che esegue anche i bilanci di salute o visite per patologia acuta semplice. Può prescrivere farmaci/esami sotto controllo medico (N.d.T.)).

In un giorno normale abbiamo in studio tre pediatri con quattro paramedici dalle 08.00 alle 17.00; due pediatri con due paramedici dalle 17.00 alle 20.00, (che spesso diventano 21.00). Nell'ambulatorio satellite un pediatra, un paramedico, un'infermiera professionale, una *nurse practitioner*. Il lavoro delle segretarie è di rispondere alle telefonate e dirigerle eventualmente o alla infermiera di turno al telefono o agli appuntamenti (che comunque di solito sono presi dalla stessa persona che risponde), o ai medici o alla responsabile amministrativa; inoltre ricevono i pazienti all'entrata e controllano le prestazioni eseguite e le modalità di pagamento prima dell'uscita, cercano o mettono a posto le cartelle cliniche, scrivono e inviano fax, controllano l'agenda degli appuntamenti per il giorno successivo. Un'impiegata emette fatture, controlla i pagamenti dalle assicurazioni, l'altra segue le pratiche di recupero crediti.

L'attività di noi pediatri ambulatoriali in ospedale

Seguiamo i neonati sani in due nidi. I neonati ad alto rischio e quelli patologici sono seguiti dai neonatologi del Children's. Seguiamo invece personalmente tutti i nostri pazienti ricoverati al Children's Hospital (circa 300 l'anno).

Di solito un pediatra fa tutti i giri del giorno (nidi e ospedale) e quello è il suo compito per l'orario diurno, sabato e domenica compresi. Abbiamo provato vari sistemi: il

migliore per noi è di fare il giro dei ricoverati durante il giorno, venire in ambulatorio nel turno serale (17.00-20.00) e avere il giorno libero il giorno dopo. Dal punto di vista dei pazienti potrebbe essere migliore avere un unico medico che fa il giro per tutta una settimana.

Gli appuntamenti

Le visite sono eseguite solo su appuntamento ma ci sono ancora alcuni pazienti senza appuntamento (walk in) ogni settimana. Il nostro sistema di appuntamenti cambia secondo il giorno e del periodo dell'anno. Per esempio il lunedì sera lasciamo pochi appuntamenti per bilanci, specialmente in inverno a causa della morbilità stagionale. Lasciamo spesso liberi alcuni appuntamenti (malati del giorno - same day ill) fino al lunedì mattina così possiamo soddisfare tutte le richieste. Durante l'estate aumentiamo il numero di appuntamenti per bilanci di salute per le visite mediche per i campi estivi, l'attività sportiva, le vaccinazioni degli adolescenti ecc. Di solito chiunque chieda un appuntamento per malattia acuta lo ha in giornata, mentre i bilanci sono programmati giorni o settimane in anticipo. I genitori possono scegliere il medico salvo che per le visite urgenti. I pazienti sono dello studio e non del medico; non ci sono incentivi per il numero delle visite fatte. Molti pazienti preferiscono uno o l'altro dei pediatri ma imparano a essere flessibili.

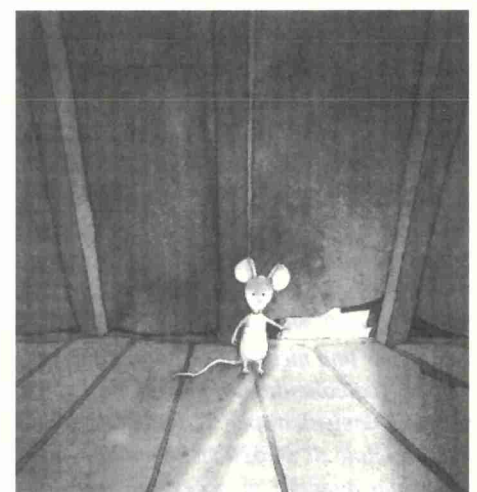
La visita tipo

Il genitore può prenotarla anche sei settimane prima. Destiniamo quindici minuti per un bilancio di salute di lattanti e bambini e 30 minuti per un adolescente. Per una malattia acuta riserviamo dieci minuti e cerchiamo di non averne più di sei all'ora. Quando i pazienti entrano in studio si presentano all'accettazione dove viene tirata fuori la cartella clinica (*cartacea*), è stampato un modulo (SuperBill) che contiene l'elenco di tutti i codici delle eventuali prestazioni (che verrà riempito dal medico al termine della visita). La segretaria controlla i dati dell'assicurazione (tessera o controllo elettronico on line). Dopo una breve attesa (i neonati invece non attendono), l'infermiera accompagna il paziente e familiari in un ambulatorio. La stessa infermiera controlla che nella cartella ci siano i moduli

necessari, annota in cartella il tipo di visita, pesa il paziente e misura la temperatura a tutti. Abbiamo un sistema di cerca persone centralizzato che avvisa il medico quando un paziente è pronto e una lavagna indica in quale ambulatorio c'è la prossima visita. Dopo la visita la cartella viene portata al banco centrale delle infermiere con le richieste di esami, farmaci, vaccini ecc. Di solito ogni medico ha un'infermiera che lo segue e controlla il flusso dei pazienti e i tempi di attesa. Questa stessa persona torna dal paziente dopo la visita del medico con le ricette o a fare le vaccinazioni. Al genitore viene poi consegnato il Super Bill per tornare alla cassa a pagare il conto o eventuali partecipazioni alla spesa e firmare i moduli per l'assicurazione. La segretaria all'uscita prende se necessario anche il prossimo appuntamento.

Gestione e organizzazione dell'ambulatorio

Uno dei pediatri dedica uno o due mezzogiornate a settimana per questa funzione. Lavora in stretto contatto con la responsabile amministrativa, impiegate e capo segretaria. Due volte alla settimana (al mattino per un totale di 1.5 ore settimanali) c'è la riunione di tutti i medici, anche con la responsabile amministrativa per discutere problemi medici o organizzativi. Ci serviamo anche di un ufficio paghe e contabilità e di una consulenza per fondi pensione. Attualmente abbiamo richiesto una consulenza per valutare progetti di espansione in altre zone o possibili fusioni con altri studi e per iniziare un nido con day hospital nella nostra sede.



La filosofia del gruppo

Nei meeting bisettimanali si discutono differenze di opinioni su argomenti medici in generale o su casi specifici. Dividiamo le reperibilità notturne e i week-end (in media una notte su sei e una domenica su sei con due o tre sabati su sei).

I pediatri neo assunti vengono stipendiati per uno o due anni.

Negli anni successivi ricevono lo stesso stipendio di tutti (senza incentivi per il numero di visite, a differenza di altri studi, e questo ci fa preferire nelle richieste di assunzione). Abbiamo tre settimane di vacanza oltre a una settimana per congressi di aggiornamento.

Cerchiamo di suddividerci equamente altri compiti quali la formazione e la valutazione del personale, piccoli lavori di aggiustatura, installazione e apprendimento di nuove macchine o software. Tutti noi svolgiamo attività didattica a studenti o specializzandi. Solo chi scrive si interessa a progetti di ricerca in ambulatorio.

Il volume d'attività

Attualmente abbiamo 13.800 famiglie "attive". - Facciamo 110 visite al giorno. Abbiamo circa 500-600 neonati all'anno e abbiamo avuto una crescita delle entrate e di nuovi pazienti di circa 5-10% all'anno. Attualmente le spese di gestione equivalgono a circa il 50% delle entrate.

Un commento finale del traduttore

L'indice di fecondità negli Stati Uniti è di circa 1.5 - 1.7, quindi il totale di bambini assistiti dai sette pediatri del gruppo varia da 21.000 a 23.000.

In un giorno qualsiasi nell'ambulatorio principale lavorano tre pediatri e in quello satellite un pediatra, mentre un pediatra fa il giro dei ricoveri e dei neonati: dei due pediatri rimanenti, uno ha la giornata di riposo e per almeno sette mesi all'anno c'è un pediatra in ferie.

In sostanza i pediatri che assistono gli oltre 20.000 bambini sono cinque o sei e quindi il rapporto pediatra bambini è da 1/3.000 fino a 1/5.000. Numero delle visite: 110 al giorno per una media di sei giorni alla settimana (calcolando un giorno unico tra sabato e domenica) per 52 settimane significa un totale di 34.320 visite/anno. A queste vanno aggiunti gli accessi in ospedale

per ricoverati e neonati. Se si dividono le 34.320 visite per il numero dei pediatri si hanno circa 5.000 visite a pediatra, se invece le dividiamo per il numero dei bambini si hanno circa 1.5 visite per bambino. Il carico di lavoro totale del pediatra americano non si differenzia molto da quello italiano con l'enorme differenza che i pazienti in Italia vengono visitati da quattro a sei volte all'anno (il doctor shopping potrebbe essere favorito dall'accesso al servizio senza oneri).

Anche negli Stati Uniti i pazienti poveri con la mutua dello Stato (Medicaid) richiedono il triplo delle visite rispetto ai pazienti assicurati con mutue private.

Nel 1993 il ricavo lordo medio di un pediatra privato era 226.000 \$. Da allora sono aumentate le spese e decisamente calate le entrate, anche se la medicina generale e la pediatria generale sono tra le attività che hanno resistito meglio.

Attualmente le spese rappresentano oltre il 55% delle entrate lorde.

Lo stipendio medio lordo 1997 di un neo specialista pediatra alla prima assunzione in un ambulatorio privato negli Usa era nel 1997 di 106.000 \$.

Per avere un'idea dei tariffari è necessario tener presente che le visite vengono solitamente suddivise in relazione alla durata (da dieci a 60 minuti) e questa dipende dall'importanza del problema.

La tariffa varia a seconda che si tratti di un problema semplice e mirato che richiede un brevissimo aggiornamento anamnestico e una visita rivolta ad un solo apparato oppure un'anamnesi estesa e una valutazione completa dal punto di vista fisico e relazionale.

L'eventuale attività di educazione sanitaria viene eseguita a parte e la tariffa viene aggiunta a quella della visita. Le tariffe variano anche nell'eventualità di un paziente nuovo e sempre in relazione alla complessità del caso altrettanto accade per i bilanci di salute, differenziati per età. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera ricordiamo che il pediatra di famiglia è il curante del paziente anche in ospedale e si avvale solo dell'aiuto degli Specializzandi e dei Consulenti Specialisti, con esclusione dei ricoveri in Terapia Intensiva o di interventi Chirurgici e prestazioni diagnostiche invasive (N.d.T.).

Lo screening della celiachia: dubbi e certezze

Vicenza, 28 Novembre 1998

Alfa Hotel

1ª sessione

Moderatori: F. Zacchello, L. Zancan

9.00 La celiachia "dentro e fuori l'intestino"
A. Ventura

9.30 La celiachia nel Veneto G. Guariso

10.00 Dalla teoria alla pratica:
l'esperienza dell'ARP Vicenza
F. Andreotti, A. Baggiani

2ª sessione

Moderatori: G. Mastella, F. Panizon

11.00 Tavola rotonda:

Lo screening della celiachia
Screening e celiachia G. Magazzù
Screening e celiachia: le ragioni del medico dell'adulto C. Ciacci
Costi-benefici dello screening della celiachia e scelta del metodo L. Greco

13.00 Colazione di lavoro

Sessione pomeridiana

Moderatore: M.G. Santangelo

14.00 Le conclusioni di G. Mastella e F. Panizon

14.30 Per un rinnovato ruolo delle Associazioni celiaci e spunti operativi
F. Donzelli, L. Greco, G. Torre, A. Pardi,

Segreteria scientifica:

A. Ventura, E. Benetti, R. Salvadori, F. Fusco (fuscosam@primopiano.it)

Segreteria organizzativa:

SYNTHESIS s.c.r.l.,
via Genova 12 Mestre (VE)
Tel. e fax 041/5311460;
E-mail syntesis@tin.it

Quota d'iscrizione: Lit. 150.000

Modalità di pagamento:

quota d'iscrizione e prenotazione alberghiera pagabili a SYNTHESIS s.c.r.l. o direttamente in sede congressuale.

Wet™

*Molto più che
semplice acqua*

*Oltre il lavaggio,
la protezione*

Antonini & Associati Healthworld

Wet è una linea di prodotti rinologici a base di Hyaff® in soluzione fisiologica sterile per idratare e proteggere la mucosa nasale del bambino.

Hyaff® è un derivato dell'acido ialuronico, componente naturale della mucosa nasale



- *Riniti secche*
- *Secchezza nasale*
- *Raffreddore comune*
- *Igiene delle cavità nasali e rimozione meccanica del muco*


FIDIA
Nasa/Care

Nuovi criteri per la rimborsabilità dei farmaci

La legge finanziaria del '98 ha ridefinito i criteri di rimborsabilità dei farmaci, che adesso dipendono solo dall'efficacia; il prezzo diventa un parametro nullo. La disposizione stabilisce che, una volta raggiunta l'evidenza clinica di efficacia per un nuovo principio attivo, la rimborsabilità è automaticamente allargata a tutti i principi ad esso omologhi. Nasce così il principio delle "classi omogenee di farmaci": se le evidenze dimostrano una sovrapposibilità in termini di meccanismo d'azione, indicazioni cliniche, efficacia e tossicità, questi costituiscono un insieme di farmaci omogeneo e, come tale, non divisibile in base ad altri criteri. A questo punto il farmaco può essere rimborsato, indipendentemente dal prezzo. In tal modo la responsabilità del contenimento della spesa sui farmaci è equamente distribuita tra Ministero e medici prescrittori.

In aumento in USA il numero dei bambini poveri

Secondo il Report del Governo federale del luglio 1998 la mortalità infantile in USA è bassa, ed è diminuita dal 12.6 per mille del 1980 al 7.2 per mille nati vivi del 1996, ma il tasso è più alto tra i negri rispetto ai bianchi (nel 1996 la mortalità tra i bambini neri era 2.4 volte più alta che tra i bianchi). Ma il numero di bambini che vive sotto il livello di povertà è in aumento. Il report sullo stato di salute dei 70 milioni di bambini americani voluto dal Presidente Clinton rileva che il 40% dei ragazzi sotto i 18 anni vive in povertà, non possiede una casa, non segue un regime alimentare sufficiente, non è in regola con il calendario vaccinale, non ha quasi mai un genitore con un lavoro stabile. Quasi sei bambini su dieci sotto i 6 anni che vivono in una famiglia monoparentale

(solo con la madre) sono in condizioni di povertà. Il report inoltre segnala che nonostante il numero di nati con peso basso sia stato nel '96 il più alto degli ultimi 20 anni la mortalità infantile continua a diminuire, mentre è in costante aumento il numero di bambini che vive in povertà. Ma il numero di bambini nati da madre teenager è diminuito, più bambini negri frequentano le scuole superiori e il numero di reati violenti commessi da bambini o contro i bambini è diminuito. Di contro il numero di ragazzi che fuma, che usa farmaci illegali o che fa uso di alcolici è in aumento. Il dr. Duane Alexander, Direttore del National Institute of Child Health and Human Development, che ha partecipato alla stesura del Report, sostiene che il documento contiene più aspetti positivi che negativi, ma ci sono chiari segni di allarme. *BMJ 1998;317:234*

Vecchie le macchine in Sanità

Secondo uno studio dell'Associazione Nazionale delle Industrie Elettromedicali (ANIE: *Indagine nazionale sul parco delle apparecchiature elettromedicali, 1998*) nelle strutture pubbliche il 18% dei macchinari ha oltre 10 anni di servizio alle spalle, mentre gli stanziamenti, in miliardi, del FSN sono crollati dai 1900 del 1989 ai 400 dello scorso anno. Gli investimenti richiesti per rinnovare gli apparecchi più vecchi per diagnostica di immagini (18.000 su 6.600) richiederebbero stanziamenti di almeno 1.200 miliardi. Secondo l'ANIE, ma in verità questa è opinione largamente consolidata, dopo 10 anni qualsiasi apparecchiatura ha superato il proprio ciclo di vita. In questo ambito è particolarmente critica la situazione dei sistemi di diagnosi radiologica convenzionale: il 60% ha più di 10 anni e l'80% dei sistemi radioclinoscopici ha più di 10 anni. Le apparecchiature per neonatologia hanno più di 10 anni nel 30% dei casi, fra 5 e 10 anni nel 36.6% e fra 0 e 5 anni nel 34%. Il 67% è di progettazione antiquata. L'ANIE ha avanzato la proposta di un'iniziativa governativa per la "rottamazione" delle macchine in sanità.

Il rapporto medici/abitanti nelle regioni italiane

Rapporto medici/abitanti

Lazio	140
Liguria	156
Emilia Romagna	166
Toscana	169
Campania	177
Marche	198
Lombardia	198
Friuli Venezia Giulia	206
Veneto	215
Piemonte	217
Basilicata	231
Valle d'Aosta	238
Trentino Alto Adige	244
Abruzzo	155
Umbria	161
Sicilia	169
Sardegna	172
Molise	184
Puglia	208
Italia	200

Fonte FNOMCeO 1997

M. M. Malaria in Maremma

Nell'agosto 1997 fulminea notizia sui giornali: *la malaria torna in maremma ed aggredisce donna di 62 anni*. Poi più nulla.

Il seguito è su *Lancet (1998;351:1246)*. Il pasmodio era quello *vivax*. In nessuna delle zanzare della zona catturate fu riscontrato, con la PCR, alcun pv. Fu invece identificata una bambina di 7 anni di una famiglia indiana che aveva avuto febbre dopo il suo arrivo dall'India. Tre mesi

dopo l'episodio della sessantaduenne, la bambina aveva ancora il pv nel sangue. Lei e la madre avevano anticorpi anti-pv. Il padre un mese dopo ebbe, pure lui, febbre alta e pv nel sangue. La zanzara colpevole era una *Anopheles Labranthiae*.

Ancora sul fumo passivo

Ricercatori statunitensi hanno misurato la cotinina urinaria, una misura di esposizione al fumo di sigaretta, in 499 bambini sottoposti ad anestesia generale. Si sono verificate complicazioni respiratorie nel 42% dei pazienti con valori di cotinina superiori a 40 ng/mL e solo nel 24% di quelli con valori inferiori a 10 ng/mL (*Anesthesiology* 1998;88:1144-53).

Roma C: carta dei servizi per il pediatra di famiglia

Nell'AUSL di Roma C è stata pubblicata una carta dei servizi per il pediatra di famiglia. È molto semplice e comprensibile ed è consegnata ai genitori nel momento della scelta del pediatra. Contiene le norme di accesso allo studio e per la richiesta di domiciliari, le istruzioni per l'utilizzo dei servizi quando il pediatra non è disponibile, le modalità per le prescrizioni, le prestazioni a carico del SSN e quelle a carico della famiglia. Per averla: *Maria Edoarda Trillò, responsabile DMI AUSL Roma C, via Monza 19, Roma. Tel. 06/7021752, fax 7021649.*



Misuriamo il fascino femminile

La misura convenzionale del fascino femminile è data dal rapporto delle due circonferenze vita/anche (v/a) che dev'essere pari a 0.7 e che sembrava accompagnarsi al massimo di fertilità; in verità anche le anoressiche possono avere questo rapporto per cui la teoria del rapporto bellezza uguale fertilità è stato posto in serio dubbio.

Una nuova teoria (*Lancet* 1998;352:548) studia il rapporto fra attrazione ed indice di massa corporea. Mettendo in rapporto l'indice con l'attrazione fisica misurata in 40 uomini si è trovato che il massimo dell'attrazione si ha per indici di massa corporea fra 20 e 24 kg/m²; confrontando questo valore d'attrazione con quello determinato dal rapporto v/a si scopre che quest'ultimo correla molto meno con l'attrazione dell'indice di massa.

Dopo i nucleotidi, i Gangliosidi e gli Oligosaccaridi

I nucleotidi nel latte rappresentano l'ultima novità dell'industria delle formule. Ora Abbot lancerà, dopo i nucleotidi, i gangliosidi.

Questi infatti legano i batteri e sembrano capaci di inibire l'attività del *Vibrio colerico* e dell'enterotossina dell'E. Coli. Aggiunti al latte formulato nella stessa quantità con la quale sono presenti nel latte materno (1.43 mg/l) sembra possano diminuire il contenuto di E. Coli nelle feci ed aumentare la presenza di bifidobatteri in neonati pretermine. Purtroppo la ricerca pubblicata su *J. of Pediatrics* (1998;133:90) non ha previsto, e non è un piccolo bias, un gruppo di controllo di bambini allattati al seno.

La giustificazione che gli aa danno è, ahinoi!, assai discutibile ed un po' traumatizzante: "la routine ospedaliera prevede che i neonati pretermine siano alimentati con formula per neonati di basso peso". Quali

siano gli effetti sulla salute dei bambini di questa modificazione biochimica non è noto. L'altro intervento in studio sembra riferirsi agli oligosaccaridi (in Italia studiati approfonditamente da Coppa). Essi sono più di 100 e sono variabilmente composti da glucosio, galattosio, acido sialico, fucosio e glucosammine. Gli oligosaccaridi potrebbero essere aggiunti al latte formulato perché rivestono grande importanza per la funzione di mobilità intestinale, pressapoco come le fibre negli adulti.

Ma sarà dalla modificazione chimica che giungerà la soluzione del problema di umanizzare il latte?

Nutriamo dubbi e riserve.

Pattugliare la pelle contro la Borrelia

Contro le infezioni da puntura di animale (M. di Lyme) il *Pediatric Infectious Dis. Journal* del mese di giugno, raccomanda a chi va per boschi, di svestirsi e di controllare o di farsi controllare (il "to patrol" usato vuole dire pattugliare) due volte al giorno tutto l'ambito cutaneo a caccia di piccoli aggressori. Per la trasmissione della *Borrelia* infatti è necessario che l'aggressore stia attaccato almeno 72 ore prima di rigurgitare la *Borrelia* nel corpo dell'agredito. Dice il *Journal* che non è possibile coprirsi tutti dalla testa ai piedi e non è possibile utilizzare per tutto il giorno i repellenti (Autan o simili) che sono sgradevoli e repellono anche gli uomini. Dato che queste due ultime raccomandazioni sono inefficaci, perché impossibili, il "pattugliamento" della superficie cutanea è l'unica percorribile.



Trattamento dell'otite e resistenze secondarie

Anche in Israele - come in ogni altra parte del mondo ove il fenomeno è stato ricercato - è stato dimostrato che dopo un trattamento antibiotico per otite media acuta si riscontra più facilmente e frequentemente (43%) *Pneumococcus pneumoniae* (PP) che in quelli non trattati con antibiotici (27%). Inoltre le MIC 50 per penicillina, cefaclor, cefuroxime axetil, sempre per PP, sono costantemente e significativamente più alte nei bambini con otite trattati con antibiotici che in quelli non trattati. Recentemente anche in Israele, dove la resistenza di PP ha raggiunto livelli del 40% e si alza fino al 79% nei pazienti di recente trattati, si raccomanda di "trattenersi" dall'uso di antibiotici nel trattamento dell'otite media acuta (*Ped. Infect. Dis. Journal* 1998;17:463). *Quaderni acp* si è più volte occupato di questo dato e continuerà a farlo fino a quando compariranno lavori in merito, nel tentativo di convincere i pediatri ad usare meno antibiotici nell'otite.

L'Helicobacter fra i soldati italiani

In uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità fra gli avieri italiani la sieropositività per *Helicobacter pylori* (HP) è del 17.5% (95% CI:15.7-19.4). La prevalenza era più alta per i residenti nelle regioni meridionali che in quelle centrosettentrionali (21.3% vs 9.5%).

Alla regressione logistica la residenza nelle regioni meridionali è il più forte predittore della positività; vi è marginalmente associato il numero dei conviventi; non vi è assolutamente associata la scolarità paterna.

I ragazzi positivi per HP sono più facilmente positivi per anticorpi anti-epatite A (35.4% vs 24.9%:OR=1.7). Sembra in sostanza che siano associate agli anticorpi anti HP più le condizioni ambientali che quelle socioeconomiche (*Epidemiol. Infect.* 1998;120:151).

A Palermo unità operative contro l'abuso

Si sono costituite a Palermo, per iniziativa di Donatella Natoli, componente della Commissione Nazionale Abuso Minori cinque unità operative (UO) contro il maltrattamento dell'infanzia distribuite secondo i territori delle ex Unità sanitarie locali cittadine. Le UO sono composte da Neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, psicopedagogisti. Gli operatori sono ovviamente a part-time in quanto continueranno a svolgere le loro funzioni nei servizi rispettivi, ma costituiranno un punto di riferimento per i problemi specifici del maltrattamento.

In arrivo un vaccino contro la Borrelia

Su numero del *N.E.J.M.* del 23 giugno 1998 sono riportati due trial con un vaccino anti-Borrelia burgdorferi. Il vaccino si è dimostrato efficace. Consiste di una lipoproteina ricombinante di superficie (della superficie esterna della Borrelia). La protezione si ha se gli anticorpi sono presenti in quantità soddisfacente prima del morso del vettore. La presenza di questi anticorpi contro una singola proteina è letale per la Borrelia. L'aggressione del-



l'anticorpo può avvenire addirittura nel corpo dell'Ixodes nel momento nel quale l'animale succhia il sangue della vittima.

Garanzia CEE per i dispositivi medici

La marcatura CE sarà necessaria anche per i dispositivi medici (dalla siringa, agli spacer, agli aerosolizzatori, alle protesi, ai divaricatori, alle apparecchiature ospedaliere) a datare dal 15 giugno 1998. CE è una specie di passaporto europeo per la libera circolazione dei prodotti nella comunità. È lo stesso marchio che garantisce, i pediatri dovrebbero saperlo, la serietà costruttiva e la sicurezza dei giocattoli. È quindi un marchio di sicurezza che trasferisce la responsabilità di eventuali difetti costruttivi decisamente sul costruttore e non - come in passato è talora successo - sul medico.

Assicurazione Assomedico per iscritti ACP

È in vigore una nuova convenzione assicurativa appositamente studiata dalla fondazione Assomedico per i medici. Di quest'assicurazione diamo l'ammontare del premio da versare alla prima annualità e quello relativo alle successive che è così stabilito per il Medico Pediatra.

Volendo estendere la polizza alla tutela legale alla tabella si deve applicare un aumento pari a Lit. 120.000 per annualità intera più Lit. 21.000 per il premio iniziale.

Massimale	Annual. intera	Importo iniziale
1 miliardo	281.000	48.000
3 miliardi	472.000	80.000
4 miliardi	560.000	95.000

Per adesioni/informazioni chiamare Assomedico, tel. 06/4404644 06/40500900 o inviare un fax allo 06/4423895 06/40500645 via De Rossi n. 12, 00161 Roma. Sede legale via Togliatti n. 1651, 00155 Roma.

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



GIULIANI S.A. - Lugano (Svizzera)
Rappresentante per l'Italia **Bracco s.p.a.**

USA

Telemedicina, a che punto siamo?

Si è tenuta ad Orlando la 4ª conferenza di Telemed 2.000 (*BBI newsletter* 21;5:103). La conferenza si è concentrata sull'uso di Internet come "pipeline" economica per la telemedicina. Negli USA attualmente solo il 2% degli ospedali ha una pagina Web, mentre il 95% degli ospedali usa Internet per posta elettronica, discussioni di casi, e servizi FTP. Il 40% usa Internet per ricerche bibliografiche (ora la National Library of Medicine è online via Web), mentre l'uso online per la definizione dei problemi clinici è molto più raro (12%) e solo l'1% degli ospedali trasmette record clinici via Internet. Due terzi degli ospedali non fa nessun uso di Internet per usi clinici, nonostante il basso costo. Predominano ancora l'uso di linee telefoniche nel 31% degli ospedali. Ancora del tutto sporadico, in sanità, l'uso di sistemi di formazione, di comunicazione intelligente, di educazione sanitaria (Mind Tel). Non è dato sapere quanto in questo ritardo influisca la non rimborsabilità dal sistema sanitario (le Health Care Financing Administration) delle risorse telematiche che non sono considerate "standard medical practice". Sembra che la prima applicazione del rimborso sia attuata nella medicina carceraria in quanto è assai meno costoso fare una teleconsulenza che tenere o portare un medico nei penitenziari. Specialità come la teleradiologia, la teleistocitologia e la tele-dermatologia che si basano sulla trasmissione di immagini sembrano essere vicine al rimborso: 52 milioni di americani vogliono essere visti ogni anno per problemi di pelle; in questo ambito specialistico il risparmio calcolato sarebbe della metà e la prestazione di 12 minuti a caso. Altre esperienze riguardano la trasmissione di dati grafici di monitoraggio fetale; il problema in questi casi è che la durata dei travagli è presumibilmente troppo lunga per una trasmissione in linea e ci si deve contentare di trasmissioni puntiformi. Una opportunità è data anche dall'uso di una camera intraorale che trasmette immagini dei denti, delle gengive e di tutta la cavità

orale che è attualmente usata dal 40% dei dentisti. Il sistema rappresenterà invece sicuramente una grande opportunità per gli ospedali rurali: per questi (ma solo per i non profit) è prevista, dal governo centrale, una spesa di 1.6 miliardi di dollari nei prossimi quattro anni, 1998-2001.

USA

Gli specializzandi ed Internet: che delusione!

Anche gli specializzandi non amano Internet. Un'indagine condotta su 88 specializzandi americani, per testare l'attuale utilità dei mezzi elettronici nella formazione post-universitaria, ha dimostrato che il 26% di loro non aveva mai usato Internet, solo il 36% aveva utilizzato le pagine WWW per motivi di formazione professionale. In ogni caso l'utilizzo dei mezzi informatici per motivo di studio, quantitativamente insoddisfacente, era qualitativamente molto insoddisfacente. (*Arch. Dis. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998;152:494).

USA

Sexgate e "special needs"

Una delle conseguenze dell'affare sexgate ha riguardato l'assistenza e l'istruzione dei bambini e ragazzi con disabilità che era passata un anno fa, per iniziativa di Clinton, con un "bill" del Dipartimento del lavoro e servizi sociali e che doveva essere applicata nel 1999, con un fondo di 503 milioni di dollari. Al progetto, che riguarda la tutela dei diritti civili dei bambini e ragazzi con bisogni speciali, si è proposto di aggiungere un emendamento (Senatore Livingstone) che stabilisce che un bambino con problemi può essere rimosso dalla scuola normale, e collocato in una scuola speciale a tempo indeterminato, non più solo per intervento di un tecnico sanitario o sociale, ma per decisione dello stesso personale della scuola. Un

altro emendamento (Senatore Riggs) stabilisce che per ragazzi con disabilità che sono in prigione non è più previsto l'obbligo dell'istruzione durante la carcerazione. Un movimento di pediatri ed operatori sociali ha promosso un'azione di pressione sul Senato poiché l'affare sexgate ha praticamente paralizzato le iniziative dello staff sociale del Presidente.

USA

Fede vs Medicina

Centosettandue bambini morti in venti anni negli USA per la convinzione dei loro genitori di poterli guarire sottoponendoli a pratiche fideistiche piuttosto che "affidarli" alla medicina tradizionale. In molti casi i sintomi erano ovvii e prolungati e i bambini morirono per condizioni facilmente prevenibili o trattabili con le cure di routine (*Pediatrics* 1998;101:625).

OMS

Gravidanza e mortalità materna

La mortalità materna per cause collegate alla gravidanza in Gran Bretagna è di circa 1 ogni 5.100; in Nepal 1 donna ogni 10 muore durante la gravidanza o il parto. Si calcola che nei paesi in via di sviluppo muoiano ogni anno più di mezzo milione di donne per questo motivo (*Lancet*, 1998;351:1112).

OMS

Vaccino anti Hib. A proposito di ingiustizie!

Si stima che l'Hib sia la causa di più di tre milioni di casi di malattie severe e di 700.000 morti ogni anno. Ma tutto questo nei paesi in via di sviluppo (*Wkly Epidemiol Rec* 1998;73:64-68). Il vaccino è presente, invece, nei paesi svi-



luppato, dove le malattie da Hib invasivo sono quasi completamente scomparse (in Levine: *New generation vaccines*. New York: Marcel Dekker, 1997:489-502).

GAMBIA

Cilecca del vaccino 23 antipneumococcico

I fallimenti antipneumococcici infatti continuano. Un recente studio sul vaccino 23 antipneumococcico (quello in commercio anche da noi) ha confermato che la vaccinazione comunitaria non incide sulla mortalità da *Pn. Pneumoniae* (*Ped. Inf. Dis* 1998;17:23). Sono però in fase di avanzata sperimentazione (fase 3^a) gli studi con il vaccino coniugato che dovrebbe dare una spallata alla mortalità per infezioni pneumococciche severissime che riguardano ancora 2.2/1.000 bambini nei paesi del terzo mondo. Probabilmente il vaccino coniugato permetterà di diminuire l'uso degli antibiotici e di frenare quindi il problema della resistenza dello Pneumococco agli antibiotici.

USA

Rimpianto per parole non dette

Roger Claude Bone, Past President dell'American College of Chest Physician è morto un anno fa. Sul *The Journal of Critical Illness* (1997;12:439) egli ha pubblicato un articolo (*Benediction: a farewell to my medical colleagues*) nel quale ripercorre le fasi della sua malattia, ma anche della sua vita, delle sue soddisfazioni ed anche dei suoi rimpianti: "ho sempre amato mio padre; era una persona introvertita; le discussioni personali erano per lui difficili da affrontare. Non mi disse mai che mi amava o quanto fosse orgoglioso di me. Così neanche io gli ho mai detto quanto lo amassi, né quanto rispettassi i suoi insegnamenti. Morì improvvisamente: ho sempre rimpianto che possa essere morto senza sapere quanto lo amassi".

USA-CUBA

Americani, brava gente!

Il tradizionale "cuore" degli States è in questi giorni all'attenzione di tutti per il drastico cambiamento nelle politiche nei confronti di Cuba. L'embargo per medicine e vaccini (forse) finirà.

Ma, riporta il *Lancet* (1998;351:1498) che possono esserci dei retroscena in questo "atto umanitario". Può essere, ad esempio, che la Smith and Kline sia interessata a un nuovo vaccino sperimentato dall'Istituto Carlos Finlay per il Meningococco B che è stato recentemente utilizzato e con successo in una epidemia a Cuba e in un'altra epidemia in Brasile. Il Meningococco B colpisce circa 1.000 americani ogni anno, con una mortalità del 12% hanno spiegato i rappresentanti del colosso farmaceutico americano.

Da segnalare un'osservazione del rappresentante repubblicano Robert Menendez (famoso per la sua intransigenza nei confronti di Cuba): "The drug company must to pay for the vaccine with other medicines needed by the country rather than with money".

CEE

Mobilità di pazienti in Europa; l'Italia è prima

Uno studio dell'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes di Bruxelles ci rivela i dati 1993 sulla mobilità dei malati nella CEE.

Primo per spesa per abitante è il Lussemburgo (che non conta perché non avendo grandi strutture per la modesta dimensione statale invia i suoi pazienti in gran numero all'estero).

Seconda, ma in verità prima, è l'Italia (9.358 ECU/abitante), poi il Belgio (8.941), poi il Portogallo (3.775), la Grecia (2.515), la Francia (1.868), la Germania (1.833) infine, con valori inferiori, Gran Bretagna, Spagna, Irlanda, Olanda, Danimarca.

Il debito italiano del 1993 verso la CEE è

il più alto: 476 milioni di ECU, il 43% del debito totale dei 12 paesi della CEE; esso è rivolto per l'87% verso la Francia (*Europ J. Public Health* 1997;7(supp):4).

OMS

Un successo di salute pubblica

Due milioni di bambini morti: è questo il numero di bambini perduti nel mondo lo scorso anno per malattie infettive per le quali esiste un vaccino (*Life in the 21st century a vision for all - 1998 World Health report*).

OMS

Trasfusioni e nvCJD

Francia, Irlanda e Portogallo hanno varato programmi nazionali per rimuovere i globuli bianchi dal sangue donato; tale strategia potrebbe inibire la possibile diffusione di nuove varianti della malattia di Creutzfeldt-Jacob attraverso le trasfusioni (*Lancet*, 1998;351:1112).

USA

Un po' di casino per il Viagra

Il regolamento del Medicaid prescrive che tutti i farmaci siano prescrivibili a carico dell'assistenza pubblica, purché approvati dalla FDA ed usati secondo le indicazioni del bugiardino. Anche il Viagra dunque, nella disfunzione erettile del maschio? A rigore sì, ma si sta correndo ai ripari: il costo del Viagra, a carico del Medicaid, sarebbe di 100.000.000 di dollari per anno (*Lancet* 1998;352:124).



Ricoveri chirurgici in pediatria: come calcolare le tariffe per i pediatri

Il prof. Perletti, rappresentante della SIP al convegno dell'ACP sugli ospedali tenuto a Roma nello scorso giugno, ha insistito sulla necessità che tutti i bambini vengano ricoverati nei reparti di pediatria anche se avessero avuto interventi chirurgici, gessi ecc. Ho avuto occasione, anche in sede SIP, di chiedere come può avvenire poi il compenso dal DRG chirurgico della quota che spetta ai reparti pediatrici senza avere precise risposte. Questo è causa di gran conflittualità fra chirurghi e pediatri e spesso è la causa per cui i chirurghi si trattengono i bambini operati. Quella di Roma non era la sede per affrontare questo problema perché lei, prof. Biasini, dopo una prima fase, ha ristretto la discussione alla ricerca. Ma qual è la sua opinione?

Nino Mattina, Catania

A me è sempre parso che il problema non fosse di difficile soluzione. Definiamo prima il problema. È certo che:

- parte del DRG spetta a chi fa l'intervento, - parte spetta a tutti coloro che seguono il malato operato prima e dopo l'intervento. La soluzione ottimale del problema dovrebbe stare nel possesso della contabilità analitica e nella disponibilità di un centro di costo dell'UO di pediatria e di chirurgia (o più centri di costo con unico centro di responsabilità) dal quale può essere derivato il costo medio per giornata di degenza nei due reparti. Questo costo medio, moltiplicato per il numero dei giorni trascorsi in pediatria e chirurgia, dovrebbe dare ai due reparti l'equo introito per ogni giornata di degenza. Il calcolo del costo dell'intervento dovrebbe essere desunto dal centro di costo della sala operatoria. Alla sala operatoria ed ai reparti che hanno ospitato il malato dovrebbe andare perciò proporzionalmente l'introito suddiviso del DRG. Non tutti (o molto pochi) gli ospedali possono effettuare questo calcolo per la mancanza dei centri di costo; è quindi necessario prevedere stru-

menti più grossolani. Vediamo allora più grossolanamente quanto attribuire al chirurgo. Un'analisi dei DRGs chirurgici, effettuata dal sistema informativo dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma (quindi solo interventi pediatrici) valuta che l'incidenza del costo dell'intervento dovrebbe portare via dal 30% al 45% del DRG: 30% per gli interventi più semplici, 45% per quelli più grossi. Al reparto chirurgico quindi può essere attribuita una quota del genere. Quanta parte del DRG spetta invece al pediatra? Questo secondo problema può essere affrontato ancora una volta sulla base delle giornate di degenza trascorse dal bambino in ospedale, ma non potendo calcolare il costo effettivo delle relative giornate la restante quota del DRG, dopo la detrazione del costo della sala operatoria, potrebbe essere attribuita ai reparti sulla base dei giorni di degenza trascorsi in chirurgia o in pediatria. Se i giorni del post-operatorio sono nove, e di questi tre sono trascorsi in chirurgia e sei in pediatria, a quest'ultima vanno i 6/9 e alla prima i 3/9 della quota rimasta dopo la detrazione del 30-45%. Si tratta, certamente, di un metodo grezzo che può, però, essere attuato dovunque. Esiste all'interno del metodo una grossa approssimazione: le prime giornate di degenza post-operatoria costano di più, in personale, farmaci e presidi, delle successive che il malato trascorre in pediatria. Questo metodo insomma favorisce i pediatri. Con questo metodo "prima" si attribuisce il DRG a chi ha operato ed il resto a chi ha assistito il malato in degenza. Ma si può calcolare, sempre grossolanamente, il costo della giornata sulla base del ricavo del DRG, dividendo il fatturato annuale dell'UO di pediatria per il numero delle giornate di degenza di un anno (dei soli casi medici altrimenti, aggiungendo le giornate dei casi chirurgici, il divisore aumentato riduce il ricavo per giornata). In questo modo si ottiene il "ricavo" del DRG per giornata di degenza che può essere forzatamente fatto equivalere al "costo". Con questo metodo vengono "prima" compensate le giornate di degenza ed il resto viene attribuito alla sala operatoria. Come si vede ci sono metodi per fugare la conflittualità chirurgo-pediatrica.

G.C. B.

Il commercio equo e solidale

La lettura di una "Guida al consumo critico" ha suggerito qualche riflessione sui nostri comportamenti (anche come pediatri impegnati nell'educazione delle famiglie) ed un'iniziativa dell'ACP Lazio, che voglio comunicare ai colleghi attraverso *Quaderni acp*. I nostri acquisti sono frutto di pubblicità che colpisce i nostri occhi o le nostre papille, ma non attiva il nostro cervello. Non ci chiediamo quali costi ambientali e umani sono stati necessari per la produzione. Potremmo comportiamoci più responsabilmente nella nostra "spesa" pensando che:

- i paesi industrializzati consumano l'80% delle risorse del pianeta, lasciando all'altra parte del mondo, il 20%, ma i danni provocati dal "buco dell'ozono" sono equamente distribuiti,
 - l'uso massiccio di fertilizzanti e pesticidi, gli scarichi domestici con i prodotti chimici usati per la pulizia, i rifiuti non degradabili stanno avvelenando le falde acquifere e rendendo sterili vaste aree,
 - nelle piantagioni del centro America, le multinazionali delle banane (Ciquita, Del Monte, ecc.) usano pesticidi potentissimi, da anni banditi dai paesi industrializzati,
 - per produrre la carta il pianeta è stato paurosamente impoverito di boschi e foreste,
 - molte fabbriche del Terzo Mondo assumono bambini, per risparmiare, costringendoli ad orari disumani.
- Possiamo fare qualcosa per cambiare le cose? Per Herman Daly e David Pearce (3) il pianeta e il suo ambiente devono essere considerati come un capitale naturale che non va dissipato. L'umanità richiede risorse e benessere crescenti: occorre sostituire man mano "capitale naturale" (territorio, risorse, materiali, specie viventi) con "capitale costruito" (costituito da risorse naturali, ma trasformate in modo che rendano di più). In conclusione, vengono fatte due proposte.
1. Rivedere i meccanismi economici e gli incentivi che sono così distorti da rendere vantaggiosi oggi i disastri ambientali di domani. Per esempio, la carta riciclata ha un prezzo, che sembra più elevato rispetto



a quella di nuova produzione, perché il valore di un albero è calcolato per quanto costa tagliarlo e trasportarlo, ma non per il valore della sua esistenza, per l'impatto sul clima e sulla salute, per la quantità di energia assorbita negli anni per la sua crescita ecc.

Ai beni ambientali (aria, acque, foreste, suolo) cioè, non viene attribuito un valore, contrariamente a quanto si fa per i beni prodotti dall'uomo: questo fa sì che l'ambiente venga degradato al di là di ogni ragionevolezza.

2. Favorire uno sviluppo compatibile con la conservazione del patrimonio ambientale (2,3). Nella riorganizzazione delle città operare scelte tendenti a ridurre l'inquinamento, con la coibentazione, l'installazione di scaldabagni solari nel Centro-Sud, la realizzazione di reti metropolitane leggere o filotranviarie, ecc.

In questo ambito noi dovremmo educarci ed informare anche le famiglie che assistiamo a:

- ridurre le spese e i consumi inutili,
- recuperare quel che si può: usare più volte i sacchetti di plastica, riciclare vetro e carta,

- riparare gli oggetti prima di sostituirli evitando di produrre montagne di rifiuti che, attualmente, vengono scaricate nel Terzo Mondo.

- rispettare il lavoro altrui, chiedendoci se "quel prodotto" è più economico perché risultato di uno sfruttamento, di un'illegalità, o di scelte oculate nella produzione.

Non è facile conoscere il percorso di produzione di tutto quello che compriamo, ma ci sono dati, forniti dall'UNICEF e da poche altre Organizzazioni internazionali di controllo, circa il comportamento di alcune multinazionali nel Terzo Mondo, che possono, dai movimenti di opinione, essere divulgati e portare a comportamenti onesti. Riporto solo qualche esempio:

La *Levis Strauss*, denunciata per sfruttamento di lavoro minorile nelle società subappaltate, ha subito una drastica riduzione delle vendite in USA per attivazione delle associazioni dei consumatori, ed ha interrotto gli appalti e si è anche data un codice di autoregolamentazione. Alle ditte in subappalto che minacciarono di licenziare i bambini, facendoli morire di fame ha proposto di continuare a pagarli per andare a scuola fino ai quattordici anni,

per poi assumerli come operai.

La *Nike*, sponsor della nostra nazionale di calcio, è stata criticata per lo sfruttamento dei minori e dei lavoratori in genere. Si è letto della proposta "compensatoria" del calciatore Mancini di reinvestire i soldi della nazionale nei paesi asiatici, dove lo sfruttamento dei bambini è maggiore e della proposta di rifiutare la sponsorizzazione, presentata in Parlamento.

In realtà, la sponsorizzazione c'è stata lo stesso, ma il 12/05/98 la Nike ha fatto una dichiarazione ufficiale di abolizione del lavoro minorile.

La *Chicco*, con le società controllate, fino a pochi anni fa utilizzava, per la fabbricazione dei giocattoli, piccole ditte in subappalto in Oriente. In seguito ad un incidente avvenuto in Cina (un incendio in una fabbrica con finestre chiuse da inferriate e porte ostruite da materiali accatastati ha causato la morte di 87 ragazze e gravi ustioni in altre 40) e dopo una campagna internazionale, ora controlla le ditte subappaltate e ha firmato un Codice di autoregolamentazione elaborato dalla CISL Internazionale che ribadisce l'abolizione di lavoro minorile, prevede sicurezza nei posti di lavoro, elimina discriminazioni razziali o religiose, riconosce libertà d'associazione sindacale, garanzia di salari minimi vitali, attività lavorativa per un max di 48 ore/settimanali ecc.

Inoltre per prima, come azienda produttrice di giocattoli in Europa, la Chicco ha accettato un controllo da parte di organismi internazionali, sia nella propria azienda sia in quelle in subappalto, per denunciare eventuali infrazioni al Codice stesso. In sostanza l'impressione è che i movimenti di opinione, se diffusi a livello internazionale, funzionano!

Uno degli strumenti che abbiamo per farli funzionare è inviare segnali con *la spesa alternativa*. Una "Guida al consumo critico (1)", è pubblicata ed aggiornata annualmente; vi sono riportati alcuni parametri, per valutare le società alimentari: abuso di potere, trattamento dei lavoratori, inquinamento ambientale, paradiso fiscale, vendite irresponsabili ecc.

Il quadro che ne deriva dimostra che le società "meno scorrette" sono poche, sono le più piccole o quelle cooperative.

Esiste l'*Associazione Botteghe del Mondo* (P. Forzaté 1, Padova, tel 049-8762480,

fax 049-8755714), presente più o meno in tutte le Regioni italiane, che vende prodotti, come caffè, cacao, cioccolata, zucchero, marmellate, oltre a oggettistica in legno, tessuti ecc., commercializzati dal *Commercio Equo e Solidale* che "sostiene e favorisce l'occupazione e lo sviluppo nel Sud del mondo; assicura ai produttori guadagni più elevati del 100% rispetto ai tradizionali canali di distribuzione; utilizza come intermediari cooperative senza fini di lucro.

I margini di guadagno (25% medio) servono a coprire le spese di gestione e gli eventuali utili sono reinvestiti nello sviluppo delle attività; garantisce ai consumatori prodotti di qualità e prezzi competitivi e trasparenti nel rispetto dell'ambiente e del lavoro dei Paesi economicamente meno sviluppati".

Il "PROGETTO PALLONE EQUO TRANSFAIR" è un'iniziativa lanciata attraverso l'organizzazione CTM per il *Commercio Equo e Solidale*, che propone l'acquisto di palloni da calcio realizzati da cooperative di adulti; il costo è più o meno equivalente a quello dei prodotti in commercio.

I bambini, sottratti al faticoso lavoro, sono aiutati a frequentare la scuola.

Per "dare un segnale", come si dice, in questo senso il gruppo Pedibas-ACP Lazio ha realizzato un poster "*le due facce del pallone*", da affiggere negli studi e da proporre alle scuole*.

Luisa Marolla

*Se qualcuno è interessato a comprarne, alla modica cifra di Lit. 5.000, può rivolgersi a Luisa Marolla Via Cassia 900, 00189 Roma Tel/fax: 30365995.

Bibliografia

Guida al consumo critico, Centro Nuovo Modello di Sviluppo. Ed EMI, 1997

1. G. Lanzavecchia. Si può realizzare lo sviluppo sostenibile? KOS, 1997

2. D. Pearce. Un'economia verde per il pianeta. Ed Il Mulino

3. Centro Nuovo Modello di Sviluppo. Sulla pelle dei bambini. Ed EMI, 1996

Centro del Nuovo Modello di Sviluppo, via della Barra 32, 56019 Vecchiano (PISA) tel. 050/826354 fax 050/827165, e.mail: coord@cnms.it

LETTERA DI UN SUPINATORE PENTITO

di Lucio Piermarini

Quaderni acp 1998; vol V, n° 5: 32

Caro Direttore,

Ho sempre apprezzato gli sforzi compiuti dalla Sua rivista nel selezionare gli articoli pubblicati nelle più prestigiose testate scientifiche internazionali, con gran vantaggio dei lettori; tuttavia devo farle un appunto. La rivista ha più volte affrontato, nella recensione di articoli, il grave problema della SIDS e il messaggio ricevuto è stato quello del "tutti a pancia in su". Caro Direttore, sia lei sia noi che il prof. Panizon che ne ha scritto su *M. e B.*, abbiamo tutti preso un granchio! La responsabilità è anche la sua. Lei ha accettato acriticamente le conclusioni dei ricercatori stranieri senza avere avuto la fortuna leggere sull'edizione in lingua italiana di *Pediatrics*, a commento dell'articolo sul Nordic Epidemiological SIDS Study sempre pubblicato su *Pediatrics* e recensito anche dalla Sua rivista, il punto di vista degli esperti italiani (Luigi Maturro e Lino Rossi) dell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Milano. È stata, per me, una vera illuminazione. Gli Autori fanno uno sterminato elenco di cause della SIDS, di quelle vere, quelle che si possono vedere e toccare con mano al tavolo settorio e al microscopio. La logica delle loro argomentazioni è così stringente che alla fine non possono altro che concludere: "Circa la postura, la rivalutazione del decubito supino può trovare conferma alla sola condizione che i casi di SIDS studiati sotto questo profilo siano anche accuratamente corredati da controlli anatomo-patologici attendibili". Capisce, Direttore? In pratica la riduzione fino a più del 50% dei morti per SIDS ottenuta in tanti paesi con l'universalizzazione della posizione supina nel sonno conta poco; anzi può anche essere un evidente abbaglio degli epidemiologi, gente grossolana, come si sa. Non è provato che i bambini che *non sono morti* fossero candidati alla SIDS; per dimostrarlo bisognerebbe far loro un'autopsia. Solo questo ci autorizzerebbe a continuare a tenerli a pancia in su. Noi, poveri pediatri ospedalieri e di famiglia, abituati a vedere i nostri Clinici copiare passo passo gli autori anglosassoni e scandinavi, abbiamo abboccato subito e creduto che bastasse semplicemente far dormire i bambini a pancia in su per ridurre i casi di morte improvvisa nei lattanti. Inve-

ce la posizione in culla occorre *tralasciarla*. Infatti, continuano gli Autori, "fondamentale è pertanto la correlazione clinico-patologica con la raccolta di tutti i dati clinici dal concepimento all'evento mortale secondo il protocollo messo a punto con i colleghi Minoli e Scimone. Sarà così possibile affrontare il problema SIDS nei suoi differenti e molteplici aspetti clinici e anatomo-patologici, con grande impegno e competenza, tralasciando la riaffiorante superficialità su aspetti marginali quali la composizione dei cuscini e la posizione in culla prima ricordate. "Quindi la posizione in culla è aspetto marginale".

Continuando a tenerla non si risolve problema alcuno. Troppo spesso i lattanti che muoiono inspiegabilmente in culla, non fanno l'autopsia e, se la fanno, incappano in anatomo-patologi non certo all'altezza dei Nostri, perciò non trovando o non sapendo trovare né "ipoviluppo del nucleo arcuato" né "iperplasia dei paragangli chemorecettoriali mediastinici" né tantomeno "isole di resorptive degeneration" nel miocardio, lasciano adito a errate interpretazioni delle cause di morte. Ho pensato, Direttore, che lo stesso errore si è fatto con la tragedia di Ustica; tutti affermano che gli infelici passeggeri sono morti per una bomba o un missile: marginale, caro Direttore! La logica suggerita ci fa capire che qualcuno avrà avuto un infarto, altri un'anemia acuta da lacerazione vasale, altri ancora un'ipossia grave da inondazione polmonare o una necrosi neuronale massiva post-traumatica, e infine sicuramente qualcuno, come nostro Signore Gesù Cristo in croce, è morto di freddo. Tanto per la precisione, perché, come i nostri Autori esordiscono, la SIDS "è una patologia multifattoriale e il meccanismo patogenetico ancora oscuro". Quindi inutile perdere tempo con aspetti marginali come la posizione anche se, con grande apertura, i nostri Autori concludono: "Non che questi fattori - che hanno l'innegabile vantaggio di essere semplicissimi e chiarissimi - debbano essere tralasciati; tutt'altro, ma è indispensabile che essi siano opportunamente inquadrati nell'ambito delle attuali acquisizioni scientifiche di patologia e di fisiopatologia peri e post-natale, per quanto complicate esse appaiano". Insomma: i pediatri di famiglia, grezzi supinatori, possono anche giocherellare con la posizione ma non è certo dall'aver salvato la metà dei lattanti americani, non è certo dalle ricerche di quei ruspanti degli epidemiologi che verrà la verità. Cerchi di stare attento, caro Direttore, e non rischi di non capirmi:

1. Non ci sono dati certi che sostengano la correlazione clinico-patologica tra la posizione prona e la SIDS.
2. I bambini salvati con la posizione prona non è detto che fossero candidati alla SIDS. Quindi togliamoci dalla testa che con la posizione supina, noi grezzi supinatori, salviamo i bambini dalla SIDS. In realtà li salviamo da un'altra causa di morte. Per cui continuiamo a supinarli ma, vivaddio, con le idee chiare.

Un supinatore pentito

I servizi sanitari per l'età evolutiva

PARTE I: L'ANALISI

- 1 L'evoluzione dei bisogni di salute nell'età evolutiva *pag. 36*
- 2 Le risposte attuali dei servizi *pag. 37*
 - 2.1 Cure primarie
 - 2.2 Cure ospedaliere
 - 2.3 Il punto critico: la frammentazione dei servizi
- 3 L'evoluzione del sistema sanitario nazionale *pag. 40*
 - 3.1 Il piano sanitario decorso e il processo di aziendalizzazione
 - 3.2 Il PSN 1998-2000 e il Piano d'Azione del Governo

PARTE II: LE PROPOSTE

- 1 Un approccio ai problemi della salute dell'età evolutiva *pag. 42*
 - 1.1 Il dibattito sulla tipologia del Dipartimento
 - 1.2 Altri strumenti d'integrazione
- 2 Le cure primarie *pag. 44*
 - 2.1 La pediatria di famiglia
 - 2.2 La pediatria di comunità, gli altri servizi territoriali e il Distretto
 - 2.3 L'integrazione socio-sanitaria; la legge 285
- 3 Cure secondarie e terziarie *pag. 49*
 - 3.1 Le UO di pediatria generale e di neonatologia
 - 3.2 La trasformazione dell'ospedale in centro di diagnosi e cura territoriale
 - 3.3 Specialità e centri di riferimento di 3° livello
- 4 Finanziamento, programmazione, obiettivi e qualità *pag. 51*
 - 4.1 I sistemi di finanziamento
 - 4.2 Gli strumenti per la pianificazione e il sistema informativo
 - 4.3 Il contributo dell'ACP
 - 4.4 La programmazione ed il ruolo delle Regioni e delle Aziende
 - 4.5 Obiettivi, indicatori ed azioni
 - 4.6 Accredimento e qualità
- 5 Formazione e ricerca *pag. 56*
 - 5.1 Formazione curricolare del pediatra
 - 5.2 Formazione in-servizio
 - 5.3 Ricerca nell'area delle cure primarie e ricerca sui servizi sanitari
- 6 Ruolo e partecipazione degli utenti *pag. 58*

I SERVIZI SANITARI PER L'ETÀ EVOLUTIVA

Le proposte dell'ACP per un utilizzo ottimale delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale

Introduzione

Il 16 dicembre 1997 il Consiglio Direttivo dell'ACP ha incaricato della elaborazione del documento un gruppo di lavoro coordinato da Giancarlo Biasini e composto da Francesco Ciotti, Nicola D'Andrea, Massimo Farneti, Vitalia Murgia, Silvia Pivetta. La prima bozza del documento è stata presentata e discussa al convegno di Copanello il 30 aprile 1998 e successivamente in un incontro del gruppo ospedaliero dell'ACP a Roma il 24 Giugno 1998. Il documento è stato inviato agli oltre trenta gruppi locali dell'ACP, molti dei quali hanno poi contribuito con osservazioni e suggerimenti, e ad un nutrito numero di esponenti della

pediatria italiana ed esperti in salute pubblica ed organizzazione dei servizi. Ha ricevuto in particolare contributi da Luigi Acerbi, Pasquale Alcaro, Giorgio Bartolozzi, Fabio Sereni, Enzo Calia, Pasquale Causa, Luigi Cioffi, Beppe Cirillo, Michele Gangemi, Salvo Fedele, Patrizia Metafora, Mauro Pocecco, Maurizio Bonati, Edoarda Trillò, Leo Venturelli, Aldo Ravaglia, Paola Ghiotti, Luciano de Seta, Gigi Gargantini, Luigi Greco, Federico Marchetti, Franco Panizon, Ludovico Perletti, Paolo Paolucci. La redazione finale è stata effettuata da Giorgio Tamburlini e Giancarlo Biasini.

SCHEMA RIASSUNTIVO DEL DOCUMENTO

L'evoluzione dei bisogni e le risposte dei servizi

Nella prima parte del documento vengono esaminate le attuali risposte dei servizi sanitari ai bisogni di salute della popolazione infantile, degli adolescenti e delle loro famiglie.

A partire dagli anni '80, in virtù dei cambiamenti intervenuti nei determinanti maggiori della salute infantile e dell'età evolutiva (evoluzione demografica, economico-sociale e delle tecnologie biomediche), il profilo dei bisogni di salute in età evolutiva si è venuto modificando nella direzione di una riduzione ulteriore dell'incidenza e severità delle patologie acute, di un aumento relativo delle patologie croniche e disabilità, e di un aumento delle problematiche relative al disagio psicosociale ed alla salute mentale, in particolare nell'adolescente.

Nello stesso periodo l'offerta dei servizi sanitari non si è modificata in modo appropriato ai bisogni di questa fascia di età. In particolare:

- L'istituzione della pediatria di libera scelta, se ha rappresentato un sicuro progresso nella qualità delle cure primarie per il bambino, non è riuscita a rispondere in modo soddisfacente all'esigenza di

continuità delle cure, principalmente per la sovrapposizione e disomogeneità di interventi tra diversi servizi (servizi ospedalieri, pediatria di famiglia, guardie mediche, pronti soccorsi, consultori).

- La pediatria di comunità che doveva dare coerenza agli interventi territoriali, benché prevista dal PSN insieme al Dipartimento Materno Infantile, e dal Piano d'azione del governo non ha avuto realizzazione se non sporadica. I servizi territoriali di riabilitazione, psicologia e neuropsichiatria sono deficitari in molte aree del paese come pure i consultori familiari, troppo sovente ridotti a poco più del mero servizio di contraccezione. Il Dipartimento Materno Infantile è stato attuato in limitate aree del paese. In alcune Regioni sono addirittura in atto scorpori di alcuni di questi servizi dall'area materno-infantile.

- Le UO ospedaliere di pediatria sono state ridotte circa del 30%, ma un numero ancora eccessivo di queste ha un bacino d'utenza troppo piccolo per assicurare qualità (che infatti è ancora inferiore a standard accettabili in troppi casi) ed economicità di cure.

L'utilizzo di tecnologie per la gravidanza, il parto e le cure neonatali è talvolta eccessivo e inappropriato mentre alcuni interventi semplici di provata e sicura efficacia non sono effettuati se non in parte. L'area di degenza pediatrica non è

stata realizzata e quindi molti bambini vengono impropriamente ricoverati in reparti specialistici per adulti.

Come conseguenza di ciò:

- non vengono fornite ancora adeguate risposte ai bambini con bisogni speciali (disabilità, malattia cronica) specialmente per quanto riguarda la continuità e congruità dei percorsi assistenziali; la riabilitazione è ancora in gran parte del territorio nazionale appaltata a privati con qualità di servizi subottimali e/o disegualianza di accesso.

- quasi nulla viene fatto sul piano della prevenzione della nuova morbosità (disagio psicosociale, comportamenti a rischio negli adolescenti), e le coperture per le attività di prevenzione di quella "vecchia" (vedi vaccinazioni e allattamento al seno) sono insufficienti in molte parti.

Quanto sopra è l'espressione di una frammentazione delle cure e di una squilibrata allocazione di risorse tra i vari livelli di cure, dovute entrambe alla mancanza di visione complessiva e di coordinamento degli interventi.

Vale infatti in particolare modo per i servizi dell'infanzia e dell'adolescenza il principio per cui non si possono affrontare i problemi settorialmente: ciò è testimoniato dal fatto che non esiste possibilità di valutazione dei risultati nelle singole componenti assistenziali in quanto questi derivano (vedi outcome neonatale o

coperture vaccinali) dagli sforzi congiunti di più componenti sanitarie ed extrasanitarie. Tale analisi va inquadrata poi nell'ambito della recente evoluzione del SSN, così come definita in particolare dalle leggi 502 e 517. Il modello del SSN che si è andato realizzando, basato sulla eclissi della programmazione regionale, sul potere nelle sole mani dei direttori generali, sulla separazione fra Aziende territoriali e ospedaliere, ha contribuito ad una visione settoriale dei problemi non centrata sulla integrazione necessaria a risolvere i problemi dell'età evolutiva.

Tra l'altro l'utilizzazione dei DRG come sistema di compensazione tariffaria ha ulteriormente aumentato la specializzazione specialmente per i ricoveri di più di 1 giorno (+60%), senza la capacità delle Regioni e delle Aziende di dotarsi di strumenti di analisi epidemiologica, di programmazione e di controllo, non è pensabile che possano essere risolti i problemi dell'assistenza in questa fascia etaria, né che vi siano possibilità di attuazione del Piano del governo per l'infanzia e l'adolescenza e degli obiettivi indicati dal nuovo Piano Sanitario nazionale 1998-2000.

Le proposte

Poiché l'aspetto più critico dei servizi sanitari per l'infanzia/adolescenza è rappresentato dalla mancanza di un effettivo coordinamento delle risorse esistenti e da un cattivo uso delle medesime è necessario istituire strumenti di integrazione e di coordinamento.

Il Dipartimento Materno Infantile

Lo strumento principale è, all'interno della dipartimentalizzazione in atto nel SSN, il Dipartimento Materno Infantile, previsto e non attuato nel precedente PSN. Il DMI deve collegare le UO ospedaliere (pediatria, neonatologia, neuropsichiatria infantile, ostetricia) i servizi territoriali (consultori, pediatria di comunità, psicologia, neuropsichiatria e riabilitazione infantile) e la pediatria di famiglia, costituendo un insieme integrato di servizi.

In ogni caso, nell'ambito del DMI o in attesa della sua costituzione, deve esistere in ogni azienda un responsabile dell'assistenza all'infanzia/adolescenza che coor-

dini funzionalmente i servizi sulla base di programmi e obiettivi concordati

La pediatria di famiglia

All'interno del DMI devono assumere quel ruolo centrale che avrebbero dovuto avere fin dall'inizio i pediatri di famiglia per i quali va stimolata l'associazione in pediatria di gruppo, vanno istituiti rapporti formali con le UO ospedaliere, vanno rafforzati i rapporti con gli specialisti. I pediatri di famiglia vanno resi parte attiva delle attività distrettuali. Deve essere valutata la possibilità di una ricertificazione periodica dell'idoneità alla Convenzione.

La pediatria di comunità

La pediatria di comunità ha un ruolo centrale come regista dell'erogazione integrata delle cure primarie, come monitorizzatrice della salute della collettività e come facilitatrice dei percorsi per i bambini/adolescenti con malattie croniche e/o bisogni speciali.

Anche la pediatria di comunità estrinseca la sua attività a livello di distretto nell'ambito dei servizi per la donna, l'infanzia e l'adolescenza - costituiti in modulo o unità operativa o altra aggregazione funzionale - del quale devono essere parte integrante gli operatori di riabilitazione infantile e di salute mentale. A livello del distretto deve altresì avvenire l'integrazione tra servizi sociali e sanitari e la collaborazione tra questi e le altre istanze della comunità (scuola, associazioni ecc.) nella filosofia della medicina di comunità, approccio essenziale nella prevenzione e recupero delle diverse manifestazioni del disagio psicosociale, in primo luogo dell'abuso, e nella prevenzione delle problematiche dell'età adolescenziale, in coerenza con le linee generali sostenute nel Piano del Governo per l'Infanzia e l'adolescenza.

L'ospedale e le cure secondarie e terziarie

La rete ospedaliera per l'assistenza pediatrica deve essere sottoposta ad un razionale ridimensionamento.

Le UO di pediatria-neonatologia devono essere collocate in aree di 20.000 bambini residenti e con 1.000 nascite/anno perché solo questa dimensione può dare dignità

culturale all'assistenza ospedaliera. Le UO di minore entità devono essere riconvertite e possono trovare una loro funzione in attività ambulatoriali e di ricovero diurno con la naturale collaborazione ed integrazione operativa del pediatra di famiglia.

Per le specialità pediatriche vengono indicate quattro priorità:

- riduzione dei PL di neonatologia intensiva esclusivamente ad aree territoriali di 4-5.000 nascite,
- istituzione di Terapie intensive pediatriche con dotazione di 1 PL/50.000 abitanti e con UO di 8 PL,
- istituzione di centri di trapianto (rene, fegato, midollo) per rispondere alla domanda e ridurre le disegualianze fra Nord e Sud,
- valutazione su scala regionale e sovragionale dell'istituzione di centri di 3° livello per neurochirurgia, cardiocirurgia, riabilitazione, centri per grandi ustionati. Parte delle risorse recuperate tramite il ridimensionamento della rete ospedaliera dovrebbero essere investite nei servizi territoriali per l'infanzia e l'adolescenza, carenti soprattutto nei settori della prevenzione, della salute mentale, e della riabilitazione.

Altra parte al miglioramento della qualità delle cure nei centri ospedalieri e all'informazione e rapporto con l'utenza.

Programmazione e sistemi di finanziamento

Si ritiene necessario, come d'altronde indicato nel PSN 1998-2000, tornare alla programmazione.

Le Regioni hanno la responsabilità di individuare obiettivi e azioni prioritarie e di dotarsi di strumenti adeguati per monitorarne e promuoverne l'attuazione.

A questo fine vengono indicati nel documento, a titolo orientativo, una serie di obiettivi con relativi indicatori ed una serie di azioni pure con i collegati indicatori. Occorre ripensare il sistema della remunerazione delle prestazioni prevedendo sia la specifica remunerazione di attività (di prevenzione, di intervento su casi multiproblematici) attualmente non riconosciute, sia l'attribuzione di risorse vincolate al raggiungimento di obiettivi regionali e aziendali.

Formazione, ricerca e sistema informativo

La formazione dei pediatri va adeguata ai tempi ed alla prevalente destinazione generalista della maggioranza dei nuovi pediatri.

Va potenziata la ricerca epidemiologica e sui servizi, e la valutazione dell'appropriatezza di vecchie e nuove tecnologie.

Va creato un sistema informativo su base distrettuale, aziendale e regionale.

Partecipazione degli utenti

La partecipazione delle famiglie va stimolata come base necessaria per una sanità efficace, equa, rispettosa dei diritti e del decoro. L'informazione degli utenti e il controllo di associazioni di utenti su procedure, organizzazione dei servizi e scelte di allocazione di risorse vanno stimolati e supportati come base per un rapporto di trasparenza e di fiducia.

Accreditamento e qualità

Si ritiene da privilegiare un sistema basato fondamentalmente sulla autovalutazione, da integrare non da sostituire con controlli fiscali esterni.

Viene giudicato un errore, per la valutazione delle attività materno-infantili, la distinzione delle procedure di accreditamento in ospedaliere ed extraospedaliere.

Il testo del documento

PARTE I: L'ANALISI

1. L'EVOLUZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE NELL'ETÀ EVOLUTIVA

Negli ultimi anni è proseguita la tendenza alla diminuzione della mortalità infantile (scesa dall'8 per mille nel '91 al 6,5 nel '95) e perinatale (scesa dall'11 all'8 per mille). Il trend osservato è analogo a quello degli altri paesi dell'Europa occidentale, rispetto ai quali l'Italia si situa in posizione intermedia. Va tuttavia rilevato che si è mantenuto il divario tra Centro-Nord e Sud. La mortalità infantile è infatti inferiore al 5 per mille ('95) nelle Regioni del Centro-Nord e superiore all'8 in molte regioni del Sud. Tale divario rispecchia innanzitutto una disuguaglianza sociale. Esistono peraltro anche forti differenze tra i tassi di mortalità perinatale e neonatale per alcune classi di peso tra regioni con livelli socio-economici e di scolarità simili, a testimonianza di inaccettabili ritardi nell'impianto di un'adeguata organizzazione regionale delle cure perinatali e neonatali. In conseguenza dell'evoluzione demografica con il calo del numero di bambini per coppia, e degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, si è verificata una compressione della morbosità, in termini di incidenza ma soprattutto di severità di malattie infettive acute.

Per contro, grazie alle nuove tecnologie terapeutiche disponibili per i neonati di

peso molto basso, per malattie congenite e malformazioni e per malattie acquisite gravi quali i tumori e la patologia da alterata funzione del sistema immune, è aumentato il peso relativo di bambini portatori di disabilità come conseguenza di patologie congenite o acquisite: la prevalenza in età scolare di tali condizioni è valutabile intorno al 10 per mille per le disabilità gravi e intorno al 30-35 per mille per quelle lievi o moderate. Per questi bambini, a fronte di costanti progressi nel campo delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche non si sono avuti altrettanti progressi nella offerta di servizi assistenziali comprensivi di supporto riabilitativo, psicosociale, e di inserimento nella collettività. Permangono gravi disuguaglianze nell'accesso alle cure su base sociale e, in parte, territoriale.

Nell'età adolescenziale, in particolare dopo i 15 anni, si registra un aumento di mortalità e morbosità per incidenti e autolesioni, un aumento della patologia psichiatrica e del disagio che si traduce in comportamenti a rischio sanitario. All'evidenza con cui tali problemi vengono portati all'attenzione dell'opinione pubblica non ha corrisposto finora alcun serio sforzo da parte dei servizi di proporre interventi appropriati ed in grado di raggiungere i soggetti a rischio effettivo.

Emerge con crescente evidenza il problema costituito dal ricorso improprio a tecnologie e procedure, ad esempio il ricorso

eccessivo al taglio cesareo, superiore al 22% dei parti in Italia, e a tecnologie di non provata validità quali il tritest in gravidanza, o l'uso di ormone della crescita al di fuori di indicazioni basate sull'evidenza. All'estensione della disponibilità di tecnologie non corrisponde un adeguato controllo sul loro utilizzo appropriato, né un'adeguata informazione agli utenti. L'esito finale è un aggravio di costi senza corrispettivo miglioramento dell'outcome in termini di salute.

D'altro lato permane insufficiente l'utilizzo di tecnologie e interventi semplici, poco costosi e di efficacia largamente documentata, quali ad esempio: l'utilizzo sistematico in epoca preconcezionale dell'acido folico per la prevenzione dei difetti del tubo neurale, l'utilizzo degli steroidi per la prevenzione della sindrome da distress respiratorio nel parto pretermine, l'allattamento al seno esclusivo e prolungato, le vaccinazioni raccomandate.

È in ogni caso da rilevare che manca, a supporto di una analisi precisa dei problemi, un sistema informativo che vada oltre i tradizionali tassi di mortalità e che consenta sia di monitorare lo stato di salute e di qualità di vita anche per quanto riguarda condizioni croniche ed eventi critici non mortali, in particolare relativi alla disabilità, al disagio e ai comportamenti a rischio, sia di valutare l'utilizzo delle tecnologie e la qualità ed accessibilità dei servizi.

2. LE RISPOSTE DEI SERVIZI

2.1 Le cure primarie

La pediatria di libera scelta

La Pediatria di libera scelta (usiamo qui il termine contrattuale) nel precedente documento era definita realtà in rapida crescita. Oggi è definita nei compiti e nelle funzioni, con 7.200 convenzionati nel 1996, e con il DPR 613 del 21.10.1996 è diventata parte integrante dell'organizzazione sanitaria complessiva per i compiti di diagnosi, cura, educazione sanitaria e prevenzione individuale. Costituisce una peculiarità specifica del SSN italiano mentre gli altri servizi sanitari europei restano essenzialmente basati sul medico di famiglia generalista.

Recentemente alcune ricerche hanno consentito di meglio valutare caratteristiche prerogative e limiti dell'attuale modello organizzativo e culturale della PLS. Se l'accettazione del modello da parte delle famiglie dev'essere ritenuta buona (*Pierattelli et al. M. e B. 1998;3:166*) esso non è, però, riuscito a rispondere in modo soddisfacente all'esigenza di continuità ed integrazione di cure, sia per il bambino con bisogni normali (che continua a ricevere prestazioni ordinarie anche dai pronti soccorsi ospedalieri, dalla guardia medica notturna e festiva, dai consultori pediatrici, in misura eccessiva e impropria) sia per il bambino con bisogni speciali (il cui itinerario di cure risulta ancora troppo frammentato tra medico di base servizi ospedalieri e altri servizi specialistici). Molti, in ogni caso troppi, casi di bambini con bisogni speciali sono ignoti al PLS. La competizione fra le troppe figure sanitarie, e la moltiplicazione della domanda da parte delle famiglie, ha certamente contribuito a non fare adempiere pienamente il suo ruolo al PLS che, pur dovendo operare istituzionalmente come componente del SSN, non ha trovato quasi mai le condizioni per farlo ed è stato "costretto" negli angusti spazi del suo ambulatorio, senza adeguata comunicazione con le altre strutture dell'area pediatrica e senza la necessaria autorità per farlo. Su questo il dibattito è stato insufficiente sia da parte degli amministratori che da parte dei pediatri. In alcune limita-

te aree del territorio nazionale, per iniziativa degli stessi PLS o dei Dipartimenti materno-infantili o anche, in qualche caso, dei reparti pediatrici ospedalieri, i PLS svolgono più completamente la loro funzione di elemento centrale nel sistema di cure primarie e inseriscono pienamente nel sistema di cure complessivo. Vi sono inoltre anche limitate (stime sindacali la definiscono attorno al 2%) esperienze di attività associate di gruppo, "costruita" da gruppi di pediatri dell'ACP (*Venturelli et al. M. e B. 1998;7*). Benché numerosi studi abbiano consentito di rilevare come il comportamento prescrittivo dei pediatri sia mediamente più corretto rispetto ai medici di medicina generale, permangono rilevanti disparità di comportamento e comportamenti inappropriati (*Quaderni acp 1996;2:8-14*). Solo in alcune zone, per lo più per iniziativa di singoli gruppi di PLS organizzati su base locale, si sono adottate linee-guida condivise per le più comuni prestazioni preventive (vaccinazioni, bilanci di salute) e per la diagnosi e terapia delle condizioni più comuni. Tenendo conto del rapido evolversi del ruolo e dei compiti del pediatra di famiglia a fronte dei cambiamenti in atto sia nei bisogni di salute che nell'organizzazione dei servizi, resta insufficiente il percorso formativo del pediatra di famiglia, soprattutto per quanto riguarda il suo contributo alla raccolta e all'utilizzo di dati di rilievo epidemiologico, la prevenzione e diagnosi dei disturbi comportamentali relazionali e dell'apprendimento, l'educazione sanitaria e il counseling. L'aggiornamento professionale (vedi più avanti al punto 5), in assenza di indicazioni regionali pur richieste dal DPR che recepisce la convenzione pediatrica, è rimasto fino ad oggi affidato alle iniziative "in-servizio" attuate dagli stessi PLS e dal complesso di offerta formativa tradizionalmente svolta in Italia dall'ACP (riviste, congressi e iniziative di formazione dedicate) e in parte dalle associazioni sindacali di categoria, mentre la Società Italiana di Pediatria dedica insufficiente attenzione al tema. Anche l'utilizzazione dei PLS all'interno delle scuole di specialità in funzione didattica rimane limitata a sette scuole. Un numero vicino al 10% del totale dei PLS è stato, in questo ultimo decen-

nio, coinvolto in attività di ricerca epidemiologica e clinica a testimonianza della forte e non pienamente realizzata potenzialità, anche su questo versante, della attività professionale.

La pediatria di comunità e i servizi territoriali per l'infanzia

L'ACP ha sempre ritenuto essenziale la componente di pediatria di comunità, intesa come quel complesso di interventi su base essenzialmente di popolazione che ha nelle comunità (educative e residenziali) e nel distretto il suo terreno e la sua cornice operativa. Con un documento del gennaio 1996 l'ACP ne aveva definito ruolo obiettivi e criteri di valutazione (*M. e B. 1996;1*). Resta tuttavia estremamente disomogenea l'attuazione degli interventi di pediatria di comunità sul territorio nazionale, così come la sua definizione istituzionale, che varia da una ridenominazione dei vecchi servizi di medicina scolastica (giustamente in via di superamento quasi ovunque) alla sua funzione propria di sorveglianza epidemiologica, pianificazione ed effettuazione a livello distrettuale e in collaborazione con la PLS degli interventi preventivi, di coordinamento degli interventi sui casi multiproblematici.

C'è stato molto dibattito negli ultimi dieci anni, con una sostanziale rivalutazione anche in campo internazionale, dell'essenziale funzione di salute pubblica e di comunità che deve dare coerenza agli interventi affidati al medico di base e sollecitare una maggior partecipazione delle comunità agli interventi soprattutto preventivi. L'insufficiente realizzazione delle funzioni della pediatria di comunità deriva in buona parte dal sistema prevalente di finanziamento che non considera, o non lo fa abbastanza, gli interventi preventivi e di sorveglianza epidemiologica come prodotti misurabili.

Per quanto riguarda in generale i servizi sanitari territoriali per l'infanzia l'eccesso di potere concesso ai DG ha determinato una proliferazione di modelli aziendali fra di loro incongruenti che hanno in molti casi compromesso l'efficacia e la qualità dei servizi. Delle regioni che avevano istituito, nei modelli degli anni '80, i Servizi Materno Infantili, il Lazio ha sostanzial-

mente mantenuto il modello inserendolo nel Dipartimento, il Veneto li ha soppressi istituendo però un Responsabile dell'assistenza Materno infantile che risponde direttamente al DG, l'Emilia Romagna ha conservato in poche sedi il SMI adottando modelli diversi e ridimensionandolo quantitativamente (e spesso non irragionevolmente), in altre sedi lo ha soppresso sostituendovi, stavolta molto irragionevolmente, il nulla. Delle Regioni che non avevano il SMI il Piemonte ha istituito il DMI in tutte le AUSL, l'Umbria ha fatto lo stesso nella AUSL di Perugia cioè sostanzialmente nella metà del suo territorio. Le altre Regioni non hanno posseduto prima né possiedono ora una ipotesi programmatica e strutturale per l'assistenza materno-infantile. Ciò deriva dalla convinzione diffusa che il materno-infantile sia ormai una sine cura, perdendo di vista le enormi e crescenti implicazioni della salute perinatale e dei primi anni di vita per la salute nelle epoche successive, nonché le problematiche anch'esse crescenti dell'età adolescenziale.

È evidente la necessità di sottrarre aspetti eticamente e culturalmente rilevanti (la procreazione medicalmente assistita, la diagnostica prenatale, la nascita, ecc.) alla disinformazione e alla speculazione.

L'assistenza all'handicap e la tutela della salute mentale

Agli inizi degli anni '90 è stata adottata la legge 104 (05.02.1992) ed il DPR 24.02.1994 che definisce i compiti delle AUSL in materia di assistenza ai bambini ed agli alunni con handicap.

Le competenze degli operatori dell'AUSL in questo campo possono essere così sintetizzate:

- a) individuazione dell'alunno come portatore di disabilità e difficoltà specifiche,
- b) stesura della diagnosi funzionale,
- c) confronto congiunto AUSL-Scuola sul profilo dinamico-funzionale dell'alunno e sul piano educativo con relative verifiche,
- d) prevenzione, diagnosi e cura della psicopatologia e dei disturbi cognitivi e di sviluppo.

Anche in questo caso vi è stata grande disomogeneità nella traduzione a livello regionale degli interventi. Soprattutto, in alcune regioni, in particolare del Sud, le

funzioni riabilitative sono ancora pressoché totale appannaggio del privato, con scarsi o nulli controlli sulla qualità degli interventi prestati e gravi disagi per le famiglie costrette a ricorrere a servizi costosi o lontani da casa. Per i casi più gravi, permane l'utilizzo di istituzioni segreganti. In generale, nonostante alcune realtà caratterizzate da buon coordinamento e buona qualità dei vari interventi a sostegno dei bambini con disabilità, il complesso dei servizi è ancora molto al di sotto di standard accettabili.

Considerazioni simili valgono per la salute mentale. In particolare resta insufficiente l'offerta pubblica di servizi e competenze rivolte specificamente agli adolescenti, a partire da un primo livello di intervento capace di raccogliere le segnalazioni da parte delle famiglie e di altri operatori e intervenire precocemente. Sono rare e del tutto insufficienti le strutture in grado di gestire adeguatamente le crisi più acute e di offrire soluzioni intermedie protette che siano alternative da una parte al ricovero protratto in servizi per adulti e dall'altra all'abbandono precoce della famiglia a sé stessa.

Gli adolescenti

Il problema dell'offerta di servizi di informazione, prevenzione e cura per adolescenti non è stato sostanzialmente affrontato nella sua interezza (rare e parziali le iniziative locali) in termini di obiettivi da raggiungere, strutture da attivare e professionalità da formare. La Pediatria di LS si ferma a 14 anni (ma è utile ricordare che la tabella XVIII stabilisce in ambito universitario il limite di età di 18 anni per l'età pediatrica) e l'adolescenza viene lasciata ai Medici generalisti che non hanno svolto alcun training; i Consulteri hanno fra i loro clienti pochissimi adolescenti, tanto che alcune regioni hanno tentato l'istituzione di Consulteri giovani che hanno raggiunto un numero discreto di ragazze (in alcune aree dell'Emilia-Romagna fino a raggiungere il 10% della popolazione femminile 14-18 anni), ma sostanzialmente un numero trascurabilissimo di ragazzi. I dati di copertura dei Consulteri familiari secondo la Relazione ministeriale 1997 indicano che, utilizzando un indice riferito a 10.000 donne in età

feconda, troviamo una media di 2.51 consultori, ma valori sotto l'1.5, ritenuto il minimo accettabile in Molise, Calabria, Sicilia, Puglia. La scuola ha avuto qualche anno fa, con il Progetto giovani, il progetto 2.000 ed i CIC, un periodo di attivismo supportato da finanziamenti ministeriali attualmente sostituiti con progetti finanziati all'interno dell'autonomia amministrativa degli istituti.

Ma si è di fatto assistito alla progressiva perdita di entusiasmo degli insegnanti referenti, anche per l'insufficiente appoggio ricevuto da parte dei servizi. In sostanza, si tratta di un'area ancora orfana di attenzioni appropriate, attenzioni che in ogni caso non potranno essere prevalentemente mediche né tantomeno medico-specialistiche come da troppe parti ancora si tende a fare: non è certo con un ambulatorio endocrinologico che si risolvono i problemi dell'adolescente! In generale, anche nelle esperienze migliori, non è stato risolto il problema delle barriere all'accesso che attualmente rendono assolutamente limitato il contatto con i servizi soprattutto per i ragazzi in situazioni di rischio e disagio, ed in particolare per i giovani maschi.

Formazione e ricerca nell'area delle cure primarie

Due specifici aspetti critici che riguardano l'area delle cure primarie sono costituiti dai ritardi nella formazione e nelle attività di ricerca.

Il nuovo curriculum previsto per le scuole di specialità in pediatria pur rappresentando un passo avanti rispetto al passato, non affronta sufficientemente il problema di formare un pediatra generalista che nell'80% dei casi svolgerà la sua opera nell'ambito delle cure primarie e quindi dovrà possedere strumenti e conoscenze attualmente solo in parte rappresentate nel curriculum di studi. Resta attualmente compito della formazione *in servizio* il compito di colmare queste lacune, ma è evidente che tali iniziative per il loro carattere non universale e in parte volontario, non soddisfano le esigenze.

Le modalità e i criteri di reclutamento dei docenti universitari non hanno fino ad oggi tenuto conto delle competenze necessarie nei campi della pediatria terri-

toriale e di comunità ed è quindi difficile immaginare un futuro diverso per gli itinerari di formazione se non si affronterà adeguatamente questo problema.

La ricerca epidemiologica e sui servizi nell'area delle cure primarie del bambino e dell'adolescente - problema d'altro canto comune a tutta la sanità italiana - è tuttora area negletta, oggetto di interesse da parte di un numero molto limitato di gruppi. Ricerca orientata alla definizione epidemiologica dei fenomeni inerenti alla condizione di salute del bambino, alla valutazione della qualità delle cure o alla sperimentazione di modelli assistenziali è svolta in modo apprezzabile in Italia da un numero limitato di soggetti: gruppi di pediatri di famiglia per lo più in ambito ACP, alcune AUSL (Bergamo, Cesena) spesso in collaborazione con i gruppi locali ACP, una sede universitaria (Padova), un Istituto Scientifico (il Burlo Garofolo), il Laboratorio per la salute materno-infantile dell'IRFMN Mario Negri. Formare operatori competenti ed anche capacità didattiche nell'area delle cure primarie è difficile senza che si sviluppi un sistema di ricerca più diffuso e consistente. Va detto che l'area delle cure primarie riceve molta più attenzione - sia da parte delle Autorità Sanitarie che da parte delle Società professionali e scientifiche, anche e specificamente pediatriche - nella maggior parte degli altri paesi europei, e non solo nei paesi nordici, rispetto a quanto accade in Italia.

2.2 L'area delle cure secondarie e terziarie: l'ospedale

Nonostante negli ultimi dieci anni i Posti Letto (PL) di pediatria abbiano subito una contrazione del 30%, sia per riduzione della capacità delle UO esistenti che per soppressione di alcune UO, l'attività ospedaliera, che dovrebbe rivolgersi al trattamento delle urgenze e delle malattie gravi, ha continuato a dilatarsi per la cura di forme morbose sempre più lievi fino ad assumere funzioni che sono tipiche dell'area delle cure primarie.

Dai primi studi della Ernst & Young (*Il Sole 24 ore: 18.5.1998*) risulta che la patologia pesante nei case-mix ospedalieri rimane componente troppo bassa rispetto

all'atteso. Contemporaneamente vi è stato un riassetto interno: è aumentato, negli ultimi 15 anni, il numero delle UO che ricoverano più di 1.000 bambini per anno (dal 25 al 35% del totale), presumibilmente per accorpamento di UO soppresse. Esiste però, ancora oggi, un numero eccessivo (31%) di UO che ricoverano meno di 500 bambini per anno.

Consensualmente all'aumento del numero complessivo dei ricoveri (+17% e + 7.000 MLD, in due anni dal 1996 al 1997), nella *Relazione generale sulla situazione economica del paese del 1997* il numero dei bambini ricoverati è in continuo aumento e ciò nonostante la tendenza già descritta alla diminuzione dell'incidenza e soprattutto della severità delle forme acute infettive che costituiscono tuttora la gran parte dei ricoveri pediatrici. Il tasso di ospedalizzazione 0-14 anni è salito a 126/1.000 nel 1994 (circa 30 ricoveri/1.000 in più rispetto alla Gran Bretagna). Dati parziali indicano un aumento ulteriore del tasso dopo l'entrata in vigore del sistema di compensazione tariffaria (*Quaderni acp 1998;1:21*). Dal 1995 al 1996 sono infatti aumentati del 23% i ricoveri totali. Sono aumentati dal 59 al 64% del totale i ricoveri di più di 1 giorno, mentre sono diminuiti dal 23 al 16% quelli di meno di 1 giorno. È ovvio che ciò non ha coinciso con una modificazione della patologia pediatrica, ma è da riferirsi ad un comportamento opportunistico delle UO degli ospedali laddove non si sono fissati tetti ed effettuati controlli sui ricoveri inappropriati.

Per quanto riguarda la durata della degenza (DM), essa, valutata alla metà degli anni '90, tende a scendere. Nello studio ACP di Parizzi et al., già in epoca di DRG, la DM valutata in UO di medie dimensioni (*Quaderni acp 1996;1:41*) è stata di 3.6 gg con variazioni minime da 1.8 gg a massime di 6.2 gg, sensibilmente al di sotto del valore indicato nel precedente documento ACP del 1988 di 7.5 gg. Come già menzionato nella sezione sulla PLS, ha raggiunto livelli "incredibili" (fino a 600 accessi l'anno/1.000 bambini residenti) l'accesso ai Pronto Soccorso per problemi risolvibili nell'area delle cure primarie. Ciò è stato interpretato da più parti come una conseguenza della ten-

denza dei Pediatri di LS a fare scivolare verso l'ospedale impegni istituzionalmente loro. In verità ci sono dati che indicano che se questi bambini si rivolgero ai loro pediatri invece che al PS il loro lavoro aumenterebbe di poco: da 0.5 a 1 visita in più al giorno per pediatra (*in corso di pubblicazione su Quaderni acp*).

Oltre che ad incentivare irragionevolmente il ricorso all'ospedale e a consumare risorse, la frammentazione delle UO di pediatria e dei punti nascita rende ardua la costruzione di servizi che rispondano a criteri minimi di qualità, quali la presenza di un pediatra 24 ore su 24, una sovrapposizione tra turni di guardia che consenta la condivisione di linee guida e la discussione dei casi, per non parlare dell'ovvio problema rappresentato dalla scarsa casistica afferente ad ogni UO di pediatria che impedisce di fatto un costante aggiornamento e mantenimento dei livelli qualitativi.

Una recente ricerca svolta dall'ACP (presentata in un convegno tenuto all'Istituto Superiore di Sanità nel giugno 1998) su oltre 100 reparti di pediatria ospedalieri sulla qualità delle cure per quattro patologie comuni (la broncopneumonia, le infezioni delle vie urinarie, i dolori addominali e l'asma) ha dimostrato: pratiche diagnostiche e terapeutiche molto difformi tra loro e in molti casi non in linea con le evidenze scientifiche correnti; frequente inappropriata dei ricoveri; scarsa attitudine alla comunicazione e collaborazione con i pediatri di libera scelta. Oltre tutto, e comprensibilmente, i pediatri dei piccoli ospedali vivono una condizione professionale non soddisfacente.

Persiste inoltre, sia pure ridotto rispetto alla realtà documentata da una specifica ricerca dell'ACP agli inizi degli anni ottanta, il fenomeno della migrazione dei pazienti pediatrici dalle regioni del Sud verso ospedali del Nord, con costi economici e umani inaccettabili. Le responsabilità di questa situazione sono molteplici: della programmazione regionale e nazionale innanzitutto, dell'università che non ha saputo creare centri di eccellenza al Sud, della cultura medica e della cultura generale ancora permeate dal concetto che "lontano è meglio". Preoccupa che vengano indicate da alcune parti soluzioni

improprie, come la creazione di un grande e costoso centro polispecialistico ex novo in Calabria, che è la regione più colpita dal fenomeno migrazione, piuttosto che fare una attenta valutazione dei bisogni di cure di terzo livello e provvedere di conseguenza rafforzando o creando servizi specifici presso i grandi centri ospedalieri già esistenti. Non vi sono dubbi che l'eccesso di offerta ospedaliera di secondo livello (ospedali di rete) se ha penalizzato soprattutto i servizi territoriali, ha sottratto risorse, soprattutto in alcune regioni, anche ad una migliore strutturazione dei servizi di terzo livello. Che senso ha disporre di ampi spazi per il ricovero di bambini affetti da patologie banali (vedi broncopolmoniti) quando spazi e personale per quei pochi affetti da patologie croniche e complesse, e quindi sovente con tempi di degenza maggiori, sono carenti?

2.3 Il punto critico:

la frammentazione delle cure

Il primo e principale punto che emerge da quanto sinteticamente esposto è la persistente frammentazione dei servizi sanitari per l'infanzia e l'età evolutiva a cominciare da quelli strettamente pediatrici e cioè i servizi ospedalieri, la pediatria di famiglia e quella territoriale. Di questa frammentazione si è già detto sopra discutendo la situazione della pediatria di famiglia. Manca a livello locale, regionale come aziendale, un'entità che rappresenti adeguatamente il complesso dei bisogni di salute e su questa base sappia orientare l'utilizzo delle risorse, sia secondo considerazioni di priorità, sia secondo considerazioni di uso efficace delle risorse esistenti. Tale tematica si pone in molti paesi industrializzati, indipendentemente dai sistemi adottati per quanto riguarda l'organizzazione delle cure pediatriche. Paradossalmente, l'istituzione della pediatria di famiglia, se ha consentito delle prestazioni di medicina generale più appropriate e competenti a livello di cure primarie, non ha favorito la maturazione di una classe di operatori in grado di avere una visione unitaria dei bisogni di salute e dei servizi sanitari per l'infanzia. Il tramontare di fatto del tradizionale ruolo preminente svolto dal reparto pediatrico e dal

suo primario, ruolo peraltro improntato (con rare eccezioni dovute alla lungimiranza ed apertura culturale dei singoli apicali) ad una visione essenzialmente clinico-curativa e molto settoriale, ha posto già da tempo l'esigenza di un ruolo di direzione complessiva dei servizi. Ciò è tanto più necessario se si ritiene che il SSN debba almeno in parte lavorare per obiettivi e quindi sia necessaria l'individuazione di soggetti istituzionalmente responsabili per la loro definizione e perseguimento *nell'insieme* dei servizi per l'infanzia e l'età evolutiva. Sono infatti venute a cadere le possibilità di valutare i risultati dell'attività (efficacia) delle singole componenti dell'area pediatrica. Per le UO ospedaliere rimangono possibili solo misure di efficienza: quelle classiche (numero dei ricoveri, degenza media, occupazione media dei PL) aggiunte a quelle più raffinate rese oggi possibili dai DRG: indice di Case-Mix, Indice Comparativo di Performance. Neppure le patologie neonatali possono essere ragionevolmente valutate, al contrario di quanto comunemente si dice, con le misure di mortalità ed il "gettito" di handicap perché in questi destini influisce in maniera significativa il controllo della gravidanza ed il parto. Per quanto riguarda le strutture territoriali i tassi di vaccinazione ed il numero di malattie infettive che continuano a verificarsi, non sono "attribuibili" né solo ai Pediatri di comunità, né solo ai Pediatri di LS, in quanto su di essi ha grande influenza anche l'atteggiamento delle UO ospedaliere di pediatria e di neonatologia, come testimoniato in altri paesi. Anche altre misure di efficienza risultano sempre da attività integrate: si pensi all'assistenza ai bambini con malattie croniche o con handicap ed alle interrelazioni assistenziali che su di loro si verificano da parte delle varie componenti; si pensi al tasso di allattamento al seno ed alla sua durata. D'altra parte nessuno degli obiettivi contenuti nel "Piano d'azione del governo per l'infanzia", varato nell'aprile del 1997, e più esattamente nel capitolo *Interventi per superare situazioni di difficoltà*, può avere la benché minima probabilità di realizzazione senza una struttura assistenziale integrata di tipo dipartimentale che renda i percorsi assi-

stenziali chiari, comprensibili e quindi utilizzabili per le famiglie. L'attuale persistente separazione fra pediatri di LS, di comunità, dei consultori ed ospedalieri è fra le maggiori cause di confusione assistenziale per le famiglie. A tali esigenze, considerando anche la stretta connessione esistente tra cure ostetriche e cure pediatriche, si era ritenuto di rispondere nel precedente PSN con l'istituzione del Dipartimento Materno Infantile, rimasto peraltro largamente inattuato. Vi è infine la considerazione che una parte consistente, e con ogni evidenza sempre più rilevante, dei problemi di salute del bambino, dall'epoca prenatale fino all'adolescenza, può trovare adeguate risposte solo con il coinvolgimento di settori della società diversi da quello sanitario. In particolare è evidente che per le politiche economiche e sociali, la scuola e più in generale i mezzi di comunicazione, la legislazione sulla tutela dei diritti del bambino, i servizi sociali, l'ambiente ecc. è ormai indispensabile un interlocutore istituzionale unitario da parte delle Aziende Sanitarie per concertare strategie comuni con gli altri Enti e Agenzie nell'ambito della salute dell'infanzia e dell'età evolutiva.

3. L'EVOLUZIONE DEL SSN

3.1 Il piano sanitario decorso e il processo di aziendalizzazione

Il 12.01.1994 era emanato l'atto di intesa Stato-Regioni per la definizione del PSN 1994-96.

Conteneva un Progetto Obiettivo per la tutela della salute materno-infantile. Il testo era molto generico e lo definimmo insoddisfacente; oggi ci accorgiamo che se fosse stato attuato, anche solo in parte, avrebbe rappresentato un grosso passo avanti. Esso infatti prevedeva:

- l'individuazione di un'area per l'assistenza pediatrica sia ospedaliera che extraospedaliera,
- l'istituzione del DMI per l'integrazione degli atti sanitari e sociali e il coordinamento delle sue componenti,
- il riconoscimento "de nomine" della Pediatria di Comunità (che passa, per fortuna, ma sempre de nomine, nel PSN 1998-2000).

Sul piano nazionale questi tre obiettivi sono rimasti sostanzialmente inattuati, anche se in singole regioni e realtà aziendali passi importanti in queste tre direzioni sono stati fatti, in molti casi anche grazie al contributo dell'Associazione Culturale Pediatri. Sta di fatto che ciò che è realmente avvenuto nel triennio appena trascorso - per la salute del bambino come per tutta la sanità italiana - è stato determinato non certo da quanto era stato scritto nel piano sanitario, ma dalle trasformazioni indotte dal processo di aziendalizzazione determinato dalle leggi n. 502, 517 e dalle successive leggi "finanziarie".

A tale processo di aziendalizzazione, che è stato e continuerà ad essere determinante con ogni probabilità anche nel triennio di applicazione del PSN 1998-2000 per la qualità e l'organizzazione ultima dei servizi, conviene dedicare una più specifica analisi. Il modello di SSN che si è andato realizzando è caratterizzato, secondo le impostazioni ufficiali, da una regionalizzazione nel governo del sistema; in verità il suo livello di decentramento è tale da essere caratterizzato piuttosto da una aziendalizzazione istituzionale per una sostanziale delega delle Regioni ai Direttori Generali, anche sul piano della organizzazione dei servizi senza alcun controllo reale delle comunità locali (quasi ovunque, infatti, la conferenza dei sindaci è risultata assente) e per molte parti del paese senza un controllo regionale sulla strutturazione dei servizi e la qualità delle cure erogate una volta attribuiti i fondi alle Aziende. In sostanza il modello è caratterizzato da una eclissi della programmazione regionale e dal dominio delle Direzioni generali. La seconda caratteristica del modello è la separazione fra produttori di prestazioni (le Aziende Ospedaliere, i privati e le AUSL stesse per i servizi non ospedalieri) ed acquirenti (le AUSL) di prestazioni. Il modello è stato portato alle estreme conseguenze solo in Lombardia (vedi più avanti). Per le altre regioni nelle AUSL sedi di Presidi Ospedalieri (PO) è rimasto fortunatamente "l'equivoco" di essere contemporaneamente produttori e acquirenti di prestazioni evitando di innescare in ogni dove la guerra delle tariffe con le conseguenze che facilmente potevano essere previste.

A questo proposito l'autonomia economica e finanziaria dei Presidi Ospedalieri (PO) delle AUSL, con il relativo obbligo di pareggio, è al tempo stesso una finzione sul piano tariffario, ma una buona soluzione per mettere i responsabili di PO di fronte a precise responsabilità gestionali. Se si pensa che i criteri per lo scorporo degli ospedali dalle AUSL provenivano dalla, spesso dimenticata, ipotesi Sirchia-Veronesi che tendeva a fare affluire maggiori finanziamenti ai Policlinici molto grossi ed erano stati successivamente dettati dal DM del 1991 che prescriveva che dovevano essere scorporati *esclusivamente* gli ospedali con almeno tre Divisioni o Servizi di alta specializzazione, si ha netto il senso di come, insensibilmente e nel quotidiano, le cose in Sanità riescano a modificarsi senza che quasi nessuno se ne accorga.

La terza caratteristica è l'accreditamento; i servizi per essere accreditati, cioè per lavorare con il SSN, devono possedere strutture adeguate ed un programma interno di verifica e promozione periodica della qualità per ognuna delle operazioni attuate all'interno della struttura; anche questa è rimasta finora una finzione in quanto l'accreditamento è stato concesso a tutte le strutture convenzionate.

Quanto ai sistemi di pagamento nel modello ne coesistono due:

1. Dallo Stato alla Regione mediante la quota capitaria corretta per le caratteristiche demo-socio-sanitarie (legge 662 del 23.12.1996) e dalla Regione alle AUSL mediante la quota capitaria pesata che dovrebbe maggiormente garantire sia il controllo della spesa che l'equità; a integrazione del finanziamento le Regioni (sempre *legge 662*), relativamente ad obiettivi prioritari inseriti nel PSN e di rilievo nazionale, possono elaborare progetti di intervento da finanziare attraverso le quote vincolate del Fondo sanitario.

2. Dalla AUSL alle AO ed ai privati mediante il sistema di pagamento a prestazione che dovrebbe garantire un sistema di incentivi per determinare l'efficienza tecnica delle prestazioni monitorata dalle Regioni (competizione amministrata). I decreti 15.04.1994, 14.12.1994, 29.06.1995 hanno fissato le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera e le

relative linee-guida per la loro attuazione. Sempre sul piano dei sistemi di pagamento alcune indicazioni del DL 502/92 suggeriscono di legare una componente della remunerazione del medico di base al rispetto dei tetti di spesa programmati rinviando alla convenzione il compito di precisare il principio. In alcune regioni vi sono al proposito caute sperimentazioni, destinate forse a cadere dopo l'abbandono del sistema a budget per i general practitioner da parte del NHS inglese.

Sulla competizione pubblico privato e sullo scorporo degli ospedali ci sono (ancora?) due scuole di pensiero: la prima (Lombardia) sostiene la *separazione assoluta* fra compratori e produttori di prestazioni, il libero mercato e la messa in rete di tutto il privato. La seconda (con diversi accenti tutte le altre regioni) parte dal presupposto che la creazione di mercati sanitari non amministrati pone a rischio la programmazione sanitaria e la possibilità di controllo della spesa in assenza di un sistema di controlli che riduca gli effetti perversi della concorrenza. Del resto la competizione non può essere senza fine perché in sanità non è valido l'assioma liberista "chi più vende più guadagna" perché le spese per le prestazioni sono limitate dallo stanziamento del FSN e perché l'incremento della produzione porterebbe al disavanzo del sistema.

Il pensiero che è alla base della filosofia di questo documento è che *non si può rinunciare alla programmazione sia in sede nazionale che regionale* (a questa rinuncia si è di fatto arrivati nella gran parte delle Regioni) anche se è chiaro che ciò non significa volere definire dal centro, come si faceva un tempo ed inutilmente, i posti letto, il personale i tempi di assistenza ecc., ma per lo meno le metodologie del controllo e della soddisfazione della domanda e dei bisogni assistenziali, le metodologie della verifica dell'appropriatezza e della qualità, la difesa dell'equità. E, in ogni caso, non si può rinunciare ad un severo controllo della situazione sanitaria e qualitativa nelle Aziende. Non si può, poi, tacere come da questa innovazione aziendalistica del sistema sanitario si è arrivati ad una retorica del managerialismo, e ad un uso parossistico e distorto del termine cliente

(senza pensare che il cliente vero può documentarsi e scegliere se utilizzare il servizio, cioè se essere cliente, mentre il malato non può scegliere se essere malato o meno). I clienti inoltre devono possedere una loro conoscenza del mercato, i malati quasi mai lo conoscono direttamente e quando perdono la salute “si mettono nelle mani di qualcuno”. La stessa funzione dei medici è tuttora senza adeguata preparazione in merito. Altra invasione culturale che si spera stia per finire dopo la crisi dei modelli industrialistici è quella della proposta di modelli di qualità totale derivati passivamente dall'industria (il cosiddetto “modello Toyota” che ha imperversato nelle “conferenze sulla qualità” delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, le norme UNI ISO ecc). Queste impostazioni industrialistiche, mai state di moda in altri paesi europei con servizi sanitari nazionali, hanno fatto passare in secondo piano, o non hanno fatto crescere o neppure implementare, le pratiche a lungo maturate della qualità in medicina che sono la revisione fra pari, le conferenze clinico patologiche, il case report, il Journal club e così via. Le direzioni sanitarie, allineatesi in gran parte su modelli bocconiani, hanno cominciato ad usare un linguaggio criptico, burocratico pseudo-manageriale, ponendo l'enfasi su una concezione costrittiva, invece che collaborativa, del Budget, che ha reso ancora più lontani i dirigenti dai clinici. Recenti ricerche su opinioni del personale medico, condotte in USA ed in Europa, rivelano il parere che il Budget venga utilizzato più per una divisione politica delle risorse che come reale strumento di pianificazione per la quale mancano in gran parte informazioni per la criticità dei sistemi informativi, per la mancanza di sistemi di controllo che accertino realmente il raggiungimento degli obiettivi. Tutto questo ha contribuito a creare, non solo in Italia, il malessere che si è palpato negli ultimi anni.

3.2 Il piano sanitario 1998-2000 e il piano del Governo per l'infanzia e l'adolescenza

L'esperienza fatta negli ultimi anni, l'evoluzione del pensiero in tema di sistemi

sanitari nazionali, l'emergere di competenze reali di sanità pubblica un tempo pressochè assenti nei livelli decisionali nazionali, nonché l'esigenza di adeguamento al sistema Europa, hanno contribuito a definire con il piano sanitario 1998-2000 un quadro di contesto concettuale sicuramente molto più avanzato che in passato.

Scelte quali la programmazione per grandi obiettivi e la definizione per essi di risorse vincolate, la revisione almeno parziale del sistema attuale di finanziamento, l'accento posto sulla integrazione socio-sanitaria, la sottolineatura dell'importanza di un sistema informativo adeguato sono pienamente condivisibili.

Si tratta di verificare quali siano le condizioni che fanno sì che poi a livello della realizzazione a livello regionale e locale, questi concetti divengano effettivamente operativi. L'esperienza infatti insegna che nel nostro paese la elaborazione di provvedimenti legislativi e di piani anche avanzati è possibile. Ciò che manca è la capacità o possibilità di renderli operativi nel quadro organizzativo burocratico e culturale esistente. Aspetti critici sembrano essere:

- La capacità delle Regioni di dotarsi di strumenti tecnici di analisi epidemiologica, programmazione e controllo, in grado di rendere il sistema capace di progredire e non solo di controllare la spesa. Allo stato solo alcune Regioni hanno provveduto a dotarsi di tali strumenti. Il reclutamento e la formazione di una classe di tecnici di sanità pubblica capaci di dirigere il SSN nelle sue articolazioni aziendali (DG) e subaziendali (direttori distrettuali e di area, responsabili di dipartimenti ecc). Manca tuttora una scuola nazionale capace di formare un numero adeguato di questi tecnici. Per quanto riguarda lo specifico settore dell'infanzia e dell'età evolutiva il PSN individua alcune priorità condivisibili (vedi più ampiamente al cap. 4) rinviando tuttavia la loro articolazione in azioni e obiettivi previsti ad un progetto-obiettivo materno-infantile, cui tra l'altro questo documento si propone esplicitamente di dare un contributo. Nell'aprile 1997 il Governo ha presentato un proprio piano pluriennale di intenti nel campo della condizione complessiva dell'infan-

zia e dell'adolescenza. Anche in questo caso si tratta di indicazioni largamente condivisibili tra le quali è il caso di ricordare: la concezione unitaria dei servizi territoriali per l'infanzia e l'adolescenza, inclusi i servizi di riabilitazione e di neuropsichiatria e psicologia; la forte sottolineatura della necessità di una stretta integrazione tra servizi sociali e sanitari; la necessità di progetti e azioni multisettoriali per la promozione della condizione infantile e dei giovani, che vedano protagoniste le Aziende sanitarie accanto agli Enti Locali, alla scuola e all'associazionismo. A tale documento l'ACP ha dato un proprio ampio contributo (*Quaderni acp 1997;3:18 - 1997;4:24 - 1998;2:24*) cui rinviamo.

PARTE II: LE PROPOSTE

1. UN APPROCCIO UNITARIO: LA CENTRALITÀ DEL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Come è stato sottolineato nella parte introduttiva, l'aspetto più critico dei servizi sanitari per l'infanzia è rappresentato dalla frammentazione e dalla mancanza di un effettivo coordinamento delle risorse esistenti. Lo strumento principale da tempo individuato, non solo dall'ACP che si è impegnata più di ogni altro su questo punto specifico, per promuovere un'integrazione effettiva dei servizi esistenti resta il Dipartimento materno infantile (DMI, usiamo questa dizione poiché resta quella diffusa e ufficiale; più corretta sarebbe la dizione “Dipartimento per la salute della donna, del bambino e dell'adolescente”).

1.1. Il dibattito sulla tipologia del Dipartimento

Il Dipartimento (D) nella legislazione italiana viene da lontano e non è mai stato realizzato. Era presente nel DPR 128/69, nella legge 148/1975 che identificava le Regioni come promotrici dei D, nella legge 595/85 che dettava norme di programmazione (fra l'altro i 6.5 PL/1000 abitanti) nella legge 412/91 che istituisce i DH, introduce il concetto di UO e sancì

sce la sostituzione con questa delle Divisioni. Nel DM del 1991 che prevedeva lo scorporo degli ospedali con alte specializzazioni lo scorporo stesso era subordinato al possesso di almeno tre strutture di alta specialità e veniva introdotto l'accorpamento dipartimentale di tutti i servizi che compongono dette strutture. L'ultimo indirizzo è dato dai DL 502/92 e 517/93 che contengono i provvedimenti per l'aziendalizzazione e secondo i quali a datare dal 1° gennaio 1997 dovrebbe essere decaduta la normativa organizzativa per Divisioni sancita nei DM di riforma ospedaliera del 1968/69. Cosa che non è accaduta se non in un numero ristrettissimo di sedi. Il dibattito attuale sul D (ci si riferisce naturalmente al dipartimento in funzione assistenziale, non al dipartimento universitario) ha enucleato alcune possibilità organizzative circa la sua composizione:

1. D basato sull'intensità delle cure (intensità massima nelle terapie intensive, minima nelle riabilitazioni) o sulla tipologia delle cure (D di medicina generale e specialistica, di chirurgia generale o specialistica).

2. D basato sul settore nosologico o sulla patologia d'organo (generalista, cardiovascolare, oncologico, traumatologico).

3. D basato sulla funzione diagnostica (laboratori, immagini).

4. D basato sulle fasce d'età e quindi interessanti aree ospedaliere e territoriali (bambini, donne in età fertile, anziani).

Le prime tre strutture sono esclusivamente intra-ospedaliere o come si dice verticali, in quanto interessano esclusivamente l'uso di strutture collocate in una sede unica

La quarta struttura è per definizione intra-extra-ospedaliere o come si dice orizzontale perché percorre una strada dall'Ospedale al distretto ed è diretta all'ottimizzazione di politiche assistenziali destinate a specifiche categorie di assistiti (donne, bambini, anziani, malati di tumore, persone da riabilitare) utilizzando risorse dal budget attribuito alle strutture componenti il Dipartimento.

Per questo tipo di D la risorsa-guida è determinabile nell'utilizzo integrato del personale delle strutture componenti il Dipartimento per ottenere il massimo di efficacia al minimo costo e con la massi-

ma possibile efficienza. Ciò può essere ottenuto con l'individuazione di obiettivi di salute e di attività assistenziali comuni o comunicanti. Il processo si basa sull'adozione di linee guida confluenti in progetti e viene misurata sull'efficacia complessiva del Dipartimento.

Poiché in sostanza si tratta di un raggruppamento di funzioni tendenti allo stesso scopo ed ai medesimi risultati questo tipo di Dipartimento è chiamato anche funzionale.

L'assegnazione delle risorse è conseguenza di questa visione del D. Ai primi tre tipi di D dev'essere assegnato un budget complessivo che è la base del funzionamento e la razionalizzazione dell'uso delle risorse rimane l'obiettivo principale. Al quarto tipo, fermi restando i budget attribuiti alle singole strutture, possono essere attribuiti anche budget per progetti di cui dev'essere misurata l'efficacia, e che rappresentano i beni ed i servizi necessari al funzionamento del D, in quanto esso vive proprio per queste funzioni.

I Dipartimenti funzionali

ed il Dipartimento materno-infantile

Ci pare che il Dipartimento Materno Infantile appartenga tipicamente alla categoria dei Dipartimenti funzionali sia per quanto riguarda le interrelazioni fra le varie branche di attività che dal punto di vista della possibile valutazione.

Per tutti i settori di attività del DMI il solo modo di funzionamento ragionevole, efficiente ed efficace, e pertanto vicino all'interesse degli assistiti, è quello per linee guida concordate e consensuali, con il controllo della loro reale applicazione e la messa in atto di correzioni. Linee-guida consensuali comportano l'ovvia necessità che l'aggiornamento professionale per tutte le componenti del Dipartimento sia comune, consensuale e concordato.

Da un punto di vista della composizione e della sua strutturazione il DMI, pur con modelli diversi da regione a regione, può essere composto, nelle AUSL che comprendono presidi ospedalieri con UO di area pediatrica,

a) Da una componente ospedaliera rappresentata dalle UO di Pediatria e neonatologia, di Ostetricia-Ginecologia e di

NPI ove esistente.

b) Da eventuali moduli funzionali addetti all'attività diagnostica terapeutica per patologie a bassa incidenza come psicosi, cecità, sordità, S. di Down.

c) Da eventuali strutture intermedie diurne per i disturbi psicopatologici gravi dirette da un dirigente di 1° o 2° livello.

d) Da una componente distrettuale, presente in ogni distretto, che è l'estrema periferizzazione dell'area pediatrica di cui parla il PSN 1994-96 e che è composta dal Modulo (o Unità) distrettuale Materno Infantile (Consultorio familiare, Pediatria di LS, Pediatria di comunità, Neuropsichiatria e Riabilitazione, Psicologia clinica). Tutte le componenti partecipano alla Direzione del Dipartimento che è coordinata da un responsabile che può appartenere, a nostro parere, a qualsiasi professionalità ed a qualsiasi contratto o convenzione di lavoro, e che è nominato dal direttore generale sentita la direzione del Dipartimento. Questa visione assicura il miglior utilizzo delle competenze reali al di là delle gerarchie e soprattutto evita la riproduzione automatica di filosofie ospedalocentriche, cosa inevitabile se si stabilisce che a capo del dipartimento ci può essere solo un apicale o addirittura un apicale ospedaliero.

Affinché le strutture dipartimentali riescano a rendere una migliore assistenza deve essere affrontata la definizione dei livelli di responsabilità e di autonomia relativamente a tre aspetti fondamentali:

- definizione dei livelli decisionali (aziendali, sovradistrettuali, distrettuali),
- definizione delle competenze e delle autonomie delle UO che lo compongono,
- definizione dei rapporti fra direzione del D e responsabili delle UO.

La mancata soluzione di questi problemi può rendere disfunzionali le strutture ed inadatte a fornire la migliore assistenza.

1.2 Altri strumenti di integrazione

Qualora il DMI, come è esperienza di questi anni, sia difficile da realizzare per la difficoltà a trovare un accordo tra i responsabili delle UO o tra le aziende, in particolare nel caso dei DMI interaziendali, è indispensabile comunque avviare processi di integrazione tra i servizi per lo

meno per aree (salute della donna, salute del bambino) e per progetti su obiettivi prioritari, affidandoli a un responsabile a livello aziendale o territoriale (nel caso della separazione tra azienda ospedaliera e territoriale) che per lo meno formi dei gruppi di lavoro, definisca le linee operative, dialoghi con i responsabili delle UO ospedaliere e dei distretti.

Nel campo della salute del bambino e dell'adolescente, dovrebbe dunque comunque esistere per ogni azienda con rappresentazione sul territorio un responsabile-coordinatore dell'insieme dei servizi dedicati, da identificare tra gli operatori dei servizi (non necessariamente tra i pediatri, purchè abbia sufficiente esperienza nei servizi e una buona visione di sanità pubblica). La scelta di un primario ospedaliero è tutt'altro che obbligata. Infatti, il processo di definizione degli obiettivi o meglio di adattamento degli obiettivi definiti regionalmente alla realtà locale dei bisogni e delle risorse richiede competenze specifiche di epidemiologia, salute pubblica e gestione dei servizi attualmente poco rappresentate tra gli apicali di pediatria (ancor meno di ostetricia) a cui queste funzioni vengono a volte affidate. L'affidamento ai distretti di operatività nel campo dei servizi per l'infanzia e l'età evolutiva senza un coordinamento funzionale forte a livello aziendale è una scelta che porta a disomogeneità e diseconomie dal momento che alcune funzioni generali (sistema informativo, pianificazione,) ed alcuni servizi ad hoc (quali ad esempio un gruppo multidisciplinare di riferimento per l'abuso o per gli adolescenti) non sono sempre giustificabili - dipende dal bisogno - su base distrettuale. Tra l'altro esiste il problema dell'interazione con la Scuola e gli Enti Locali, cruciale per molte attività soprattutto di tipo preventivo. Anche questa funzione richiede la formulazione di accordi di programma e l'individuazione di azioni concertate a livello di territorio più ampio e quindi un interlocutore unico a livello aziendale.

In sostanza, laddove il DMI non sia stato ancora attuato e come attività preparatoria al lavoro del DMI, è opportuno individuare una funzione di coordinatore dei progetti aziendali per questa fascia di popolazione.

2. LE CURE PRIMARIE

2.1 La pediatria di famiglia

Proprio da un pieno riconoscimento della sua funzione centrale nelle cure al bambino discende la necessità di operare alcuni cambiamenti nell'attuale operatività della pediatria di famiglia (la vogliamo d'ora in poi chiamare così) che la mettano in grado di provvedere effettivamente alla gran parte delle cure primarie del bambino, nonché di entrare a essere parte consapevole e attiva del sistema complessivo di cure al bambino e alla famiglia. Per raggiungere questi obiettivi, e tenendo presente che il ruolo del pediatra di famiglia è stabilito dalla Convenzione e da una gestione intelligente della medesima da parte delle Regioni che finora è mancata, alcune strade sembrano percorribili:

1. L'incentivazione del lavoro in associazione (pediatria di gruppo) sperimentando anche associazioni di pediatri che operano nell'ambito di comuni limitrofi invece che solo nello stesso comune.
2. Una partecipazione, tutta da studiare nell'organizzazione negli incentivi e nella possibilità di adesione, dei pediatri di famiglia alle attività di urgenza (guardie notturne e festive, pronto soccorso degli ospedali) e ordinarie (esami, visite, day hospital) dell'ospedale.
3. Una partecipazione dei pediatri di famiglia al sistema di cure attraverso un legame formale con il distretto al fine di rompere l'isolamento dei pediatri nei loro ambulatori. L'associazione in pratica di gruppo largamente sperimentata in altri paesi ove costituisce la modalità normale di lavoro per pediatri (USA) e GP (UK), darebbe al Pediatra di famiglia diverse opportunità:
 - a) allargare la casistica di suo riferimento e quindi l'esperienza clinica,
 - b) strutturare meglio i collegamenti con il 2° livello per avere un maggior ruolo nella gestione delle cure primarie,
 - c) aumentare le possibilità dell'utilizzo del self help diagnostico,
 - d) utilizzare appieno il personale infermieristico dello studio impiegandolo anche nelle vaccinazioni obbligatorie e facoltative e nell'educazione sanitaria,
 - e) rompere l'isolamento culturale e verificare insieme ad altri i propri comportamenti,

f) allargare la base delle conoscenze epidemiologiche,

g) presentarsi come interlocutore per la formazione dello specializzando di fronte all'università che continua a ritenersi la depositaria del sapere in un settore (l'area delle cure primarie) nel quale ha scarso sapere ed esperienza.

È evidente che in particolare i punti a-e rientrano anzitutto nell'interesse delle famiglie assistite.

Per quanto riguarda, poi, il primo punto e cioè *l'allargamento della casistica* l'associazione è un mezzo per evitare che il massimale delle 880 scelte diventi effettivamente una strozzatura culturale che impedisce di incontrare e di risolvere casi spesso poco al di là dell'ovvio.

Per quanto riguarda il secondo punto, cioè l'istituzione di *collegamenti specialistici*, la strutturazione della attività in attività di gruppo è forse il solo modo:

- per aumentare la dignità professionale del Pediatra di famiglia di fronte alla struttura ospedaliera,

- per trattenere pazienti nell'area delle cure primarie e diminuire gli indici di ospedalizzazione che è uno degli obiettivi dichiarati dal PSN 1998-2000.

Per quanto riguarda *l'educazione e informazione sanitaria* la richiesta di rassicurazione e di informazione che proviene dalle famiglie indica la tendenza ad avere maggiori informazioni anche banali sui comportamenti dei bambini (controllo degli sfinteri, sonno, pianto, vestizione, diete ecc.). Il rimandare queste informazioni ad altre fonti, quali i media, deve tenere conto che dal 20 al 30% degli italiani non legge alcun libro, senza contare che informazioni inappropriate da una parte fan danno e dall'altra aumentano il lavoro dei pediatri.

Se è, comunque, riduttivo ed improprio rimandare tutto questo lavoro al pediatra di famiglia è necessario impostare un lavoro di concerto con gli altri servizi distrettuali.

Per quanto riguarda *le guardie*: esistono già diverse esperienze di consorzi tra PdF per coprire a turno i week-end su un territorio comune. Ciò consente ai pediatri di famiglia di mantenersi liberi anche per tutto il sabato e agli utenti di avere a disposizione un Pediatra anziché la guar-

dia medica o il PS dell'ospedale durante il week-end. È evidente che la soluzione si presta ad essere estesa, eventualmente normata. Se è vero che la pediatria di gruppo, e in parte anche la costituzione di studi medici misti con MMG, può risolvere non pochi dei problemi della pediatria di famiglia e della medicina generale, è evidente che tale soluzione va specificamente incentivata e resa più semplice anche attraverso opportune normative fiscali in sede di convenzione nazionale e di sua attuazione a livello regionale. In caso contrario questa strada maestra rischia di restare un optional molto costoso ad uso dei più motivati (*sull'intero argomento si veda anche Medico e Bambino settembre 1998, editoriale e focus*).

Per quanto riguarda un possibile rapporto organico con l'ospedale: la questione va vista nel quadro più generale della ridefinizione del ruolo delle UO di pediatria degli ospedali di rete (vedi più avanti). In questa direzione esistono esperienze sia di rapporto più organico con il day-hospital sia di partecipazione alle guardie, nella direzione di una certa intercambiabilità dei ruoli che se problematica sul piano amministrativo e organizzativo, può risolvere diversi problemi soprattutto nelle aree servite da piccoli ospedali che non hanno risorse sufficienti per dare continuità di cure.

Altre sperimentazioni, condotte, con buoni risultati, in ambito ACP, di nuovi modelli organizzativi riguardano:

- la formazione, attraverso il "case report" ed il "Journal club", con strumenti telematici fra pediatri operanti in studi singoli;
- una embrionale astanteria annessa a studi associati per l'osservazione per qualche ora del malato con o senza instauramento di terapia e con la possibilità di effettuare esami (prevalentemente in self help, ma anche per convenzione con studi e laboratori, a carattere più complesso).

Altri temi sui quali la pediatria di famiglia sarà impegnata ed ai quali dovrà fare fronte riguardano la più precoce presa in carico del neonato e il controllo della spesa farmaceutica che non può avvenire se non attraverso una rete collaborativa di linee guida consensuali e attraverso la formazione post-laurea affidata ad Istituzioni

o Società che credano fermamente in questa metodologia ed in questi temi formativi. Va affrontato infine il problema della qualità (accreditamento) anche nell'ambito della pediatria di famiglia. Il tema non è stato discusso a fondo, ma si potrebbe ipotizzare, analogamente a quanto si è iniziato a fare per i dirigenti medici, che le convenzioni pediatriche non siano attribuite a vita ma ricertificate periodicamente (per esempio, e sempre per analogia con la durata dei contratti della dirigenza medica, ogni cinque anni).

Metodi e contenuti di tale ricertificazione dovrebbero essere formulati sulla base di proposte degli stessi PLS, presentate tramite le organizzazioni sindacali ed essere ovviamente concertate con il Ministero della Sanità.

2.2 La pediatria di comunità, gli altri servizi territoriali e il Distretto

Rimane valida la concezione ACP della Pediatria di Comunità (PdC) come regista dell'erogazione delle cure primarie, come monitorizzatrice della salute della collettività e depositaria delle informazioni, e come facilitatrice dei percorsi assistenziali di bambini con patologie complesse o situazioni multiproblematiche.

Nel documento del 1996 cui si rimanda (*M. e B. 1996;1:42*) gli obiettivi generali individuati per la PdC sono definiti in:

- realizzazione di condizioni strutturali ed organizzative idonee per l'attività di medicina di comunità,
- programmazione e valutazione dei controlli di salute estesi a tutta la popolazione la cui esecuzione resta affidata ai pediatri di famiglia,
- controllo delle malattie infettive e parassitarie,
- promozione del benessere del bambino con bisogni speciali,
- promozione del benessere psicofisico e sociale dell'adolescente,
- promozione di condizioni ambientali favorevoli allo sviluppo del bambino.

Ogni obiettivo generale contiene obiettivi specifici.

Per il 1°:

- a) indicare le attività di pediatria di comunità,
- b) conoscere le caratteristiche del territo-

rio in cui si opera,

c) migliorare la qualità degli interventi e favorire l'integrazione fra operatori e fra servizi.

Per il 2°:

a) ridurre l'incidenza e migliorare la prognosi di patologie per le quali vi sono interventi efficaci di prevenzione,

b) garantire l'effettuazione e il coordinamento degli interventi di sorveglianza, educazione e promozione sanitaria.

Per il 3°:

a) ridurre l'incidenza di malattie infettive con le vaccinazioni,

b) controllarne la diffusione,

c) monitorare la diffusione della tbc.

Per il 4°:

a) conoscere l'entità del problema,

b) seguire modelli operativi differenziati per i bambini con bisogni speciali favorendo il coordinamento degli attori,

c) promuovere l'integrazione degli interventi, migliorarne la qualità e l'efficacia.

Per il 5°:

a) sorvegliare i problemi sociosanitari degli adolescenti e promuovere interventi di prevenzione con strumenti adeguati alle loro esigenze,

b) mettere i servizi (pediatra, medico di base, consultori) in grado di accogliere adeguatamente questa utenza e offrire risposte adeguate ai problemi principali.

Per il 6°:

a) assicurare ambienti domestici e comunitari idonei (abitativi, igienici, di sicurezza),

b) influire sugli enti locali per ottenere interventi per un ambiente sano e sicuro.

2.2.1 Le funzioni del distretto

Il luogo di espressione di queste funzioni è con ogni evidenza il distretto, mentre resta l'azienda per la programmazione e la valutazione. Il dibattito sul distretto (D) è peraltro tuttora in corso.

Quello che è certamente cambiato è che la sua attuale dimensione minima (40.000) ha fatto saltare l'ipotesi Seppilli della cosiddetta "area sanitaria elementare" sostituendo la possibilità, in verità mai attuata, della domanda di salute diretta alle tecnocratie aziendali con quella delegata alle istituzioni democratiche (Sindaco), finora altrettanto mai attuata. Nella con-

cezione oggi prevalente il distretto sembra essere la “sede dei primi livelli” della medicina di comunità ed individuale, rappresentata quest’ultima dal comparto convenzionato, e delle interrelazioni con i servizi sociali e con le varie espressioni della comunità (Associazioni ecc.). In quest’area dovrebbe essere possibile assicurare la disponibilità di servizi atti a garantire la tutela della salute con l’eccezione dell’ospedalizzazione e di alcune funzioni quali ad esempio la Medicina del lavoro che presuppongono livelli operativi incompatibili con le dimensioni distrettuali. La metodologia d’avvio delle azioni da promuovere nel D deve essere chiara; partendo dal bacino d’utenza deve essere possibile dare una base epidemiologica alle domande di salute e di prestazioni socio-sanitarie in favore della popolazione. Nel distretto quindi deve essere impostata:

- l’epidemiologia (vedi 4.2.1 e 4.3) dei problemi (incidenza, prevalenza delle patologie e dei problemi, definizione della loro risolvibilità in sede di 1° e 2° livello, ecc.),

- l’epidemiologia della domanda espressa e sua valutazione,

- l’epidemiologia del bisogno non espresso in domanda,

- la disponibilità di risorse per far fronte ai problemi,

Sulla base di quanto sopra per ogni distretto, dovrebbe essere composto un piano d’attività, tenendo presente il quadro generale del piano d’azione aziendale e le necessarie integrazioni tra distretti sia per le attività che per le loro dimensioni richiedono azioni a carattere sovradistrettuale, sia per la opportuna coerenza di indirizzi generali.

La “ragione” del distretto è che:

- le attività di primo livello devono essere equilibratamente distribuite nel territorio perché, come conferma l’OMS esse dovrebbero risolvere l’80% dei problemi di salute,

- esse devono avere un rapporto privilegiato con comuni e/o circoscrizioni perché questo rappresenta il “residuo” della partecipazione e della programmazione,

- devono sostanzialmente nella medicina generalista, in quella di comunità e nella collaborazione di queste con le professioni infermieristiche e del sociale.

La sostanza distrettuale non si identifica, infatti, oramai più con la figura medica ma con la integrazione del medico con figure professionali di tipo tecnico con funzioni autonome rispetto ai medici.

Ancora privo di chiara definizione nel distretto è la dipendenza del personale: dipende esso direttamente dal responsabile distrettuale o dai coordinatori dei moduli (o delle UO) che operano nel D? Anche la professionalità del responsabile è incerta: dev’essere medico, o può non esserlo? Alcuni indirizzi in proposito sono espressi più avanti nel par. 2.2.4). Non è stato poi chiarito, nemmeno nel Piano Sanitario 1998-2000, se il D debba avere un budget e come questo debba essere conformato e calcolato; alcune regioni specificano solo che il Budget c’è, ma si tenga presente che averlo o non averlo non significa solo chiarire se il D sia o meno un centro di costo, ma un soggetto responsabile di una quota di risorse proporzionale non al numero dei cittadini residenti nel distretto, ma ai bisogni di salute di quei cittadini. Avere un Budget può non significare nulla se esso è semplicemente la somma dei compensi dei medici/pediatri di base, della farmaceutica e delle spese per il personale. Deve essere invece verificato se le esistenti condizioni demo-socio-sanitarie non necessitano di un ulteriore aggiustamento dell’equità in sede distrettuale: si pensi a certe aree di Napoli o di Palermo. In alcune legislazioni regionali, per evitare eventuali eccessive frantumazioni operative in aree particolari, è stata istituita la Zona sanitaria (*legge regionale Toscana 49/29.06.94*) di derivazione inglese che può comprendere anche più distretti ed anche ospedali zonali.

È una soluzione forse adatta alle aree metropolitane che si danno progetti di rilevanza sociale.

2.2.2 Distretto e comuni

Sulla politica del D è stata molto incerta (talora inesistente) l’effettiva partecipazione dei comuni.

Sulla base dell’art. 3 del 502/517 ai Comuni spetta:

- il diritto/dovere di esprimere i bisogni sociosanitari delle popolazioni,

- la definizione delle linee d’indirizzo per l’impostazione programmatica delle attività,

- l’esame del bilancio pluriennale, di previsione e del bilancio d’esercizio,

- l’approvazione e la firma del bilancio preventivo e consuntivo,

- la verifica dell’andamento delle attività,

- invio di osservazioni alla regione.

Questa “debolezza” dei Comuni dovrebbe essere sanata da una legge delega, votata dal Parlamento ed affidata al Ministero della Sanità; la legge dovrebbe:

- rafforzare il ruolo di programmazione sanitaria dei Comuni fino ad affidare ai Sindaci una vera e propria funzione d’identificazione dei bisogni ed elaborazione di un piano per soddisfarli,

- dare ai Comuni poteri effettivi anche sulla nomina/revoca del Direttore generale,

- definire quote di bilancio da destinare ad azioni di particolare importanza.

I Comuni possiedono, da ora, tutte le funzioni di materia socio-assistenziale ad eccezione di quelle espressamente attribuite dalla normativa statale o regionale al Fondo Sanitario Regionale e quindi alla Regione, alle Province ed alle istituende aree metropolitane (che sembrano saranno limitate ad 11). Le funzioni di competenza comunale possono essere esercitate direttamente (Aziende Speciali di Servizi: legge 142/90) o con la costituzione di consorzi di servizio, o attraverso la delega di funzioni alle AUSL (502/92). La delega va regolamentata da convenzioni che definiscano modalità, qualità ed indicatori dei servizi erogati. Il modello attuativo dev’essere preferibilmente distrettuale.

2.2.3 Le attività del distretto

Per quanto riguarda le attività materno-infantili il Distretto dovrebbe essere la sede dell’ “incontro” fra i pediatri di famiglia (e i MMG per quanto riguarda preadolescenti e adolescenti) e le altre attività assistenziali sanitari e sociali di 1° livello. L’incontro dei pediatri di famiglia (e MMG) dovrebbe avvenire almeno:

- con le attività di pediatria di comunità (per quanto riguarda le vaccinazioni, la profilassi delle malattie infettive e il controllo delle tabelle dietetiche nelle comunità, l’educazione sanitaria, gli screening,

le visite domiciliari, l'osservatorio epidemiologico),

- con le attività di servizio sociale (gestione sociale del bambino con malattie croniche, a rischio sociale, a rischio di abuso o abusato),

- con le attività di neuropsichiatria infantile, di riabilitazione, e di psicologia,

- con il Consultorio familiare ed eventualmente, ove esistente, il Consultorio Giovani.

2.2.4 Rapporto tra azienda (o DMI) e distretto

Per gli interventi assistenziali materno-infantili è critica dal punto di vista funzionale (e la funzionalità diventa migliore assistenza e percorsi più facili per le famiglie) la dipendenza del personale dal responsabile delle operazioni in ambito materno- infantile a livello aziendale, responsabile della cui necessità si è già detto. Usiamo il termine "operazione" per intendere l'azione concreta che deve essere svolta, secondo le conoscenze tecnico scientifiche delle varie professionalità, in attuazione di politiche assistenziali su pazienti o cittadini sani o malati "reali". Sembra evidente pertanto che ogni "operazione" attuata nel materno-infantile (vaccinare, effettuare screening, bilanci di salute, visite domiciliari, prendere in carico il bambino da parte del Pediatra di famiglia, identificare temi di educazione sanitaria comuni per Pediatri, scuole e popolazione generale ecc.) deve essere progettata, pianificata e controllata dal responsabile aziendale e attuata dall'unità (o modulo; abbiano già specificato che la denominazione e definizione dell'entità distrettuale che sovrintende al materno-infantile può assumere denotazioni e dimensioni diverse a seconda della realtà territoriale e degli ordinamenti regionali) materno-infantile che opera nel D. Il "modulo" o "unità operativa" materno-infantile (MMI o UOMI) del D. (con questi termini ed altri ancora in uso in varie realtà locali vengono identificati il complesso degli operatori che operano nel distretto fornendo l'assistenza materno-infantile) comprende il personale con funzioni di medicina e pediatria generale e di comunità, di psicologia clinica, di neuropsichiatria infantile, di riabilitazione

motoria cognitiva e sociale, di ostetricia-ginecologia; il rapporto coi servizi sociali dev'essere chiaramente definito negli accordi di programma o nelle convenzioni. V'è una larga e ragionevole tendenza (che va favorita) da parte dei Comuni ad usare il sistema della "delega" (vedi sopra) per i servizi afferenti all'area dei minori, per i procedimenti di affido, per l'abuso, per i centri socio-educativi e psico-sociali. Il coordinatore del MMI-UOMI distrettuale può appartenere a qualsiasi branca di quelle sopra esposte, ed a qualsiasi contrattualità: dipendenza o convenzioni. Dev'essere però chiaro che la dipendenza funzionale, cioè la verifica dell'attenersi a precise linee guida, la capacità professionale di integrarsi nelle attività da parte del personale del MMI-UOMI deve essere attribuita al coordinatore del MMI-UOMI e non può essere invece attribuita al responsabile del D. A questi spetta invece la gestione generale del personale, degli spazi, delle attrezzature comuni, il controllo sul buon utilizzo delle risorse e sull'adeguatezza del rapporto fra il personale dei vari moduli e i compiti dei medesimi. Dovrebbe essere, insomma, chiara la distinzione fra la responsabilità gestionale del personale che rimane al responsabile del D e la responsabilità funzionale dei progetti di salute che vengono perseguiti dal MMI o UOMI distrettuale che rimane al responsabile materno infantile dell'Azienda e al suo staff (insieme del personale materno infantile che opera nel territorio di tutti i distretti e di quello eventualmente centralizzato).

2.2.5 Specificità del team distrettuale

Tesi che sostengono una indifferenziazione del personale distrettuale (tutti fanno tutto: bambini, adulti, anziani, vaccinazioni e piaghe da decubito) che rimane a disposizione del responsabile e la conseguente non suddivisione in moduli o unità operative sono nate nella ipotesi che questo possa comportare il massimo dell'efficienza possibile. Purtroppo quest'efficienza può accompagnarsi ad una efficacia discutibile per la relativa deprofessionalizzazione delle operazioni. Del resto la polivalenza del personale è stato un mito degli anni '70 che, sul piano tecnico, e sul piano del gradimento di personale ed

utenti, è decisamente fallito. Nella nostra ipotesi il MMI o UOMI distrettuale deve perciò conservare una sua operatività specifica che si sostanzia in linee guida e percorsi assistenziali. Questa dovrebbe essere la base di riferimento per l'attività del Pediatra di LS e degli operatori della medicina di comunità per i bambini che richiedono un intervento multidisciplinare (disagio, dimissioni dai centri di patologia neonatale, handicap, patologia cronica). In ambito materno infantile non tutte le funzioni (si torni a vedere *M. e B. 1996;1:42*) possono essere collocate a livello distrettuale. Ve ne sono certamente alcune che, a seconda della dimensione della AUSL devono essere collocate a livello sovradistrettuale o aziendale: fra queste le strategie vaccinali, la progettazione/valutazione degli screening, l'educazione sanitaria, la gestione dei registri di patologia, il coordinamento dell'assistenza ai bambini con bisogni speciali, la verifica dei risultati, la gestione dei dati epidemiologici. A livello sovradistrettuale, o aziendale, dovrebbe collocarsi anche almeno una struttura intermedia diurna socio-riabilitativa per l'handicap ed una consimile per i disturbi psicopatologici gravi affidata ad un dirigente di 1° o 2° livello. Gli strumenti istituzionali dell'integrazione socio sanitaria (convenzioni, accordi di programma ed altro) sono invece sempre di livello aziendale, mentre gli strumenti della loro gestione sono di livello distrettuale.

2.2.6 Le dotazioni di personale

Il fabbisogno del personale necessario alle funzioni di cui alle azioni di medicina di comunità (vedi sempre *M. e B. 1996;1:42*) e per quelle di collaborazione con i Pediatri di famiglia per le loro attività cliniche può essere così indicato a titolo orientativo nella *tabella 1* (vedi pag. 48).

2.2.7 Salute mentale, psicologia e riabilitazione

La collocazione della struttura che si occupa della tutela della salute mentale e della riabilitazione in età evolutiva all'interno dell'area pediatrica è indispensabile per una completa e comunicante assisten-

za materno-infantile.

L'ipotesi perseguita in alcune regioni di accorpare la Neuropsichiatria infantile al dipartimento di salute mentale degli adulti è pericolosissima;

- perché distrugge l'area pediatrica, che è sempre stata (anche) uno degli obiettivi di piano, e compromette la comune cultura materno-infantile con il rischio di separarla ancora di più in un'area "organica" ed in un'area "psicologica",

- perché allontana, irresponsabilmente, la competenza neuropsichiatrica e psicologica dall'area delle cure primarie,

- perché separa, con una struttura forte, dai NPI i Pediatri di famiglia che hanno faticosamente perseguito in questi anni un collegamento culturale con NPI e Psicologi clinici alla ricerca di una preparazione capace di abbassare l'età di rilevazione dei disturbi di sviluppo,

- perché impedisce di fatto l'utilizzo delle UO ospedaliere di pediatria per il ricovero di casi di pertinenza neuropsichiatrica e rende ancora più orfani questi malati e più separate le patologie,

- perché rende più complicato il collegamento dei NPI e degli Psicologi con le istituzioni scolastiche dato che questo collegamento avviene attraverso le strutture materno-infantili. Tutte le condizioni sovraesposte hanno la chiara capacità di rendere più problematici e più frammentati i percorsi assistenziali per le famiglie.

2.3 L'integrazione socio-sanitaria: la legge 285

Il già citato Piano del Governo per l'infanzia afferma la necessità di superare le varie "autarchie professionali", essendo questa la condizione perché i bambini e gli adolescenti siano visti nella globalità dei loro bisogni che non possono essere settorializzati. Il Piano sanitario Nazionale '98-2000 esplicita, anche se in termini sempre generali, la necessità di integrazione tra i servizi sanitari e sociali, nell'ambito delle attività per i minori. Lo stesso piano '94- '95 faceva riferimento, in termini generici, a "progetti obiettivo integrati su aree di intervento integrate", senza peraltro definire maggiormente contenuti e strumenti. Il nuovo PSN cita, come unica indicazione specifica, l'opportunità di destinare, nei piani regionali, "risorse vincolate" su "progetti obiettivo riferiti ad aree tematiche ad elevata integrazione". Gli stessi piani regionali socio-assistenziali di diverse regioni italiane fanno riferimento a ciò. Il Piano d'azione del governo identifica nella tutela materno infantile e nello sviluppo psicofisico degli adolescenti le aree ad elevata integrazione socio-sanitaria su cui, attraverso le connessioni tra autonomie Locali ed Aziende Sanitarie, la rete dei servizi deve rivolgere prioritariamente lo sforzo di integrazione. Restano da definire più concretamente e in termini sufficientemente

specifici, quali siano le aree di integrazione, quali, in termini di priorità, i progetti obiettivo, quali gli strumenti e i livelli di attuazione organizzativa e amministrativa. Di seguito si indicano alcune delle aree e dei progetti da privilegiare.

Aree di stretta integrazione sociosanitaria:

1. Area dei minori a rischio psicosociale per maltrattamento, abuso, trascuratezza.
2. Area dei minori soggetti a provvedimenti giudiziari: affidamento educativo-assistenziale, segnalazioni al Tribunale dei Minori per affido giudiziale, adozioni.
3. Area dei minori con handicap e disabilità.
4. Area dei minori appartenenti a comunità vulnerabili (stranieri, immigrati, nomadi).
5. Area della prevenzione e della cura del disagio adolescenziale.

Progetti obiettivo

1. Sostegno alla genitorialità, in particolare per genitori di nuovi nati e di adolescenti; percorso nascita (gruppi/incontro parto, disponibilità attiva e precoce del PLS, visite domiciliari, identificazione precoce di situazioni di rischio, ecc.), gruppi di genitori per attività di formazione e autoaiuto.
2. Formazione e implementazione di gruppi operativi (interdisciplinari-interistituzionali) da concepirsi a livello sovradistrettuale per diagnosi e trattamento dell'abuso.
3. Percorsi assistenziali integrati per bambini con patologia cronica, handicap, disabilità.
4. Sperimentazione di modelli di accoglienza sociosanitaria integrata per bambini e famiglie multiproblematiche.
5. Prevenzione della dispersione scolastica/della gravidanza in età adolescenziale, della tossicodipendenza, del disagio psichico, della devianza (a seconda della prevalenza locale delle problematiche). Alcuni di questi interventi sono specificamente supportati da una nuova legge licenziata nell'estate 1997, la n. 285, specificamente finalizzata alla promozione di interventi per l'infanzia e l'adolescenza in situazioni di rischio, in particolare nelle grandi aree urbane (15 centri urbani mag-

Tab. 1. Proposta di dotazione di personale

Standard (x 10.000 soggetti < 18 anni)	Incluse vaccinazioni	Vaccinazioni svolte dai PLS o da altro servizio
Pediatri	2*	1.5**
ASV/IP	7*	5**
Neuropsichiatra infantile	2	
Psicologo dell'età evolutiva	2	
Ostetrici-ginecologi (x 10.000 donne in età feconda)	0.6	
Ostetriche	1.2	
Terapisti della riabilitazione	8 (2 fisioterapiste, 6 logopediste)	
Personale amministrativo per le attività di livello aziendale	2	

* incluse vaccinazioni

** escluse vaccinazioni (svolte da altro servizio o dai PLS)

giori). La legge è una legge positiva anche se la sua applicazione appare complessa per i passaggi istituzionali previsti (Regioni, Consorzi di Enti proponenti, di nuovo Regioni).

I pediatri sono comunque chiamati a far la loro parte in progetti che attuino le finalità della legge in modo efficace, sottolineando in particolare il loro possibile ruolo nella prevenzione (in appoggio alla formazione alla genitorialità) ed alla diagnosi intervento precoce. Nelle aree ove esistono aziende ospedaliere autonome la realizzazione di un "concerto" è certamente più complessa; lo strumento è la convenzione o accordo di programma.

3. CURE SECONDARIE E TERZIARIE

In conseguenza dei mutamenti demografici ed epidemiologici sinteticamente descritti nella prima parte del documento, la necessità di posti letto pediatrici negli ospedali di rete è notevolmente diminuita, rendendo di fatto molto dispendioso il mantenimento dell'attuale numero di unità operative di pediatria, per non citare il rischio di un artificioso mantenimento di tassi di ricovero non giustificati dalle necessità obiettive di cure ospedaliere, ed il possibile decadimento della qualità delle cure in presenza di flussi di pazienti inadeguati o di organici non sufficienti a coprire servizi con carattere di continuità.

3.1 Le UO di pediatria generale e neonatologia

Si tratta dunque di operare nella direzione di un ridimensionamento e di una razionalizzazione della rete ospedaliera pediatrica. Le indicazioni date a questo proposito nel precedente documento dell'ACP (1988), che andavano già in questa direzione, vanno dunque aggiornate e precisate. La dotazione di PL veniva in quella sede determinata in 2 PL/1.000 bambini residenti contemplando una degenza media (DM) di 7.5 gg. Attualmente, poiché, nel suo complesso, la DM degli anni '90 tende a scendere (vedi sopra, parte I, 2.2.) al di sotto di quel valore, una UO di Pediatria potrebbe rispondere alle esigenze di 1.000 bambini/ragazzi ricoverati con

un valore di PL di 1-1.3/1.000 bambini residenti. Ciò significa determinare un indice di 20 PL complessivi fra ricovero tradizionale e DH ogni 15.000-20.000 bambini residenti; sembra definitivamente giunto il tempo di limitare le UO di Pediatria accorpando le UO esistenti, dimensionandole a non meno dei 20 PL, collocandole in aree di almeno 180.000-200.000 abitanti con un numero di neonati per anno non inferiore a 1000. Non dovrebbe, in ogni caso, essere accreditata una UO di ostetricia con meno di 500 parti ed una UO di pediatria con meno di 1.000 ricoveri/anno in quanto questi indici sono espressione di un'area servita troppo modesta; se poi l'area servita fosse modesta, ma il gettito di malati fosse ciononostante all'interno dei sopradetti criteri la valutazione dell'indice di ospedalizzazione direbbe certamente la verità sull'eccesso di ricoveri. Per la maggior parte del territorio nazionale un'area come quella identificata sopra ha un diametro fra 30 e 40 km. Solo una quindicina di aree, in altrettante province, ha diametri territoriali più ampi, mentre in una decina di province il diametro di queste aree di popolazione è fra 20 e 25 km. Dal punto di vista alberghiero una UO così dimensionata dovrebbe avere almeno due aree di ricovero distinte in relazione alle diverse accoglienza ambientale dei ricoverati:

- una per lattanti e bambini fino a 6 anni,
- una seconda per bambini oltre i 7 anni e per ragazzi e preadolescenti,
- dovrebbe essere inoltre garantita, secondo standard ormai definiti, la possibilità di isolamento interno, e non strutturato, pari almeno al 10-15% del totale dei PL, nonché due o tre letti per l'osservazione temporanea la cui funzione essenziale a tutela del bambino e a prevenzione del ricovero va riconosciuta anche economicamente e riportata all'interno delle UO pediatriche.

Per aree di particolare dimensione una parte dei PL può essere devoluta ad una sezione di degenza diurna. Dovrebbe essere garantita la possibilità di ricovero per pazienti neuropsichiatrici i quali dovrebbero essere affidati per la gestione, l'assistenza e la terapia al modulo di NPI dell'AUSL. Ad una UO di questo tipo che

serve 20.000 bambini dovrebbe essere aggregato un modulo di neonatologia che dovrebbe fare fronte a non meno di 1.000 nati /anno. Circa 70-90/1.000 di questi avranno bisogno di cure minime o intermedie che richiedono osservazione o cure all'interno del modulo. Le UO riconvertite per aree di servizio inferiore a quella indicata dovrebbero trovare una loro funzione in attività ambulatoriali (ambulatorio con esami) o di vera e propria degenza diurna; queste funzioni non possono che essere concordate con i Pediatri di famiglia del distretto in modo essere disponibili per le loro attività cliniche. Ad una UO di questa dimensione (1.400 ricoveri, 1.200 nascite con sola assistenza di 1° e 2° livello, guardia interna e consulenza permanente al Pronto Soccorso, ambulatori specialistici come più avanti indicato) andrebbero attribuiti:

- un minimo di 11 medici , più un dirigente di 2° livello (210 giornate lavorative e 1.440 ore per anno pari a 17.300 ore).

Per il personale infermieristico dovrebbe essere previsto:

- un turno doppio di infermiere per il modulo di Pediatria più la coordinatrice (20.000 ore/anno),
- un turno (elevabile a 2 per condizioni di attività particolare) per il modulo di neonatologia, più la coordinatrice (11.400 ore anno),
- un doppio turno per 7.3 ore di attività del DH per 310 giorni/anno (4.500 ore/anno),
- un'operatrice dedicata al supporto dell'allattamento (1.580 ore).

Non è compreso nello schema il personale addetto all'assistenza ai neonati sani (nido o rooming in) che può essere valutato ad una unità per turno più la coordinatrice (11.400 ore/anno). Le attività ambulatoriali delle UO di Pediatria dovrebbero essere unicamente di tipo specialistico in quanto la competenza di medicina generalista è funzione *esclusiva* del Pediatra di famiglia; la loro persistenza porterebbe a perniciose duplicazioni. Le specialità da garantire a livello ambulatoriale, che possono essere collegate a moduli organizzativi o funzionali della UO di Pediatria, sono quelle di gastroenterologia, di pneumoallergologia, di cardiologia, di diabetologia, di nefrourologia. Per queste specia-

lità è calcolabile un'attività di 2.000-2.500 ore di ambulatorio per anno equivalenti a 1.5-2 medici dell'équipe ed una infermiera professionale. Una UO così caratterizzata, dovrebbe trattare un case mix tale da "stare dentro" i valori di remunerazione ricalcolati recentemente sulla base dei costi rilevati nei quindici ospedali generali facenti parte del progetto ROD. Questi dimostrerebbero un finanziamento complessivamente sufficiente negli ospedali monitorati. Si ricordi a questo proposito che il "ricavo" di fonte DRG di una UO di un ospedale di AUSL è in parte fittizio (residenti nell'area) in parte reale (import); quello di una UO di Azienda Ospedaliera è sempre "reale".

3.2 La trasformazione dell'UO dell'ospedale di rete in centro di diagnosi e cura territoriale a ciclo diurno.

La chiusura non è affatto la prospettiva unica per le UO di pediatria troppo piccole per essere economiche e qualitativamente accreditate. Questa soluzione diviene logica ed inevitabile quando è l'intero ospedale ad essere messo in discussione. Negli altri casi, una soluzione che può combinare risparmio di risorse e mantenimento di un servizio di qualità per il territorio di riferimento è quella di mantenere un servizio di diagnosi e cura pediatrico a ciclo diurno, in grado di far fronte alle urgenze (la crisi d'asma, il dolore addominale di natura incerta, la febbre di ndd ecc.) con esami di laboratorio e strumentali, osservazione breve e quindi riaffido del caso al Pediatra di famiglia, a meno che non si renda necessario un vero e proprio ricovero, nel qual caso si procede al trasferimento. Tale soluzione è stata prospettata anche in Gran Bretagna ove il ridimensionamento prospettato per la rete ospedaliera pediatrica, dagli stessi pediatri, è drastico. Il punto critico diviene la collocazione del punto nascita: per la necessità di una presenza pediatrica 24 ore su 24, l'esistenza del punto nascita deve combinarsi con una UO di pediatria con possibilità di ricovero. La soluzione del centro a ciclo diurno può rappresentare una prospettiva

per ospedali dove mantenere un punto nascita è antieconomico e soprattutto non offre garanzie di qualità di cure. In sostanza, se venissero applicati i criteri proposti, circa il 40% delle UO di pediatria verrebbero a cadere come reparti di degenza; una parte forse maggioritaria verrebbe chiusa ed un'altra parte trasformata in centri di diagnosi e cura a ciclo diurno con la partecipazione dei pediatri di famiglia.

3.3 Le specialità pediatriche ed i centri di riferimento di 3° livello

Per le specialità pediatriche ospedaliere si ritiene che debbano essere indicate due priorità:

- una per le Terapie Intensive pediatriche. La priorità è dovuta al consolidarsi di dati che confermano una maggiore sopravvivenza dei bambini ricoverati in UO intensive pediatriche rispetto a quelli ricoverati in UO per adulti con un RR pari a 2.09 (*Quaderni acp 1997;4:33*);
- una riguardante il problema della eliminazione delle disuguaglianze fra Nord e Sud in alcuni settori superspecialistici quali i trapianti in età pediatrica: in specie fegato, midollo, rene. Mentre lasciamo agli specialisti del settore la definizione delle strutture trapiantologiche, sottolineiamo la necessità di istituire UO di terapia intensiva pediatrica. La dimensione della struttura di TI è ormai internazionalmente accettata: 1 PL/50.000 bambini con una consistenza di non meno di 8 PL per UO cioè per almeno 400.000 bambini. In questa dimensione non rientrano i PL postchirurgici che vanno calcolati a parte. Necessario il collegamento con il 118 che attualmente stabilisce contatti pressoché esclusivi con le TI degli adulti anche laddove esistono terapie intensive pediatriche. Per la terapia intensiva neonatale i neonati dovrebbero affluire in una UTIN di un'area territoriale cui afferiscono 4.000- 5.000 neonati e dovrebbe fornire almeno 500 giornate di terapia intensiva per anno. L'attivazione di un servizio di PS pediatrico autonomo sembra avere senso per aree di almeno 400.000 abitanti (45-50.0000 bambini/ragazzi); questo dovrebbe essere dotato di sezioni di accet-

tazione-osservazione breve che consentano un notevole risparmio di risorse (*Arch Dis Child 1997;77:287*) e collegato con il 118 e con le Unità di TI pediatrica. Per aree minori il PS pediatrico aumenta inutilmente l'accesso dei bambini senza un serio miglioramento qualitativo dei trattamenti. Per quanto riguarda i cosiddetti centri di riferimento di 3° livello, a parte quanto detto sopra per le strutture di trapianto, sono necessarie alcune considerazioni:

- l'evoluzione dei bisogni di salute del bambino sta conducendo con ogni evidenza alla progressiva restrizione dello spazio per le cure ospedaliere di secondo livello, in quanto in gran parte effettuabili con migliori risultati e minore spesa dai pediatri di famiglia appoggiati a servizi di laboratorio efficienti,
- la situazione non è analoga per i centri di terzo livello o di riferimento. Se è vero che l'evoluzione demografica, la predittività del rischio genetico, la diagnosi prenatale, hanno portato ad una diminuzione del numero assoluto dei bambini con patologie congenite o acquisite gravi, è anche vero che la offerta di complessità tecnologica e assistenziale crescente nei confronti di questi bambini impone di mantenere una rete di centri di riferimento sufficientemente distribuita sul territorio nazionale e con una adeguata capacità funzionale e di albergaggio. È assurdo veder reparti di pediatria di ospedali anche di medie dimensioni semivuoti e poi avere centri di riferimento dove c'è la lista di attesa e le condizioni di albergaggio a disposizione dei malati cronici severi sono indegne. Occorre quindi verificare su base regionale e per alcune funzioni (cardio e neurochirurgia per fare degli esempi) su base sovraregionale, il bisogno di centri specialistici, dotarli adeguatamente evitando sia doppioni in ambiti territoriali ristretti sia intere regioni prive di riferimento. Il recente caso della Calabria, ove il 30% dei bambini ospedalizzati viene di fatto assistito in altre regioni è emblematico. La soluzione, come l'ACP ha sottolineato in recenti prese di posizione (*M. e B. 1997;9 - Quaderni acp 1998;1:10*) non può essere quella di creare nuovi spendiosi istituti polispeciali-

stici, ma di rafforzare le strutture di riferimento già esistenti a livello regionale con le specialità mancanti (in quel caso, ad esempio, la neuropsichiatria e riabilitazione infantile).

4. FINANZIAMENTO PROGRAMMAZIONE E QUALITÀ

4.1 Sistemi di finanziamento

Non è possibile credere ad una predominanza dei metodi di valutazione economica disgiunta dalla qualità del processo, dai risultati, e dall'efficacia reale. Questi devono essere, prima di ogni altro, i criteri di valutazione delle attività assistenziali; anche perché sono le sole motivazioni che possono trovare consenzienti i "consumatori" delle risorse. Occorre dunque:

- ripensare un sistema di finanziamento che, senza rinunciare a fini di controllo al sistema a tariffa in vigore sotto varie forme in gran parte dei paesi europei, privilegi il criterio di equità proprio della quota capitaria, corretta per caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, con l'attribuzione complementare di risorse specificamente vincolate al perseguimento degli obiettivi prioritari. Si tratta in sostanza di realizzare quanto affermato in linea di principio anche nel PSN 1998-2000,

- attuare un sistema di controlli che valuti e premi l'effettivo raggiungimento degli obiettivi e ne definisca i criteri. Specificamente per le aziende ospedaliere "scorporate" (resta nostra opinione che lo scorporo delle Aziende ospedaliere sia stato esteso molto al di là del logico e dell'opportuno) occorre rivedere il sistema DRG (in particolare quelli pediatrici che sono risultati penalizzanti per le strutture ad alta specializzazione) fissare comunque obiettivi e tetti per le prestazioni, premiare la qualità.

4.2 Gli strumenti per la pianificazione e il sistema informativo

Vi è crescente consenso sulla necessità di disporre di indicatori in grado di descrivere adeguatamente sia lo stato di salute che l'offerta, l'utilizzo, la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari, quale strumento fon-

damentale per il monitoraggio, la valutazione e la pianificazione di interventi in sanità. Ciò è particolarmente sentito nel momento in cui le risorse finanziarie sono limitate e la loro allocazione deve essere basata su una valutazione precisa delle priorità. Questo riguarda naturalmente anche la salute dell'infanzia e dell'adolescenza, per la quale i tradizionali indicatori basati sui tassi di mortalità perinatale ed infantile sono ormai inadeguati a descrivere una situazione in cui la morte costituisce un evento raro. Nel piano d'azione del Governo italiano per l'infanzia e l'adolescenza si auspica la produzione di "un corpo organico e commentato di dati statistici e di indicatori che miri ad offrire strumenti di riflessione e di orientamento per coloro che operano nella pianificazione e realizzazione degli interventi sanitari e socio-educativi rivolti all'infanzia, all'adolescenza e ai giovani". A tutt'oggi tuttavia non sono stati identificati gli indicatori più appropriati per tale scopo. Si tenga presente che questi non solo devono rappresentare adeguatamente i fenomeni più rilevanti relativi allo stato di salute della popolazione in oggetto, ma anche l'offerta, l'utilizzazione e la qualità dei servizi e possibilmente dare una misura del loro esito sullo stato di salute. Inoltre, indicatori prescelti ai fini della valutazione e pianificazione degli interventi devono essere ricavabili quanto più possibile da dati già disponibili da varie fonti istituzionali. Altre informazioni attualmente mancanti potrebbero essere inserite nelle indagini già previste (per es. la Multiscopo dell'ISTAT) nel sistema informativo attuale. Tre anni fa il Ministero della Sanità ha elaborato una serie di indicatori relativi alla salute infantile che hanno tuttavia quasi esclusivamente carattere di indicatori di processo relativi cioè all'offerta e all'utilizzo dei servizi stessi. (*Ministero della Sanità: Gli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale. Bozza di decreto ministeriale ex art. 10, comma 3, del D.L.º 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Roma, settembre 1994*). Numerose agenzie internazionali e nazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNICEF, la Banca Mondiale e l'American Public Health Association

(AA.VV. *Gli indicatori. Epidemiologia e prevenzione. Numero monografico. Roma, La Nuova Italia Scientifica, vol. 19-20, 1983.*; WHO: *Global strategy for health for all by the year 2000. Health for all, series n. 3, Geneva 1991*; UNICEF. *La condizione dell'infanzia nel mondo 1996*; American Public Health Association: *Monitoring children's health: key indicators. Ed. American Public Health Association, 1991*) hanno elaborato set di indicatori utili a descrivere principalmente lo stato di salute dell'infanzia e dell'adolescenza e in parte l'offerta di servizi. Sembra dunque utile, a partire dalle proposte già esistenti a livello nazionale ed internazionale, identificare per la realtà italiana un numero possibilmente limitato di indicatori, ricavabili nei limiti del possibile dalle statistiche correnti. Inoltre si tratta di valutare in che misura e con quali modalità e con quali costi questi possono essere inseriti in un sistema informativo di tipo "strategico" in grado cioè di orientare i piani sanitari formulati a livello nazionale, regionale, delle singole aziende sanitarie, nonché di singoli servizi.

4.3 Il contributo dell'ACP

Fra i vari contributi dell'ACP al sistema sanitario figura la definizione di una serie di indicatori utili a monitorare e valutare:

- a) lo stato di salute complessivo della popolazione in età infantile e adolescenziale,
- b) l'offerta, l'utilizzo, la qualità, l'equità e l'efficacia dei servizi sanitari e dei servizi socio-educativi ad essi correlati, rivolti a questa fascia etaria.

Una prima indicativa lista è stata elaborata nella *tabella 2 (pag. 52)*. Essa parte dalla necessità che il numero degli indicatori proposti sia limitato e quindi compatibile con l'utilizzo corrente.

Il problema naturalmente consiste nella fattibilità e nell'utilità di un tale approccio nella pratica della programmazione dei servizi. Esiste allo stato un progetto (recentemente approvato come progetto finalizzato proposto dall'IRCCS "Burlo Garofolo") per valutare, tramite studio di fattibilità in due regioni italiane (Friuli Venezia Giulia e Calabria), l'impegno richiesto per la raccolta degli indicatori

prescelti, le fonti disponibili a livello nazionale regionale e locale, e le modalità per un loro utilizzo nella attività di pianificazione dei servizi (definizione di obiettivi ed allocazione di risorse) a livello regionale e locale. L'ACP della Campania sta inoltre lavorando ad uno strumento concettualmente simile ma da utilizzarsi a livello distrettuale, ovverosia nella unità più piccola di pianificazione all'interno del sistema sanitario (tabella 2).

Oltre ai dati della tabella ve ne sono altri la cui analisi è indispensabile per definire il contesto:

1. *Popolazione* (popol. <18a., composizione famiglie).
2. *SES* (reddito procapite, livelli educativi, percentuale minori in povertà).

3. *Spesa sanitaria e sociale* (procapite, pubblica e privata).

4. *Servizi* (posti letto ordinari e intensivi, punti nascita, copertura PLS, consultori familiari).

Importanti anche indicatori non sanitari per diagnosi di comunità (regionale, aziendale, distretto):

1. *Elusione e dispersione scolastica* (per ciclo).
2. *Immigrazione*.
3. *Devianza delinquenza minorile*.
4. *Lavoro minorile* (<14 e 14-18).

4.4 La programmazione ed il ruolo delle Regioni e delle Aziende

Il PSN 1998-2000 prevede una serie di 5 obiettivi principali e 86 sottoobiettivi, di

cui alcuni riguardano direttamente la popolazione infantile e gli adolescenti. L'attuazione del PSN dipende in larghissima misura dalle Regioni, le quali devono sulla base delle specifiche realtà, definire obiettivi e azioni prioritarie e prevedere strumenti sia per il monitoraggio che per la promozione degli interventi. Ciascuna Regione deve provvedere ad una specifica definizione di obiettivi nel campo della salute dell'infanzia e dell'adolescenza, possibilmente integrati e coerenti (a volte la separazione di competenze tra uffici genera incongruenze inaccettabili) con quelli relativi al supporto alla procreazione libera e consapevole, alla tutela della gravidanza e del parto ed alla salute della donna in generale. Tali obiettivi e azioni

Tab. 2. Proposta di indicatori, con relative fonti (esclusive o preminenti) dei dati, e livelli ipotizzabili di applicazione

Indicatore primario	Articolazioni	Livello di utilizzo	Fonti
1. Natimortalità	Generale	N R	ISTAT
	Per età gestazionale	N	id
2. Mortalità neonatale	Per classi di peso	N R	id
	Per cause principali	N (R)	id
3. Mortalità 0-1	Per cause principali	N R	id
4. Mortalità 1-4, 5-14, 15-24	id	N R	id
5. Nati di basso peso	<2.500 <1.500	N R A	id + SIO (e schede nascita)
6. Malformaz. Congen.	10 maggiori	N R	Registri ad hoc
7. Paral. Cerebr. Infant.		N R	Multifonte
8. Disabilità	Per classe di età e classe funzionale (sensoriali, psichiche e motorie)	N R A D	Multifonte
9. Malattie croniche	10 maggiori	N R A D	Ad hoc
10. Abuso	Per classe età e tipologia	N R A D	Multifonte
11. IVG <19 anni		N R A D	ISTAT, SIO
12. Tentati suicidi <19 anni		N R A	ISTAT, SIO, Pol.
13. Tossicodipendenze <19 a.		N R A D	SerT.
14. Nati da TC		N R A	SIO
15. Allattamento al seno esclusivo	Dimissione, 4 mesi	N R A D	Ad hoc, PLS, SIR
16. Copertura vaccinale	DPT (3a) Morb. e Parot.	N R A D	SIA
17. Ospedalizzazione <18 a.	Giorni totali di degenza	N R A	SIO
18. Migrazione sanit.	Per classi di patologie	R	SIO
19. Minori istituzionalizzati	Per classi età	N R A (D)	Multifonte
20. Qualità di CureVita	Per patol. indice	N R A D	Ad hoc

(N= Nazionale, R= Regionale, A= Aziendale, D= Distrettuale).

Abbrev.: SIO= Sistema informativo ospedaliero, SIR= SI Regionale, SIA= SI Aziendale

possono essere oggetto, come sperimentato con successo in alcune Regioni, di specifici meccanismi incentivanti sia in senso positivo (attribuzione di extra fondi per obiettivi raggiunti) sia tramite penalizzazione (sottrazione di fondi per mancato raggiungimento di obiettivi ritenuti essenziali). Le Regioni hanno altresì il compito di supportare il lavoro delle Aziende con strumenti di controllo su base regionale sia della epidemiologia dei bisogni che della qualità delle prestazioni fornite. Pur riconoscendo il diritto e l'autonomia delle Aziende a provvedere ad una ulteriore articolazione di obiettivi in rapporto alla situazione locale, è evidente che per la maggior parte di questi deve esistere un consenso comune su base regionale. Non è possibile il permanere di situazioni dove ad esempio il calendario vaccinale o alcune azioni basilari quali i bilanci di salute o il calendario vaccinale siano grossolanamente disomogenei tra Aziende contigue. Ciò oltre a non avere senso alcuno in termini di approccio di salute pubblica contribuisce a minare il rapporto di fiducia tra utenti e servizi. Si ritiene utile provvedere, come ha fatto ad esempio la regione Piemonte, ad istituire a livello regionale una commissione materno-infantile che coordini il settore supportando le Aziende nella individuazione degli obiettivi e degli indicatori e promuovendo i processi di definizione di percorsi e linee-guida organizzative (quelle tecniche si suppone non debbano essere definite su base regionale!).

4.5 Obiettivi, indicatori e azioni

Quale contributo alla programmazione su base nazionale e soprattutto su base regionale e aziendale, e con esplicito riferimento agli obiettivi generali definiti dal PSN 1998-2000 vengono presentati alcuni possibili *obiettivi generali e azioni* - corredati, nella misura del possibile e tenendo conto delle attuali debolezze del sistema informativo e quindi della carenza di dati su cui costruire una vera ipotesi di valutazione, di *traguardi da raggiungere* - da indicare per le attività dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza.

Si tratta di un contributo a titolo orientativo, in quanto la programmazione per obiettivi deve tener conto delle realtà epi-

demologiche locali e delle risorse disponibili. Rispetto alla formulazione del PSN, le proposte di seguito indicate contengono una più chiara differenziazione tra obiettivi generali, e relativi target, e azioni da intraprendere con relativi indicatori.

Obiettivi generali (tra parentesi il riferimento agli obiettivi definiti dal PSN qualora coincidenti) e relativi indicatori.

1. Ridurre ulteriormente la mortalità perinatale e infantile nelle regioni del Sud (PSN: ridurre la mortalità perinatale e infantile all'8 per mille in tutte le regioni), (target: mortalità infantile inferiore a 7.5 e mortalità perinatale inferiore a 8 per mille in tutte le regioni).

2. Ridurre le disuguaglianze nell'accesso e utilizzazione dei servizi (obiettivo non citato dal PSN, che tuttavia definisce la priorità di diminuire i differenziali negli indicatori di salute tra le regioni), (target: eliminare le disuguaglianze attualmente presenti tra bambini di diversa condizione sociale rispetto alla copertura vaccinale e ai tassi di ospedalizzazione per diarrea e asma acuto).

3. Ridurre, attraverso azioni di prevenzione primaria (consiglio genetico, somministrazione di ac. folico, screening dei portatori) e di diagnosi precoce in utero, il peso delle malformazioni e delle patologie di natura genetica. (PSN: favorire programmi di prevenzione e controllo delle malattie genetiche), (target: riduzione nati con patologia genetica e malformativa, in particolare per patologie suscettibili di prevenzione primaria e consiglio genetico).

4. Migliorare l'accesso alle cure, la qualità di vita e le opportunità di crescita, sviluppo e inserimento sociale per i bambini



con bisogni speciali, (PSN: non citato), (target: definizione di standard di offerta di servizi di primo, secondo e terzo livello e di cure per patologie croniche, disabilità, disagio psico-sociale e pieno accesso alle cure per tutti i soggetti).

5. Ridurre i comportamenti a rischio in età adolescenziale (PSN: prevenire i comportamenti a rischio in età adolescenziale con riferimento alle lesioni accidentali gravi, autolesioni e alla dipendenza), (target: riduzione casi di lesioni accidentali gravi e autolesioni <19anni, riduzione IVG <19 anni, riduzione casi dipendenza da sostanze <19 anni rispetto al triennio precedente di riferimento).

6. Ridurre l'utilizzo inappropriato di tecnologie biomediche e migliorare la qualità umana dei servizi (PSN citato tra le azioni raccomandate), (target: riduzione del ricorso al taglio cesareo al di sotto del 18 per cento su base nazionale; contatto precoce e libero tra madre e neonato, possibilità per padre o familiare di assistere la partoriente, reparti di degenza aperti ai familiari, adeguato consenso e informazione basati sull'evidenza per le procedure assistenziali in tutte le unità operative).

7. Ridurre il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (PSN: razionalizzazione dell'ospedalizzazione in età pediatrica, citato tra le azioni raccomandate), (target: riduzione del tasso di ospedalizzazione sotto i 18 anni di almeno il 20% nel triennio; ridurre del 50% il tasso di ospedalizzazione di minori presso strutture non pediatriche).

Azioni e relativi indicatori

1. Istituire il Dipartimento materno-infantile e formulare progetti ed obiettivi specifici (indicatore: percentuale di aziende o realtà territoriali che hanno istituito il dipartimento e formulato un piano pluriennale di azione per progetti specifici) (non citato nel PSN ma oggetto di allegato specifico).

2. Definire e assicurare gli interventi preventivi e diagnostici *essenziali e di provata efficacia* in epoca pre e perinatale, ivi compresa una informazione corretta, di facile accesso e positiva nei confronti dei giovani e delle coppie (citato nel PSN tra le azioni raccomandate). (Indicatore: Regioni con esistenti standard e criteri per le cure prenatali e perinatali; percentuale

di coppie che hanno accesso ad almeno tre incontri di informazione prenatale).

3. Attuare in ogni regione un sistema e linee guida per il riferimento e trasporto della gravide a rischio e del neonato patologico, privilegiando il trasporto in utero (non citato nel PSN). (Indicatore: percentuale neonati sotto i 1.500 gr. che nascono nei centri di riferimento accreditati per le cure intensive neonatali).

4. Promuovere gli interventi di provata efficacia in epoca neonatale e infantile (allattamento al seno e screening raccomandati, vaccinazioni) curando l'offerta attiva (non citato nel PSN). (Indicatore: allattamento esclusivo al seno a quattro mesi; copertura per calendario vaccinale raccomandato completo).

5. Promuovere l'umanizzazione della nascita; facilitare il contatto precoce e continuato tra madre e bambino nei punti nascita; facilitare la continuità delle cure tra ospedale e territorio tramite un primo e precoce contatto tra pediatra di famiglia e nuovo nato (non citato nel PSN se non genericamente tra gli obiettivi vedi sopra).

(Indicatore: percentuale di punti nascita che realizzano i dieci passi OMS\Unicef).

6. Assicurare a livello distrettuale l'integrazione tra servizi sanitari, incluso il pediatra di famiglia, sociali e di riabilitazione e al contempo definire con i centri di secondo e terzo livello i percorsi diagnostici e terapeutici per i bambini con bisogni speciali (disabilità, patologia cronica severa, disagio psico-sociale) in modo da garantire la continuità e la globalità delle cure (non citato dal PSN). (Indicatore: percentuale di Aziende che hanno provveduto a creare équipe integrate di lavoro sui soggetti con bisogni speciali a livello distrettuale) (citato dal PSN tra le azioni raccomandate).

7. Razionalizzare l'offerta di servizi ospedalieri per il bambino assicurando servizi specialistici di riferimento adeguati ai bacini di utenza territoriali, riducendo l'offerta di servizi ospedalieri negli ospedali di rete, assicurando comunque la degenza in area pediatrica per i soggetti di età <18 anni affetti da patologie mediche e chirurgiche che necessitino ospedalizzazione, e la massima competenza tecnica compresa la continuità di accesso nelle 24

ore all'assistenza pediatrica, e al contempo liberare risorse per le attività di integrazione dei servizi e per attività territoriali attualmente carenti (citato nel PSN tra gli obiettivi, senza dettagli operativi). (Indicatore: percentuale di aziende con punti nascita con utenza superiore ai 1.000 nati\anno e con unità operative di pediatria che servono una popolazione superiore ai 20.000 residenti <18 anni; tasso di ospedalizzazione per soggetti di età inferiore a 18 anni).

8. Attuare interventi concertati con le agenzie educative e le comunità locali di prevenzione nei confronti dei comportamenti a rischio in età adolescenziale, privilegiando i messaggi positivi e formativi rispetto alla pura informazione sui rischi (citato tra gli obiettivi del PSN). (Indicatore: percentuale di aziende che hanno promosso programmi rivolti ad adolescenti d'intesa con le scuole ed altre agenzie educative).

9. Incentivare la produzione di linee guida per l'utilizzo di tecnologie biomediche da parte di società scientifiche e di criteri di autoaccreditamento per i servizi ospedalieri e territoriali che si occupano della salute della donna e del bambino e della nascita (citato dal PSN tra le azioni raccomandate). (Indicatore: linee guida adottate per gravidanza, parto, cure ospedaliere al neonato, cure ospedaliere pediatriche, pediatria di famiglia, pediatria di comunità, soggetti con bisogni speciali).

10. Attivare sistemi di monitoraggio e valutazione dello stato di salute e dell'of-



ferta dei servizi, comprendendo in questa attività anche la rete dei MMG e dei PDF (PSN: Monitorare lo stato di salute dell'infanzia, citato tra gli obiettivi prioritari del PSN). (Indicatore: percentuale di aziende che hanno attivato sistemi informativi basati sui principali indicatori di stato di salute e di processo per i servizi per la donna ed il bambino).

11. Promuovere attività di ricerca sui servizi e attività di formazione in armonia con gli obiettivi generali del piano.

(Indicatore: percentuale delle attività di ricerca e formazione finanziate su base regionale o interregionale aventi come finalità lo studio del rapporto tra strutture processi ed esiti, la razionalizzazione dei servizi, la qualità delle cure in rapporto con le finalità generali del piano).

4.6 Accreditemento e qualità

L'attività di accreditamento, necessaria per adire alle convenzioni sia per il SSN che per i privati dovrebbe servire per garantire ai cittadini livelli adeguati di qualità dell'assistenza erogata dalle strutture sanitarie (DL 502/92 art 8).

Si tratta in sostanza di individuare (oltre a quelli minimi di *Struttura* che devono essere identificati dalle Regioni e che sono di natura strutturale, tecnologica ed organizzativa) criteri di buona pratica clinica nel *Processo* assistenziale desumendoli pragmaticamente dalle analisi del processo di erogazione delle cure iniziando dall'accettazione dei problemi di salute del cittadino fino alla sua guarigione o alla cronicizzazione del suo problema.

Lo studio dell'accreditamento sulla base dell'*Esito*, cioè dell'efficacia, è un'altra strada che può essere percorsa specialmente nelle terapie intensive e nei trattamenti di malattie croniche.

Quella basata sulla soddisfazione (sempre *Esito*) è una ulteriore metodologia di studio di incerto, per ora, significato ed assai contestata quanto alle modalità di ricerca. Mentre quello dei livelli minimi di struttura è operazione obbligatoria eterodiretta (certificazione di conformità), quello di accreditamento è un processo che inizia volontariamente all'interno delle strutture e può successivamente essere formalizzato per pubblica regolamentazione (Spa-

Sostegno energetico naturale.



BIOTREFON
100 PLUS

COMPLESSO ENERGETICO NATURALE A BASE DI GELATINA REALE, POLLINE DI FIORI ED ESTRATTO DI FEGATO FRESCO. PER UNO SOSTEGNO DI RAPIDA ASSIMILAZIONE.

ALIMENTO INTEGRATIVO
Quantità consigliata per BAMBINI



BAMBINI: 100 PLUS | RAGAZZI: 200 PLUS

La sua formulazione a base di estratto di fegato fresco di suino, polline di fiori, gelatina reale assicura ai bambini e ai ragazzi un apporto bilanciato di vitamine, enzimi, aminoacidi e sali minerali. **Biotrefon:** sostegno energetico naturale, prezioso nei momenti di intenso sforzo fisico e mentale e in convalescenza.



gna, Catalogna, Italia?) oppure per via professionale (USA, Canada, Australia). Anche la formalizzazione pubblica può, però, consentire che il processo di accreditamento avvenga fra pari avvicinando il sistema a quello dei paesi anglofoni.

Molto materiale in merito è stato prodotto nelle varie regioni (bozze, bozze provvisorie, bozze non corrette, strumenti di sperimentazione ecc.) attorno a questo problema con una ripetitività di cui tutti si sono resi certamente conto. Il loro significato è per ora di puro (talora dispendioso) esercizio.

Quello che si ritiene fortemente necessario sottolineare è che il processo di accreditamento cominci con una attività prima di autovalutazione e di consenso fra professionisti della sanità circa:

- l'adozione di strumenti, tecniche, soluzioni organizzative di cui sia provata l'efficacia, la sicurezza, la convenienza economica, l'accettabilità, l'eticità, l'appropriatezza;

- l'adozione di linee guida scritte per l'uso di quanto sopra.

Successivamente si dovrebbero costruire una serie di criteri, di standard e di indicatori da fornire a valutatori esterni dei sistemi sanitari. Per quanto riguarda l'ambito materno-infantile sarebbe un grave errore metodologico distinguere le procedure di accreditamento in ospedaliero ed extraospedaliero come viene suggerito da alcuni, estendendo alla tutela dell'infanzia

processi validi, forse, per la medicina dell'adulto.

Ciò può essere accettato per i criteri minimi di struttura, ma non per le linee guida che uniformano il processo assistenziale. Queste devono essere basate sui bisogni dell'assistito e non sulle esigenze delle strutture assistenziali; sono dunque strumenti di lavoro in molti casi comuni a più servizi, per esempio i punti nascita e la Pediatria di famiglia.

5. FORMAZIONE E RICERCA

Gran parte di questo documento è dedicata alla definizione di bisogni, obiettivi e alla conseguente definizione di un quadro di organizzazione e funzionamento dei servizi in grado di rispondere alle esigenze. Deve essere tuttavia chiaro che ogni ipotesi programmatica e organizzativa non può basarsi su una classe di pediatri formati su contenuti ruoli e ipotesi di organizzazione dei servizi in larga parte superata dai fatti e su metodologie formative altrettanto largamente obsolete. In questo senso il nodo della formazione curricolare, così come di una seria attività di ricerca, nelle aree corrispondenti ai nuovi bisogni, per tutti i pediatri e non solo per quelli destinati all'indirizzo di pediatria di comunità, è cruciale per garantire una base culturale al rinnovamento.

5.1 Formazione curricolare del pediatra

Se importanti passi avanti sono stati compiuti con la riforma delle scuole di specialità, non vi sono dubbi che il punto debole resta la carenza di competenze didattiche e progetti formativi nel campo della pediatria di famiglia e della pediatria di comunità. La proposta formulata a suo tempo di un progetto collaborativo tra quattro sedi universitarie per il coinvolgimento dei pediatri di famiglia nell'insegnamento ha conosciuto una certa diffusione, ma nel frattempo è divenuta essa stessa insufficiente a coprire le esigenze di formazione nel campo della pediatria di famiglia. Per quanto riguarda la pediatria di comunità, praticamente solo due scuole

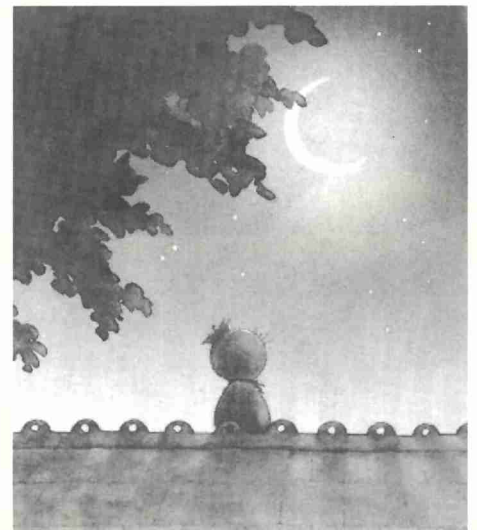
(Milano polo di Monza e Padova) hanno intrapreso, la prima con collaborazione di molte altre sedi extrauniversitarie, esperienze formative nel campo della pediatria di comunità. Manca un serio confronto sul tema e si possono qui solamente delineare alcune proposte di massima:

- la prima è la promozione di un coordinamento tra sedi universitarie per la formulazione di piani didattici nelle due aree della pediatria di famiglia e di quella di comunità, costruiti avendo come principio guida la collaborazione con i pediatri di famiglia e i pediatri di comunità o dirigenti di servizi territoriali.

- La seconda è in ogni caso un processo di "accreditamento" per questi tutori - la cui definizione formale può essere quella di professori a contratto - per promuoverne e garantirne la qualità didattica (come d'altronde già fatto a suo tempo per i pediatri di famiglia con un atelier didattico ad hoc).

- La terza è il collegamento con i gruppi europei (Association for Paediatric Education in Europe e European Society for Social Paediatrics) che hanno formulato una proposta di insegnamento post-laurea per la pediatria sociale e di comunità, e la sostanziale acquisizione del curriculum proposto in sede europea.

- La quarta, probabilmente la più difficile da realizzare, è che nell'ambito del reclutamento di nuovi docenti universitari di pediatria, le competenze nell'ambito della



pediatria sociale e di comunità vengano valorizzate e, almeno nelle sedi maggiori ove si ritiene di avviare l'indirizzo di pediatria di comunità, siano previsti docenti, magari di seconda fascia, ad hoc. Questo è sempre esistito ma quasi sempre come espediente per la creazione di nuovi sbocchi di carriera universitaria piuttosto che in base a un curriculum formativo specifico reale. In questo ambito il gap rispetto a molti altri paesi europei è notevole.

5.2 Formazione in-servizio

Esistono sostanzialmente due modalità di formazione ed aggiornamento per i pediatri: quelle formalmente definite in base alla Convenzione nazionale per i pediatri di famiglia e attualmente funzionanti su base regionale (quasi ovunque solo per la parte definita dai pediatri); e quelle informali costituite da congressi corsi ecc. Per la prima modalità si tratta di stabilire il

principio per cui la definizione dei temi per l'aggiornamento sia condivisa tra sistema sanitario regionale, in base ai problemi ed obiettivi ritenuti prioritari, e pediatri. È evidente che le esigenze percepite di aggiornamento debbano essere tenute in debito conto ma è anche sacrosanto che il sistema sanitario, del quale i pediatri di famiglia devono sentirsi parte attiva, affermi le sue priorità.

In pratica non dovrebbe essere difficile trovare un equilibrio tra le due esigenze. Per quanto riguarda il metodo è fuori discussione il metodo interattivo, da incentivarsi ulteriormente fino alla definizione di veri e propri gruppi di lavoro per la definizione di protocolli e programmi. Le linee guida vere e proprie dovrebbero essere definite su base nazionale, almeno per le patologie di maggior rilievo o complessità, da parte di specifici gruppi di lavoro (società affiliate SIP o altro), cui peraltro dovrebbero partecipare pediatri ospedalieri e di famiglia a garanzia della

praticabilità e della generalizzabilità alle casistiche reali e non solo a quelle viste nei centri specialistici.

La materia dei congressi organizzati dalle Società Scientifiche su base nazionale e locale deve essere rivista. Se ne fanno in numero eccessivo (700-1.000 all'anno!) e purtroppo crescente. Se è vero che la metodologia interattiva si è diffusa, a volte però restando un simulacro di una vera discussione partecipata per la tendenza a soddisfare esigenze di rappresentatività con un numero eccessivo di relatori, è vero che gli stessi pediatri di famiglia ammettono che il ruolo costituito da congressi e corsi nel miglioramento della qualità delle cure è pressochè nullo (*M. e B. 1997;7:22-26*). Si tratta dunque:

- di limitare le occasioni congressuali "tuttologhe";
- di privilegiare seminari di consenso su temi specifici, con il concorso di esperti e non, finalizzati alla produzione di raccomandazioni, linee guida ecc. secondo una

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. Denominazione della specialità: ENTEROGERMINA

2. Composizione qualitativa e quantitativa - Un fialoide contiene: principio attivo: spore di *Bacillus subtilis* poliantibiotico resistente 1 miliardo. **3. Forma farmaceutica** - Sospensione orale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE - 4.1 Indicazioni terapeutiche** - Cura e profilassi del dismicrobismo intestinale e conseguenti disvitaminosi endogene. Terapia coadiuvante al ripristino della flora microbica intestinale, alterata nel corso di trattamenti antibiotici o chemioterapici. Turbe acute e croniche gastro-enteriche dei lattanti, imputabili ad intossicazioni o a dismicrobismi intestinali e a disvitaminosi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** - Adulti: 4-6 fialoidi al giorno; bambini: 3-4 fialoidi al giorno; lattanti: 2-3 fialoidi al giorno, salvo diversa prescrizione medica. Somministrazione ad intervalli regolari (3-4 ore), diluendo il contenuto del fialoide in acqua zuccherata, latte, tè, aranciata. **4.3 Controindicazioni** - Ipersensibilità accertata verso il prodotto. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso. 4.4.1 Speciali avvertenze** - L'eventuale presenza di corpuscoli visibili nei fialoidi di ENTEROGERMINA è dovuta ad aggregati di spore di *Bacillus subtilis*; non è pertanto indice di prodotto alterato. Agitare il fialoide prima dell'uso. **4.4.2 Precauzioni per l'uso** - Nel corso di terapia antibiotica si consiglia di somministrare il preparato nell'intervallo fra l'una e l'altra somministrazione di antibiotico. Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** - Non sono note eventuali interazioni medicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Gravidanza ed allattamento** - Non esistono conclusioni sull'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** - Il farmaco non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine. **4.8 Effetti indesiderati** - Non sono stati segnalati, sino ad oggi, effetti collaterali con l'impiego del farmaco. **4.9 Sovradosaggio** - A tutt'oggi non sono state segnalate manifestazioni cliniche da sovradosaggio. **5. Proprietà farmacologiche - 5.1 Proprietà farmacodinamiche** - ENTEROGERMINA è un preparato costituito da una sospensione di spore di *Bacillus subtilis*, ospite abituale dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrate per via orale, le spore di *Bacillus subtilis*, grazie alla loro elevata resistenza nei confronti di agenti sia chimici che fisici, superano la barriera del succo gastrico acido, raggiungendo indenni il tratto intestinale ove si trasformano in cellule vegetative, metabolicamente attive. La somministra-

zione di ENTEROGERMINA contribuisce al ripristino della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dal *Bacillus subtilis*. Essendo, inoltre, il *Bacillus subtilis* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere la disvitaminosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica aspecifica e antitossica, strettamente connessa all'azione metabolica del *subtilis*. Inoltre, il grado elevato di resistenza eterologa agli antibiotici indotta artificialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. ENTEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata tra due successive somministrazioni di antibiotici. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: Penicilline, Cefalosporine, Tetracicline, Macrolidi, Aminoglicosidi, Novobiocina, Cloramfenicolo, Tiamfenicolo, Lincomicina, Isoniazide, Cicloserina, Rifampicina, Acido Nalidixico e Acido Pipemidico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE - 6.1 Lista degli eccipienti** - Acqua distillata sterile - **6.2 Incompatibilità** - Non sono note incompatibilità. **6.3 Periodo di validità** - Stabilità a confezionamento integro: 24 mesi. Stabilità dopo apertura del fialoide: è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** - Nessuna. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** - Scatola di cartone contenente 10 fialoidi. Prezzo L. 10.000. Scatola di cartone contenente 20 fialoidi. Prezzo L. 19.000. **6.6 Istruzioni per l'uso** - Agitare il fialoide prima dell'uso. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - SANOFI WINTHROP S.p.A. - Via Piranesi, 38 - Milano. - **8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - Confezione di 10 fialoidi A.I.C. n° 013046014. Confezione di 20 fialoidi A.I.C. n° 013046026. - **9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** - Confezione di 10 fialoidi: 3 Novembre 1978/1 Giugno 1995. **10. Tabella di appartenenza secondo D.P.R. 309/90** - Non soggetta al D.P.R. 309/90. **11. Regime di dispensazione al pubblico** - Non soggetto a prescrizione medica. **12. Data di (parziale) revisione del testo** - 30 Maggio 1996.

sanofi

prassi largamente in uso presso molte società pediatriche (vedi task force dell'AAP o della Royal Society for Paediatrics and Child Health).

In questo senso anche i gruppi specialistici definiti in ambito SIP dovrebbero porre maggiore attenzione al loro rapporto con la base dei pediatri ospedalieri e di famiglia;

- di dare maggior spazio a strumenti formativi innovativi quali conferenze sul caso sia in forma diretta che telematica, Journal Club ecc.;

- la materia dei Congressi come d'altronde tutta la materia del rapporto dei pediatri con l'industria farmaceutica e dei lattini va inoltre rivista nel senso della moralizzazione e di un rapporto che non escluda la collaborazione con l'industria ma la indirizzi verso obiettivi prioritari nella formazione e la ricerca nella assoluta trasparenza dei rapporti a garanzia della professionalità del pediatra come delle prerogative dell'utenza. Le Società professionali di molti paesi e la stessa industria farmaceutica si stanno dando dei codici di comportamento. L'ACP ha definito "un impegno di autoregolamentazione" per i propri associati.

5.3 Ricerca nell'area delle cure primarie e ricerca sui servizi sanitari

Si propongono qui esclusivamente alcuni temi sui quali vi è necessità di nuove o diverse iniziative (ricerca nell'area delle cure primarie, ricerca sui servizi), mentre non si interviene sulla materia che riguarda le diverse specialità pediatriche. Coerentemente con quanto recentemente espresso nell'ambito del PSN per quanto riguarda le priorità per la ricerca, questa area va fortemente potenziata e privilegiata nell'ambito della ricerca finanziata dal SSN. Si tratterà dunque di:

- promuovere nell'ambito delle attività di ricerca condotte su base nazionale regionale e aziendale progetti specifici finalizzati a: definizione epidemiologica di fenomeni emergenti, valutazione di qualità delle cure ai differenti livelli del sistema con particolare riguardo ai bambini con bisogni speciali, sperimentazione di modelli assistenziali innovativi nell'ambito delle cure primarie, valutazione di vec-

chie e nuove tecnologie secondo il modello "evidence-based";

- coordinare per quanto possibile le iniziative di ricerca nonché la formazione specifica dei ricercatori tra le varie agenzie e gruppi coinvolti, se necessario attivando e costruendo specifiche iniziative. In questo senso il costituito gruppo di ricerca nell'area delle cure primarie dell'ACP si propone come promotore e facilitatore, non certo esclusivo, di questo processo (*M. e B. 1997;7:31*).

6. RUOLO E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI

Al di là di impostazioni ideologiche aprioristiche, la pratica stessa sia delle cure ai malati che della promozione della salute ha dimostrato fuori di ogni dubbio che una consapevole e piena partecipazione degli utenti, sia come singoli sia come gruppi, al proprio progetto di cura o di prevenzione, è un requisito indispensabile per il successo. L'intero rapporto, non solo tra singolo medico e singolo paziente (la famiglia e il bambino nel nostro caso), ma tra i servizi e la popolazione va ridefinito su basi di maggior condivisione e trasparenza se si vuole invertire la tendenza in atto di un allontanamento dalla medicina pubblica costruita su basi razionali e dagli operatori della salute.

Il ruolo di associazioni di consumatori, sia specifiche per patologie particolari, sia generiche, nella promozione e controllo della qualità delle cure si sta rapidamente sviluppando soprattutto nei paesi nordici e anglosassoni.

Nel campo della salute infantile questa materia è tanto più evidente ed urgente in quanto coinvolge aspetti di enorme rilevanza etica e umana, basti pensare a tutta la materia della consulenza genetica e della diagnosi prenatale, delle sindromi complesse, delle terapie sperimentali. Di seguito vengono indicate alcune possibili direzioni di lavoro, quale primo tentativo di articolazione delle attenzioni e degli sforzi che devono essere fatti in questa direzione:

1. Definizione sia in ambito ospedaliero che della pediatria di famiglia di "carte" dei diritti del bambino e della famiglia che

definiscano per l'utenza l'ambito del diritto all'informazione, alla presenza, al controllo. Strumenti di questo tipo sono già stati elaborati e proposti. Alcune Regioni hanno definito delle regole minime ad esempio per il momento della nascita, rimaste peraltro largamente inattuato. L'Istituto "Burlo Garofolo" ha recentemente approvato una carta dei diritti del bambino in ospedale.

2. Promozione e supporto alla partecipazione di associazioni laiche di famiglie alla elaborazione di linee guida per quanto riguarda i percorsi assistenziali su patologie specifiche e non. Anche in questo senso ci sono ampie esperienze a partire dall'area oncologica e dai centri di assistenza per alcune sindromi congenite quali la sindrome di Down.

3. Promozione e supporto alla partecipazione delle famiglie anche al di là di specifiche situazioni di malattia, alla definizione di piani e percorsi soprattutto nel campo preventivo, ma anche a salvaguardia della qualità dei servizi e dei diritti di cui al punto 1 (vedi alcune positive esperienze anche sul piano locale svolte con il contributo del Tribunale dei Diritti del Malato).

4. In via sperimentale è da perseguire la partecipazione delle famiglie ai processi di definizione delle priorità nella allocazione delle risorse per la salute dell'infanzia e dell'adolescenza. In generale, ciascun professionista, così come ciascun gruppo operativo in campo ospedaliero territoriale e ciascuna società scientifica di settore, dovrebbero proporsi di dedicare una specifica attenzione, nell'ambito della organizzazione dei propri piani di attività, a questo tema. L'Associazione Culturale Pediatri ha da tempo adottato la prassi di dedicare uno spazio nei propri congressi, e nelle proprie riviste, al dialogo con la società civile nelle sue varie espressioni (famiglie, operatori della scuola, altri operatori) con la consapevolezza che questo sia cruciale per proporsi traguardi maggiori nella tutela e nella promozione della salute del bambino e dell'adolescente. ■





Un senso di sicurezza

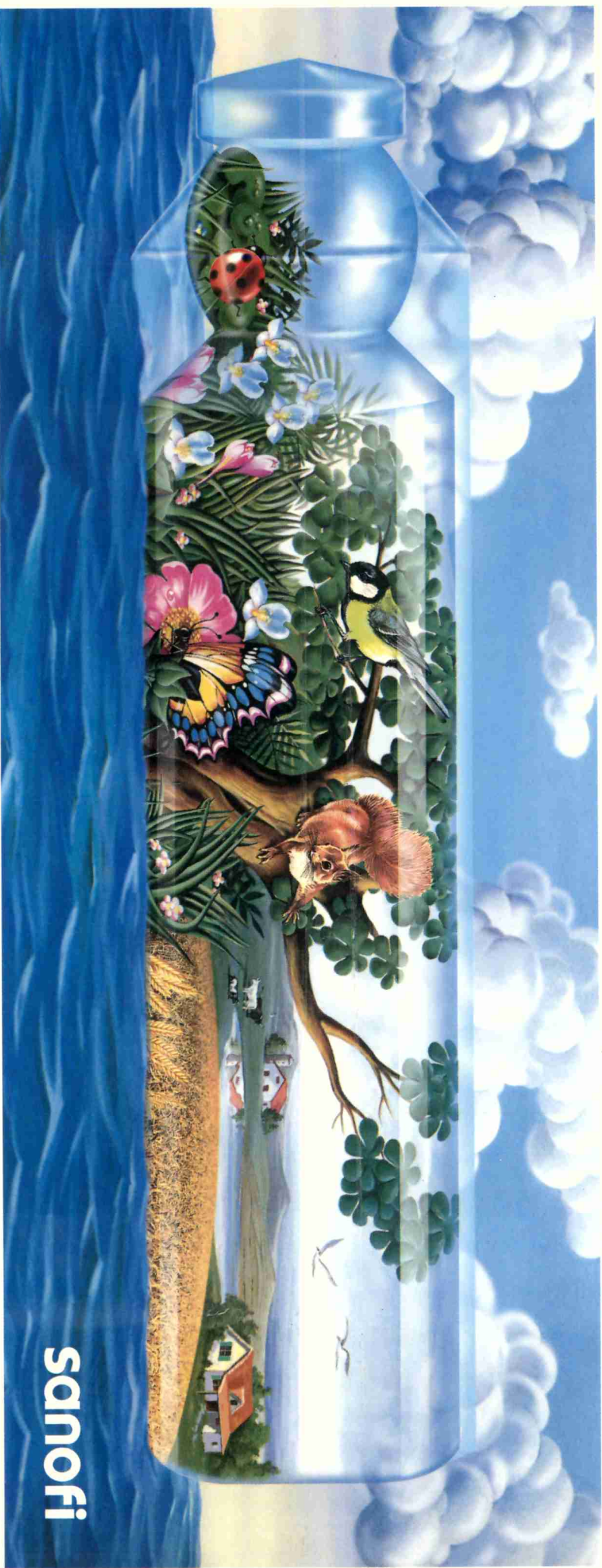
In tutti i negozi Prénatal

c'è una linea di prodotti che danno quel senso di sicurezza indispensabile quando il tuo bambino entra nella fase dell'esplorazione: paraspigoli, interfono, barriere e bloccaporte sono oggetti intelligenti studiati per rispondere al suo bisogno di protezione, per aiutarlo a superare eventuali ostacoli e difficoltà, favorendo la sua completa autonomia. In negozio il nostro personale si affiancherà a te per consigliarti, darti informazioni e trasmetterti tutta la sua competenza. Un milione di mamme in Italia si fidano di Prénatal.

PRÉ NA TAL

un progetto
per crescere

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



sanofi

ENTNEROGGERMINA®

Lo recupera e lo mantiene.