

OSPEDALE E TERRITORIO

EVOLUZIONE NELL'ASSISTENZA E NELLA SPESA SANITARIA

di Giuseppe Caramia
Divisione di Pediatria e Neonatologia
Azienda Ospedaliera Materno Infantile "G. Salesi" - Ancona

Nel V° secolo a.C. Socrate affermava che "non si deve tener conto del vivere ma del vivere bene" (Platone, Il Critone o del Dovero).

Tale concetto è stato successivamente ripreso da Aristotele, che nella Politica affermava "compito dello stato non è solo quello di concedere la vita ma piuttosto una buona qualità di vita", dalla Rivoluzione Francese (Il Comitato di Salute Pubblica 1793), e più recentemente dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nella cui Costituzione è scritto "I governi - hanno la responsabilità dello stato di salute della loro popolazione... intendendo non solo assenza di malattia ma completo benessere fisico, psicologico e sociale".

Il Movimento liberale cresciuto in Europa, dopo la Rivoluzione Francese, ha però avuto una profonda ripercussione anche sulla organizzazione delle cure sanitarie. Per questo "neo liberismo economico", il diritto all'assistenza sanitaria non sarebbe esistito come capitolo della giustizia ma come un obbligo ad una virtù, la carità, che ci ordina di aiutare coloro che non possono rivendicare il diritto al nostro aiuto. Secondo la concezione della "medicina liberale" il mercato della salute si sarebbe dovuto reggere, e in pratica si è retto, sulle leggi del libero scambio tanto che nel secolo scorso la deontologia medica ha disapprovato che il medico diventasse uno stipendiato o che venisse pagato da assicurazioni.

Gli ordini professionali di parecchi paesi, in nome del modello liberale, hanno osteggiato tutte le forme socializzate di assistenza sanitaria ed anche più recentemente negli anni 30 l'American Medical Association si opponeva alla assicurazione sanitaria nazionale perché

sosteneva che l'assistenza pubblica era contraria agli interessi del paziente meglio difesi dall'etica medica tradizionale e dai vari istituti di beneficenza.

Abbiamo pertanto assistito nel volgere di molti anni al progredire di due tendenze filosofiche: quella latino europea che trae origine dagli studi classici e dai principi della solidarietà e del rispetto della qualità della vita e quella anglosassone e nord americana del Nuovo Mondo che trae origine dal neo liberismo e che si basa sull'efficienza.

Motivi etici e di solidarietà, che nel Nord America hanno fra l'altro dato luogo alla nascita della cultura della Medical Humanities, e bisogni di salute con costi crescenti e insostenibili, hanno però spinto tutti i paesi a cercare di coniugare l'etica con l'economia al fine di ottenere una sanità umana ed efficiente. Così in Europa negli ultimi decenni, in una medicina sempre più ricca di conoscenze e persone ed ancor più costosa per gli innumerevoli bisogni di salute in crescita esponenziale, si è inserito l'aspetto economico gestionale che attrae molti sia per il desidero-dovere di fornire adeguate prestazioni assistenziali sia perché la cultura della qualità si abbina a quella della organizzazione delle risorse economiche.

Questo ha introdotto vistosamente il concetto del confronto, del dovere di ottimizzare prestazioni e risultati e, in un ambito un tempo asettico tanto che la professione medica era considerata una missione, il ruolo prorompente del Dio denaro.

E' emerso però sempre più evidente che risorse e spese ingenti non garantiscono l'etica e l'efficienza della sanità tanto che nel 1995 ben 30 Paesi hanno riformato strutturalmente il sistema

sanitario puntando a nuove soluzioni piuttosto che ad improbabili e impossibili aumenti di fondi. Una conferma a quanto sopra deriva dall'esempio degli USA dove nell'ultimo trentennio la spesa medica pur essendo quintuplicata, al netto dell'inflazione raggiungendo il 14,2% del PIL (1), non ha portato a risultati soddisfacenti tanto che del tutto recentemente il Presidente dell'American Academy of Pediatrics ha denunciato che negli ultimi 10 anni la popolazione statunitense senza una assistenza sanitaria è salita da 31 a 43 milioni, 11 dei quali sono bambini (2).

Anche nei paesi dell'OCSE il costo della salute è raddoppiato raggiungendo l'8% del PIL, trovando l'Italia con il 7,5% in linea con questi stati, senza soddisfare a pieno i bisogni e le richieste di salute (Rapporto OCSE) (3).

Per i suddetti motivi negli Usa da circa 10 anni è stata introdotta, con un certo progressivo successo, una particolare forma di assicurazione sanitaria denominata Managed Care che garantisce ai clienti una riduzione dei costi fino al 30%.

Le clausole prevedono da un lato una minore libertà di scelta nel ricorso alle prestazioni sanitarie in quanto gli assicurati possono rivolgersi solo a medici e ospedali convenzionati, pagando un ticket, mentre se si rivolgono ad altri o al Pronto Soccorso per il ricovero, senza aver consultato il proprio medico che in pratica controlla l'accesso ai servizi, pagano la prestazione per intero, e dall'altro un rimborso a quota capitolaria, e non a prestazione fornita, per i medici e per gli ospedali che accettano di sottoporsi a eventuali periodici controlli circa l'utilizzo e la qualità dei servizi forniti (2-4).

Tabella 1

Entrate e Spese 1996 per macrolivelli assistenziali

(Da B.U. Regione Marche 23.10.1998 Piano Sanitario Regionale 1998/2000)

Macrolivelli	Entrate 1996*	Spese 1996**
Prevenzione	126.528	90.195
Assistenza di base	482.993	566.306
Specialistica	421.945	433.322
Ospedaliera		
	1.277.669	1.415.104
Residenziale	139.841	105.741
Supporto	90.744	142.099
Totale	2.539.720	2.752.765

P.L. 7935
P.L.P.275

* nelle entrate sono considerate, oltre alle assegnazioni previste nell'atto 83/96, le altre assegnazioni ed il fondo di riequilibrio stimate, per i diversi macrolivelli, in misura proporzionale all'entità delle assegnazioni dell'atto stesso.

** nelle uscite sono considerate, oltre alle quote registrate nelle schede di monitoraggio dei livelli assistenziali, e quote non registrate stimate sempre, per i diversi macrolivelli, in misura proporzionale all'entità delle quote indicate nelle schede di monitoraggio.

PL - PLP = Posti letto e Posti letto Pediatrici

L'Assistenza Ospedaliera

Negli anni 30-40 chi ha vissuto e lavorato quotidianamente nelle strutture Ospedaliere ha assistito alla loro incredibile evoluzione. Anche agli occhi della gente la loro immagine è cambiata. Un tempo infatti l'Ospedale era considerato il luogo a cui purtroppo doveva far ricorso il meno abbiente o, in casi eccezionali, chi aveva urgenze chirurgiche. Non raramente l'Ospedale era vissuto come un luogo dove si andava a morire e per questo incuteva terrore e veniva il più possibile evitato.

Negli anni 60 con l'evoluzione della medicina, associata a quella tecnologica, assistenziale, economica e del livello culturale della popolazione, l'Ospedale aveva preso un notevole impulso. Persino agli occhi della gente era cambiato: era diventato un ambiente amico a cui al bisogno far ricorso per guarire.

Questa nuova visione e la mancanza a quel tempo di adeguati mezzi di comunicazione aveva spinto la popolazione a chiedere di adeguare e rimodernare in ogni città, talvolta anche piccola, le strutture ospedaliere e amministratori e politici avevano capito e soddisfatto questa giusta esigenza.

Non è quindi del tutto corretto considerare un errore oggi, a distanza di anni, la riattivazione di tanti piccoli Ospedali avvenuta negli anni '60-'70 in molte Regioni italiane: in quegli anni sono

state date delle risposte, più o meno adeguate, alle giuste esigenze, ai bisogni di salute della popolazione anche se oggi qualcuno vuol far apparire che sono state tutte spese inutili.

Errore enorme, purtroppo, è stato fatto quando, su spinte campanilistiche e politiche, sono state costruite e potenziate strutture, spesso molto vicine fra loro, sproporzionate rispetto al paese e alla popolazione dell'interland; quando sono state costruite strutture che difficilmente, per non essere oggi economicamente passive, possono essere convertite in lungodegenti e/o residence, ad es. per anziani i quali potrebbero trovare, in una comunità adeguatamente raccolta, un ambiente di vita più sicuro e sereno.

Con il progredire dello sviluppo e delle conoscenze scientifiche, dagli anni 80, l'Ospedale ha però di nuovo cambiato volto: ha assunto la connotazione di ambiente ad alta evoluzione tecnologica progredito e d'avanguardia, ad un livello tale da risolvere patologie un tempo incurabili.

All'Ospedale si va non più per morire e non solo per guarire ma per "aggiungere anni alla vita", diversamente giunta al suo termine.

Questa nuova immagine dell'Ospedale si è diffusa nella popolazione che, per il continuo miglioramento delle condizioni economiche, per il diffondersi dei mezzi di trasporto e per la conoscenza

di quanto avviene all'estero, non richiede più un Ospedale in ogni singolo paese, ma dei Centri e delle strutture altamente qualificate, alla pari di quelli dei paesi più evoluti, dove la presenza e il concorrere di competenze specialistiche differenziate danno una maggiore garanzia di successo. Anche i medici spesso preferiscono sedi dove il lavoro, per la concomitante presenza di più specialità, servizi, e tecnologie è più gratificante in quanto dà risultati migliori.

Nel mentre evolveva, agli occhi della popolazione, l'immagine della sanità ed in particolare degli Ospedali, si sono susseguite una serie di leggi. Va ricordata la Legge Nazionale 833/78, che nel rispetto dell'Art. 32 della Costituzione, ha garantito per diritto la salute dei cittadini senza però reali controlli di spesa e di risultati (5).

Si è così assistito al fatto che le USL che più spendevano risultavano essere le più brave perché offrivano più servizi, e avevano comunque il ripianamento del deficit di bilancio, anche se la loro produttività in termini di salute era insignificante e il rapporto costi-salute elevato (1).

La totale indipendenza dai costi, gli sprechi e l'elefantiasi della burocrazia hanno condotto la spesa della sanità a livelli insostenibili per cui con i D.L. 502/92 e 517/93 è stato introdotto il concetto del risparmio e di risorse predefinite dallo Stato alle Regioni pur rimanendo invariato il concetto di universalità dell'assistenza che garantisce tutto a tutti: concetto eticamente corretto ma che oggi, per certi aspetti economici, diventa sempre più irraggiungibile ed utopico. Infatti vi è un continuo aumento del numero dei ricoveri (6), anche di quelli impropri, e della durata delle degenze, nonostante il sistema dei DRG (7-8-9-10), tanto che la spesa ospedaliera occupa oggi circa il 61%, cioè superiore a quel 50% ritenuto massimo dagli economisti, con un trend in aumento del 2,2% all'anno (11-12)

Se poi si vanno a valutare la qualità e l'indice di gradimento degli utenti si rileva che il 73% indica soddisfacente le prestazioni della Assistenza di base, il 59% quella degli Ospedali e solo il 37% quella degli sportelli/uffici delle ASL evidenziando così che la parte burocratica delle ASL è la meno gradita e produttiva (13).

Da quanto sopra esposto appare evidente che nonostante le risorse ingenti ma non infinite, visti i bisogni e i costi crescenti vanno adeguatamente valutati e riesaminati i centri di costo onde abbandonare la zavorra e tutte le spese inutili che riguardano burocrazia, centralismo ospedaliero e territorio e quindi riprogrammare gli investimenti tenendo conto dei bisogni prioritari e valutare opportunamente la partecipazione diretta dell'ammalato alla spesa. Quest'ultimo criterio, certamente discutibile, se non limita i bisogni può responsabilizzare e ridurre gli sprechi e contribuire a garantire di più a tutti migliorando anche la qualità della spesa.

La Pediatria

Potrebbe sembrare strano, per noi esterofili incalliti ma, come segnala del tutto recentemente R. Arigliani (15-2), è una realtà che la Pediatria Italiana è guardata con un certo interesse proprio dagli USA, pur dotati di un eccellente sistema organizzativo. Infatti la nostra Pediatria garantisce a tutta la popolazione in età pediatrica, indipendentemente dal reddito e dallo stato sociale, una buona assistenza senza fare ricorso a sistemi assicurativi privati e costosi (2-14) e ad un costo relativamente basso in

quanto l'importo destinato all'infanzia è solo il 3% della spesa sociale (16). Tale interesse inoltre è dovuto al fatto che da noi esiste il Pediatra ospedaliero, figura per loro inusuale in quanto era il medico curante di famiglia, pediatra o generico, a seguire l'ammalato durante il ricovero in ospedale (17) con tutti i limiti che ne derivano per la scarsa dimestichezza con patologie gravi o inusuali, con la particolare organizzazione del reparto o a causa della lontananza dell'ospedale dal luogo di residenza. Per tali motivi in uno dei più quotati centri pediatrici degli USA, il Children Hospital di Cincinnati, sono stati inseriti nel Servizio Interno di pediatria Generale (GIS) tre pediatri a tempo pieno che seguono i pazienti ricoverati in collaborazione con alcuni specializzandi. Il pediatra di famiglia che ha provveduto al ricovero di un bambino può seguirlo personalmente o affidarlo al collega ospedaliero che, con la collaborazione dello specializzando, si prenderà cura del paziente fornendo alla dimissione tutte le informazioni utili e, entro pochi giorni, una relazione dettagliata sulla evoluzione della malattia.

Allo stato attuale, dall'esperienza dell'ospedale di Cincinnati su riportata, risulta che i pazienti, le famiglie e i pediatri di famiglia accettano la figura del pediatra ospedaliero, purché i sanitari dimostrino di lavorare in stretta collaborazione.

In tale ambito lavorativo è apparsa evidente la necessità da parte degli specializzandi di dedicare un tempo adeguato anche alla attività ambulatoriale (oltre il 50%) per imparare a conoscere bene cosa si può o non si può fare fuori dall'ospedale e dedicando particolare attenzione alla prevenzione e alla gestione continuativa del paziente.

Tutto ciò perché servono soprattutto dei buoni pediatri generalisti e dei buoni pediatri ospedalieri mentre i super specialisti, diversamente da quanto avviene nelle scuole di specializzazione in Italia, sono un numero limitato. A tale proposito infine va rilevato che fin dal 1978 negli USA, paese delle superspecializzazioni, è stata rivalutata la figura dell'Accademico Generalista in quanto in medicina, per non cadere in grossolani errori anche di presunzione, è indispensabile avere una visione panoramica della patologia perché i vari organi ed apparati, pur essendo estremamente diversi fra loro, sono intimamente e profondamente collegati funzionalmente al loro interno (18).

In Italia invece non raramente gli specializzandi frequentano solo ambienti da super o meglio sotto specializzazioni talmente settoriali per cui il loro ambito di conoscenze e culturale è tanto ristretto da far affermare che questi cultori sanno "tutto di niente".

Tabella 2 - Ospedale e territorio: costi della pediatria nella regione Marche

Valore delle prestazioni ospedaliere rese nei reparti di pediatria (1998)	35,8 MILIARDI (compreso costo delle pediatrie di clinica pediatrica e divisione) +10 miliardi per il DRG del neonato (cioè 800.000 per 12.000 nati nella regione)
Costo Pediatri Libera Scelta (1997)	24 miliardi (170 pediatri per 125.000 assistiti per 193.000 Lire circa su una popolazione pediatrica 0-14 anni di 166.000)
Valore prestazioni ambulatoriali (Attività Diagnosi Laborat.-Radiol.)	10 miliardi (stimati 1998) per prestazioni a bambini 0-14 anni
Valore farmaci consumati presso farmacie convenzionate	15 miliardi (stimati 1998) (da 40.000 a 120.000 Lire per bambino)
Costo azienda ospedaliera Materno Infantile G. Salesi Ancona (1998)	Rianimazione, Neuropsichiatria, Chirurgia, Urologia, Oculistica, Clinica Pediatrica, Nefrodialisi, Oncematologia, Diabetologia, Divisione pediatria-fibrosi cistica, Terapia intensiva neonatale III livello e nido, Malattie infettive e AIDS, Cardiologia, Anestesia e blocco operatorio, Laboratorio Analisi, Radiologia, Farmacia, Pronto Soccorso Totale: 30 miliardi circa (compresi costi comuni pari a 10 miliardi circa)
COSTO PEDIATRIA OSPEDALIERA: =	35,8 Miliardi + 10 DRG neonati + 30 Salesi = 75,8 Miliardi (poco più del 5% del costo totale della Sanità Ospedaliera Reg.le)
PEDIATRIA DI FAMIGLIA:	= 49 Miliardi
COSTO TOTALE AREA PEDIATRICA	= 125 Miliardi (poco meno del 5% del costo totale della Sanità Reg.le)

Tabella 3

	REGIONE	ADULTI	ETA' PEDIATRICA
ABITANTI	1.440.000	1.240.000	170.000 - 200.000 (12 - 14 %)
POSTI LETTO TOTALI E PER 1000 ABITANTI	7935 (5,5)	7660 (6,0)	5144 Acuti 1000 Lunga Degenza 1103 Spec. Reg. le 157 Acuti 275 118 Spec. Reg. le (1,6) (3,4 % del tot. P.L.)
COSTO SANITA' OSPEDALIERE	1.415 miliardi (52 % spesa totale)	1.340 mil.	75 mil. (5,3 %)
COSTO POSTO LETTO PER ABITANTE	1 milione (circa)	1.080.000 (circa)	241.000 - 375.000 (circa) (1,5 - 2,6 %)
COSTO SINGOLO POSTO LETTO PER ANNO	178 milioni	175 mil.	27 milioni + 50 % per: - 118 Spec. Reg. le - 118 assist. posto letto - esigenze assist. x l'età
COSTO SPECIALISTICA	433.322 miliardi (15 % spesa totale)	384.322 miliardi	49 miliardi (11,3 %)
COSTO SPECIALISTICA PER ABITANTE	300.000	310.000	280.000 - 245.000

La realtà Marchigiana

Il più importante punto di riferimento della assistenza sanitaria è stato ed è tuttora agli occhi della gente, forse erroneamente per alcuni aspetti, l'ospedale. Dopo la istituzione della Pediatria di Libera Scelta un notevole carico di lavoro e di filtro ai ricoveri viene fatto, in maniera professionalmente valida, dai Pediatri di Famiglia ma i due gruppi purtroppo lavorano separatamente senza collegamenti di base su importanti aspetti di politica e sanità pubblica dell'età pediatrica. Mentre negli USA nel 1978 fu organizzata una task force chiamata Future Of Pediatric Education (FOPE) per programmare l'attività pediatrica del successivo ventennio, e nel 1996 è stata riattivata e suddivisa in cinque gruppi di studio: formazione del pediatra; forza lavoro in pediatria; aspetto finanziario; pediatria generalistica; pediatria superspecialistica che devono fornire indicazioni precise entro il 1999 su come affrontare le esigenze dei bambini e di tutti coloro che operano nell'assistenza pediatrica (19), il nostro malsano individualismo ci fa ancora navigare alla giornata, singolarmente, sperando nella buona stella.

E' pertanto indispensabile in una epoca, in cui i mezzi di comunicazione multimediale stanno diventando parte

integrante della vita professionale di tutti, saper trovare una base di incontro per affrontare importanti problemi comuni che riguardano la formazione, l'organizzazione, il consumo dei farmaci, l'epidemiologia, la ricerca, i costi totali e suddivisi per le indagini diagnostiche, per i vari raggruppamenti quali ospedali e territorio, personale medico, infermieristico e amministrativo, ecc.

Vanno pertanto viste con particolare favore e sostenute tutte quelle iniziative collaborative che da poco stanno nascendo quali indagini epidemiologiche, pediatra sentinella, ecc. e che si spera siano l'inizio di una fattiva collaborazione fra tutti i pediatri Universitari, Ospedalieri e del Territorio.

In questo ambito visto che la Regione Marche è alquanto piccola e può rappresentare un modello operativo valido su scala nazionale e che l'aspetto economico può condizionare molto del nostro operato, abbiamo voluto portare un modesto contributo sui Centri di Costo dell'Area Pediatrica Regionale.

Dalla Tabella 1 riportata nel Piano Sanitario Regionale 1998-2000 risulta la spesa sanitaria totale e quella ospedaliera che, per 1.442.000 abitanti, corrisponde rispettivamente a poco meno di due milioni per abitante e a circa un milione per abitante pari al 52% della spesa sanitaria regionale.

I posti letto ospedalieri della regione

sono 7935 (pari 5,5 % abitanti) di cui 275 pediatrici (pari a 0,16 per 1.000 del totale degli abitanti della regionale e 3,40 % del totale dei posti letto) compresi i letti delle superspecialità pediatriche dell'Azienda Ospedaliera Salesi. Il numero dei posti letto pediatrici è pertanto molto contenuto.

Nella tabella 2 vengono riportati i costi della Pediatria Ospedaliera e del Territorio. I due importi quasi si equivalgono. Bisogna però tenere presente che le pediatrie ospedaliere sono pressochè in pareggio pur provvedendo a pagare i costi di Medici, Infermieri, medicine, esami diagnostici, vitto, e i costi comuni (Manager, Amministrativi, manutenzioni, ammortamenti apparecchiature, ecc.) che rappresentano circa il 20-25% dei costi totali. Vengono inoltre riportati i costi dell'Azienda Ospedaliera Materno Infantile G. Salesi che in pratica dà assistenza a tutte le patologie particolari, mediche e chirurgiche di tutti i bambini (da 0 a 16 anni e oltre) della Regione Marche (e alcuni di fuori Regione) a cui vanno aggiunti i costi della cardio-chirurgia pediatrica del Cardiologico Lancisi per cui il costo totale dovrebbe essere fra i 75 e gli 80 miliardi /anno. Tale costo non è rilevante a confronto di quello degli adulti e, in proporzione agli abitanti, di quello stimato di tutta la pediatria ospedaliera nazionale (3.400 miliardi nel 1995). Le

affermazioni pertanto di centralismo ospedaliero (20-21) non ci sembrano per l'età pediatrica e per le Marche del tutto attinenti. Senza negare inoltre che le U. Operative Pediatriche di ospedali con piccolo hinterland possono catalizzare ed essere responsabili di alcuni ricoveri impropri, per quanto riguarda l'Azienda Salesi essendo azienda autonoma non può (vantaggio dell'autonomia?) procurarsi ricoveri impropri. Va infine valutato, nella giusta ottica e con dati precisi, il tasso di ospedalizzazione pediatrico.

Nella Tabella 3 vengono riportati alcuni valori regionali nel loro totale e distinti per l'età. Appare evidente per l'area pediatrica il numero limitato dei posti letto, con elevato numero di quelli specialistici a valenza regionale, il modesto costo della sanità ospedaliera, dei posti letto pediatrici per abitante, e del costo più elevato del singolo posto letto/anno da imputare al numero proporzionalmente maggiore di posti letto specialistici regionali, al maggior numero di assistiti per posto letto, alle maggiori esigenze assistenziali e quindi costi dell'età pediatrica.

Per quanto riguarda la pediatria specialistica di famiglia i costi si mantengono su livelli lievemente inferiori a quelli dell'adulto.

Considerazioni conclusive

Nel panorama sanitario, che ha visto il passaggio da una concezione vocazionale dell'assistenza e del lavoro del medico a quella più prettamente professionale, abbiamo assistito all'imposizione di riforme e contro riforme, spesso mal copiate da nazioni dove avevano dimostrato non pochi limiti, con la nascita, lo splendore e la decadenza delle condotte, delle mutue, dei tanti ospedali, dei tanti posti letto, all'imminente rinascere del medico generale, dell'assistenza indiretta assicurativa e alla panacea dell'aziendalismo, del mercato, del profitto.

Per quanto riguarda gli aspetti economici, questi sono in ambito sanitario molto importanti perchè il risparmio, e l'oculato impiego delle risorse, significa dare maggiori possibilità di cure e di guarigione ad altri. Chi però da anni ha

cercato di capire, per entusiasmo e/o perchè costretto dalle avversità, quanto avviene in zone più progredite e più o meno vicine, si rende conto che il manager che ritiene di risolvere i problemi economici del bilancio generale cercando di fare risparmi significativi su un importo di spesa che corrisponde a poco più o poco meno del 5% del totale, è proprio fuori rotta (tabella 2). Questo è ancora più evidente se si pensa che la pediatria è la medicina preventiva per eccellenza che ha permesso un notevole allungamento e una buona qualità della vita: è la medicina preventiva della "Patologia Geriatrica".

L'aziendalismo e il profitto inoltre "se non si dimostreranno al servizio di scelte equilibrate corrette ed etnicamente giuste, applicando le semplici e da sempre valide regole del rispetto e della buona efficienza rischieranno di aggiungere danno al male e di finire come Asclepio, grande maestro nel guarire i morbi dolorosi degli uomini, che fu fulminato da Giove per essersi lasciato guidare dal guadagno.

E' pertanto indispensabile un rinnovamento delle basi etiche della Sanità tutta, al di là di certe arroganze pseudomanageriali che richiamano alla mente incapacità e faziosità di tempi non proprio lontani. Bisogna uscire dai sogni, dall'utopia, dalla presunzione, dalla prevaricazione, luci oscure che piovano dalle stelle" (Bambino: Progetto Salute '97) (22-23).

Particolare impegno dovrà quindi essere rivolto a migliorare il dialogo fra la componente pediatrica ospedaliera e del territorio, a impegnarsi sulla formazione e l'aggiornamento pediatrico, a condurre indagini, come Gruppi di Studio e Società Scientifiche, per l'appropriatezza dei ricoveri e del day hospital, per un oculato controllo dei costi, della spesa sanitaria, della qualità e della forza lavoro in pediatria. I risultati delle indagini convinceranno tutti a una maggiore partecipazione e collaborazione per la riorganizzazione dell'assistenza nell'area pediatrica, per la costruzione di una sanità migliore.

L'impegno sarà indubbiamente notevole soprattutto in un Paese dove un certo malinteso individualismo, che in realtà non raramente nasconde la pretesa di fare ciò che si vuole esigendo

però dagli altri quello che noi non siamo disposti a fare, ostacola la comunicazione, il dialogo e quella impalcatura organizzativa ottimale e irrinunciabile per un sistema complesso quale è la Sanità oggi.

Bibliografia

- (1) Meneghelli G.: L'economia dei tagli di spesa non garantisce l'etica e l'efficienza della salute. Il Medico Pediatra 1998; 5: 147-149.
- (2) Arigliani R: Anche John guarda il collega Mario. Occhio Clinico Pediatria 1999; 7: 45-47.
- (3) Zanetta G.P., Ruffino E.: Sistemi Sanitari a confronto. Blu Ed. 1996.
- (4) Murgia V. et al.: La pediatria di famiglia a San Francisco. Il Medico Pediatra 1996; 6: 319.
- (5) Gazzola G.: La sanità liberata. Il Mulino Ed. 1997.
- (6) Perletti L. et al.: L'assistenza pediatrica in Italia oggi. Indagine condotta dal Gruppo di Studio di Pediatria Ospedaliera. Atti Congresso Internazionale "Bambino: Progetto Salute" 1999; 194-206.
- (7) La Spesa Sanitaria in Italia. Rapporto OCSE 1999.
- (8) Rapporto ISTAT sull'Italia. Il Mulino Ed. 1997.
- (9) Analisi delle S.D.O. 1995. Tanti DRG, tanti più ricoveri, forse troppi. ASI 1997; 18:1.
- (10) Cavichi I.: Ripensare alla farmaceutica in positivo. Asi 1997; 21: 45.
- (11) Pesaresi F.: La spesa ospedaliera nei Paesi OCSE. ASI 1998; 6:27
- (12) Meneghelli G.: Lo stato dell'assistenza pediatrica. (Lettera) Medico e Bambino 1999; 1: 16.
- (13) Valutazione della qualità del SSN. Indagine Smith-K/Eurisko. Tendenze 1997; 1:3.
- (14) Del Torso S. et al.: Primary care pediatrics in Italia: eighteen years of clinical care, research and teaching under a National Health System. Pediatrics 1997; 99 :8.
- (15) Arigliani R.: L'Uovo di Colombo. Occhio Clinico pediatria 1998; 10:2.
- (16) Indagine Bankitalia 1997; 17: 3.
- (17) Waccher R.: The emerging role of "hospitalists" in the american healthcare system. New. Engl J Med. 1996; 335: 514.
- (18) Haggerty R.J.: The academic generalist: an endangered species revived. Pediatrics 1990; 3: 413.
- (19) Stockman J.A.:The future of pediatrics: workforce issues. Contemp Ped.1997; 14:41.
- (20) Relazione della Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica 1995 del Ministero del Tesoro. ASI 1997; 18:1.
- (21) Pesaresi F.: I posti letto e i ricoveri ospedalieri nei Paesi dell'OCSE. ASI 1998; 45 e 46.
- (22) Caramia G.: Prefazione. Atti Congresso Internazionale "Bambino: Progetto Salute" 1997; 5-7.
- (23) Panizon F.: L'Etica e le Strutture. (Editoriale) Medico e Bambino 1999; 1: 7.

Relazione presentata al 3° Congresso APOL "Il ruolo della pediatria pubblica in Italia e nella Regione Lazio".

**Frascati - Villa Tuscolana
13 Novembre 1999.**