

Salute dei bambini e assistenza pediatrica in Italia

A proposito del “Libro Bianco” della SIP

GIORGIO TAMBURLINI

Centro per la Salute del Bambino - onlus, Trieste

Sullo stato di salute del bambino e sullo stato di salute del sistema sociale sanitario che gli sta attorno abbiamo ora dei numeri di riferimento certi. Avremo anche la capacità di correggere le situazioni che vanno corrette?

La Società Italiana di Pediatria (SIP) ha pubblicato il Libro Bianco “La salute dei bambini. Stato di salute e qualità dell’assistenza della popolazione in età pediatrica nelle Regioni italiane”, frutto della collaborazione con l’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, che pubblica ormai da un decennio il *Rapporto Osservasalute*, dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e con la Società Italiana Medici Manager (www.sip.it). L’obiettivo del documento, così come enunciato da Alberto Ugazio, Presidente della SIP, è di “pervenire a una migliore comprensione dei bisogni di salute” e “all’elaborazione di modelli per una rete pediatrica che sia in grado di dar risposta a questi bisogni con efficacia, efficienza ed equità”. Questo secondo obiettivo è affidato al “Libro Verde”, di prossima pubblicazione, nel quale troveranno spazio le proposte organizzative e gestionali.

Cogliendo anche l’esplicito invito nell’introduzione al Libro Bianco (LB), il nostro intende essere un contributo sia all’analisi sia, e soprattutto, alle proposte operative. Di seguito vengono proposte una sintesi delle principali sezioni del LB, con un breve commento, e alcune indicazioni operative.

NATALITÀ E FERTILITÀ

Nel 2008 il tasso di fertilità è stato pari a 1,4 figli per donna. Tale valore,

CHILD HEALTH AND CHILD HEALTH SERVICES IN ITALY

(*Medico e Bambino* 2012;31:178-184)

Key words

Child health, Child health services, Italy, Inequalities, Service integration, Health promotion, Family paediatrics

Summary

The article comments on the White Paper produced by the Italian Society of Paediatrics about child health and child health services in Italy. Although the main child health indicators are quite satisfactory and there is evidence of improved efficiency of the health services for children, there are still important regional and social inequalities, and the quality of care in several areas, especially for chronic diseases, is patchy. There is the need to proceed with system rationalization, for example by further reducing the number of neonatal intensive care units, small paediatric units and referral specialty centres in order to ensure more efficient, effective and responsive care at all levels of the system. The Italian model of family paediatrics should be maintained but needs to be supported by a stronger community nursing component and to develop better links with the social and educational systems in order to become more effective in promotion of health and development and care of children with special needs. Emerging issues such as mental health, second generation migrant children and environmental exposure need to be better understood and addressed. Market and media regulations are necessary. Finally, family-focused social policies are needed to better support children and families in a period of economic crisis.

anche se in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+0,1 punti percentuali rispetto al 2000), è comunque molto inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Prosegue inoltre l’aumento dell’età delle madri al parto che, nel 2008, era pari a 31,1 anni (+0,7 anni rispetto al 2000). Nell’ultimo anno esaminato (2008) il 15,9% (+9,5 punti percentuali rispetto al 2000), con percentuali in media molto più alte al Centro Nord, degli iscritti in Anagrafe per nascita è nato da una donna stra-

niera, e oltre il 12% da entrambi i genitori stranieri (*Figura 1*).

Quanto alla provenienza dei nuovi nati, prevalgono i rumeni (17,2%), i marocchini (16,9%), gli albanesi (12,6%) e i cinesi (6,9%); tutti gli altri gruppi hanno consistenza molto minore. Nel LB si sottolinea come “questa lieve ripresa della fertilità, imputabile sia alla crescita dei livelli di fecondità delle italiane che all’apporto delle donne straniere, richieda un’attenzione specifica da parte dei servizi sanitari che devono adeguarsi alle esigenze della domanda

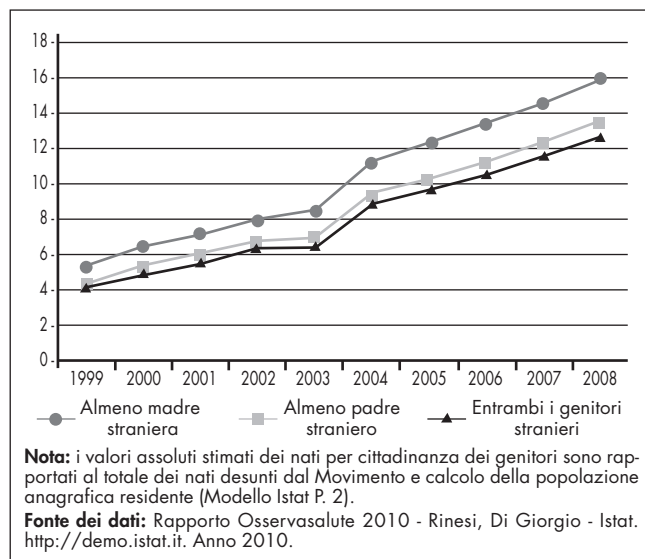


Figura 1. Andamento delle nascite da genitori stranieri sul totale delle nascite in Italia, 1999-2008.

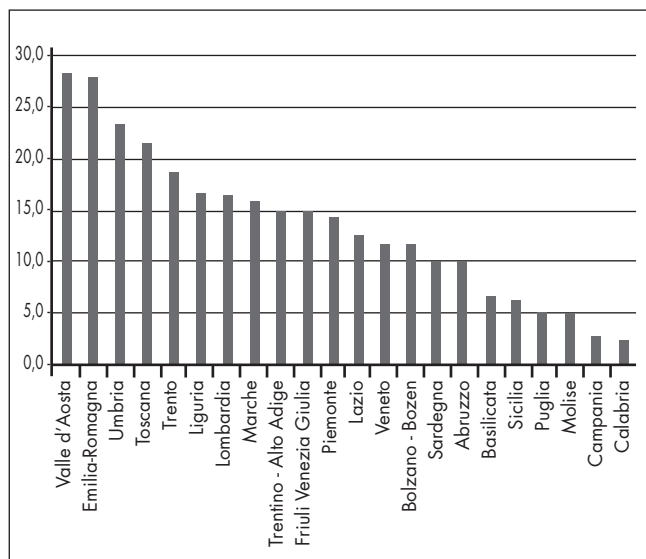


Figura 2. Copertura dei nidi d'infanzia nelle Regioni italiane, per 100 bambini 0-2 anni, 2008.

con reparti, ad esempio, dedicati alla diagnosi perinatale e con personale in grado di poter dialogare efficacemente con l'utenza straniera”.

Commento. *Le indicazioni operative sono condivisibili, ma certo non sono motivate dall'aumento minimo della fertilità, anche perché la natalità, probabilmente come effetto della crisi, sta conoscendo di nuovo una contrazione, come evidenziato dagli ultimi dati sia italiani che europei², e lo stesso si verifica per l'immigrazione, che aveva fortemente contribuito a salvaguardare la natalità complessiva. Al di là delle implicazioni assistenziali per le cure pre e perinatali, le “seconde generazioni” di migranti pongono questioni molto più ampie di politica sociale ed educativa, come la stessa SIP ha ricordato in altre sedi.*

SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER L'INFANZIA

Negli ultimi anni, i servizi socio-educativi per l'infanzia sono stati oggetto di provvedimenti normativi volti all'ampliamento dell'offerta esistente, a partire dal “Piano straordinario di intervento per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia”, avviato nel 2007 nella

direzione indicata dal Consiglio Europeo di Lisbona del 2000, che fissava come obiettivi da raggiungere la quota del 33% di utenti in rapporto ai bambini tra 0 e 2 anni, e con l'introduzione delle cosiddette “sezioni primavera”, servizi educativi sperimentali, ubicati all'interno delle scuole dell'infanzia e rivolti ai bambini tra i 24 e 36 mesi.

Commento. *Il Piano triennale, che ha previsto trasferimenti alle Regioni e Province autonome per 446 milioni, cui vanno aggiunti i 90 milioni per le sezioni primavera, per quanto significativo, ha poco in comune con altre Nazioni europee: la Germania, ad esempio, ha stanziato per sei anni ben due miliardi all'anno. In Italia solo tre Regioni (Emilia Romagna, Toscana, Umbria) riusciranno ad avvicinarsi e, forse, a centrare l'obiettivo del 33% fissato dalla UE mentre la media si attesta al 15%. Se teniamo presente il periodo di difficoltà che stanno attraversando le finanze nazionali, degli Enti locali e di una buona parte delle famiglie, vi è il rischio che molte di queste non siano in grado di sostenere le rette del nido, proprio ora che ci sarebbe necessità di attuare politiche di sostegno reale alle famiglie. Ci aspettano tempi difficili, e nessun avanzamento sul piano degli squilibri regionali^{3,4} (Figura 2).*

MORTALITÀ

I tassi triennali di mortalità infantile, sia nella componente neonatale che post-neonatale, dal 1991-1993 al 2006-2008 (*Tabella 1*) mostrano un andamento decrescente, con il 3,3 per mille registrato nel 2009, in linea con la media dei Paesi occidentali della UE. È soprattutto la mortalità neonatale, che rappresenta il 70% di tutta la mortalità infantile, maggiormente legata a fattori biologici e all'assistenza al parto, ad essersi ridotta in modo importante negli ultimi anni. La mortalità post-neonatale, invece, più influenzata dalla qualità dell'ambiente di vita, presenta una riduzione più contenuta. Esiste ancora un evidente divario tra le Regioni, con un forte svantaggio per quelle meridionali, anche se “le differenze sembrano in costante riduzione e l'intero differenziale Nord-Sud nella mortalità infantile è da addebitarsi a differenze nella mortalità neonatale”.

Nel primo anno di vita le più importanti cause di morte sono rappresentate da malformazioni congenite e anomalie cromosomiche (87,8%); nelle classi di età successive aumenta il contributo dei tumori che sono la causa più importante nella fascia di età 5-9 anni mentre nella fascia 10-14 le cause esterne prevalgono (*Figura 3*). A tale proposito, le indagini dell'ISTAT rive-

MORTALITÀ INFANTILE, NEONATALE E POST-NEONATALE PER MACROAREE, E RISCHI RELATIVI RISPETTO AL NORD ITALIA, TRIENNIO 2006-2008

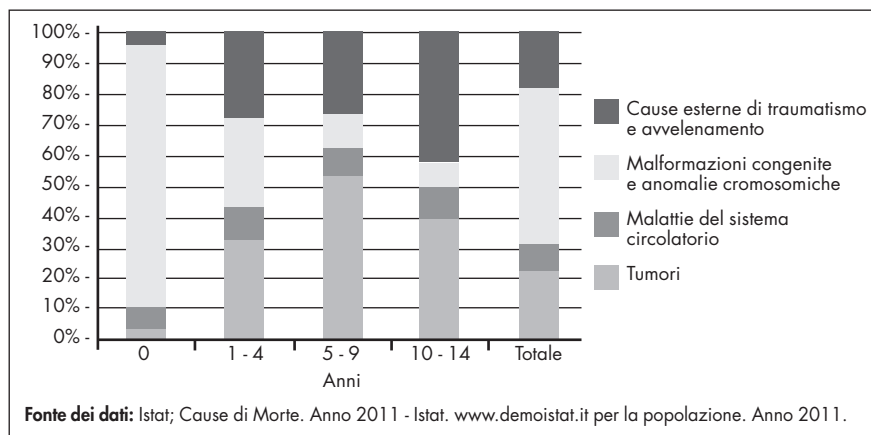
Macroaree	Mortalità infantile			Mortalità neonatale			Mortalità post-neonatale		
	Tasso	RR	IC 95%	Tasso	RR	IC 95%	Tasso	RR	IC 95%
Nord	2,90	1,00		2,12	1,00		0,78		
Centro	3,23	1,12	1,04-1,20	2,33	1,10	1,00-1,20	0,91	1,16	1,01-1,34
Mezzogiorno (Sud e Isole)	4,09	1,41	1,33-1,49	2,92	1,37	1,29-1,48	1,17	1,50	1,34-1,67

Fonte dei dati: Istat. Health for All - Italia. Anno 2011.

totale pari al 71,5% nella scuola primaria e al 76,9% nella scuola secondaria. Il LB rileva che “questi soggetti sono affetti, prevalentemente, da problematiche neuropsichiche che richiedono un forte impegno a livello sanitario e sociale, un sostegno alla famiglia e alla scuola, e necessitano sovente di un’integrazione di competenze a livello multidisciplinare, non sempre garantita”.

Commento. L’aumento delle disabilità certificate è, in buona parte, la conseguenza di una migliore sensibilità diagnostica che peraltro è ancora lungi dall’essere ottimale. Infatti, l’aumento è stato registrato soprattutto al Nord. Da sottolineare che le percentuali citate non includono i DSA, che da soli riguardano circa il 4% della popolazione in età scolare (la sola dislessia secondo i dati dell’indagine svolta da Ronfani e collaboratori dell’IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, riguarda il 3,1% dei bambini in età scolare. Non si può non condividere l’osservazione sulle carenze assistenziali in questo ambito, che ancora una volta riguardano soprattutto, ma non solo, le Regioni del Sud.

Tabella 1



Fonte dei dati: Istat; Cause di Morte. Anno 2011 - Istat. www.demoistat.it per la popolazione. Anno 2011.

lano come, nel periodo 2003-2006, i decessi fino a 18 anni per “accidenti da trasporto” siano passati, in valore assoluto, da 546 a 403, colpendo nella stragrande maggioranza i maschi. Quanto alla SIDS, non compresa tra le cause principali, un’indagine a livello nazionale indica che l’incidenza è scesa dall’1,5 (per 1000) del 1991 allo 0,4 (per 1000) del 2006.

Commento. In realtà dalle stesse cifre del LB si evince che la mortalità post-neonatale nel 2008 è più alta al Sud che al Nord del 50%, e la neonatale del 37%, e che la differenza sulla mortalità infantile non appare diminuita nel corso dell’ultima decade (da 45% a 41%). Quanto alla riduzione significativa di alcune cause di morte (SIDS, incidenti) sembrano evidenti i risultati di politiche di prevenzione avviate in particolare nell’ultimo decennio e pare annullato il “vantaggio” del Sud sulla mortalità in

adolescenza che avevamo documentato in passato⁵.

DISABILITÀ

Si può calcolare che i portatori di disabilità siano circa il 16-20% della popolazione scolastica.

Considerando i dati relativi agli anni scolastici 1997-’98 e 2007-’08, si registra un incremento del 53,9% degli alunni con disabilità certificata presenti nella scuola. L’incremento maggiore si è osservato in Lombardia e nelle Marche (rispettivamente, +91,8% e +83,4%), mentre hanno registrato un aumento più contenuto la Calabria (+14,2%), la Sardegna (+14,3%) e la Basilicata (+15,0%). Dall’analisi dei dati si evidenzia, per entrambi gli ordini scolastici considerati, che tra le tipologie di disabilità esaminate quella prevalente è l’intellettiva, con percentuali sul

FATTORI DI RISCHIO E STILI DI VITA

Per quanto concerne i livelli di obesità/sovrappeso, dalle analisi della survey europea HBSC risulta che la frequenza dei ragazzi “sovrappeso/obesi” va dal 29,3% nei maschi e dal 19,5% nelle femmine undicenni al 25,6% nei maschi e al 12,3% nelle femmine di 15 anni. Sono, dunque, soprattutto i maschi ad essere in sovrappeso o obesi, mentre i livelli di sovrappeso/obesità diminuiscono, in entrambi i generi, al crescere dell’età. L’Italia, rispetto ai 41 Paesi partecipanti, si collocava nel 2006 al 5° posto per sovrappeso/obesità negli undicenni e al 9° posto nei quindicenni. I dati rilevati nel 2010 risultano leggermente inferiori (sovrappeso -0,9%; obesità -3,5%) rispetto a quelli osservati nel 2008, e permane una spiccata variabilità interregionale con percentuali più basse nell’area settentrionale e più alte nel Centro-Sud, dove le Regioni che presentano i valori

maggiori per l'obesità sono la Campania (20,5%), la Calabria (15,4%) e il Molise (14,8%).

Il consumo di fumo di tabacco sembra, invece, mantenersi stabile, con una differenziazione di genere sempre meno marcata e, in alcuni casi, con l'apparente tendenza della popolazione femminile a superare addirittura, per frequenza di consumo, quella maschile. Nel 2010 si stima che la quota di fumatori tra la popolazione di 15-24 anni è pari, a livello nazionale, al 21,5%. Tale valore, confrontato con il dato del 2000, risulta leggermente minore (-1,8%), con riduzioni consistenti in Calabria (-42,1%), Friuli Venezia Giulia (-28,0%), Valle d'Aosta (-23,7%) e Toscana (-17,8%) e incrementi in Sardegna (+29,1%), nelle Marche (+26,9%) e in Campania (+11,1%).

I dati disponibili riguardo all'alcol, che sottolineano soprattutto come l'età di transizione nel modellare i consumi e le abitudini del futuro adulto sia quella tra i 13 e 15 anni, e un generale avvicinamento delle ragazze alle abitudini meno salutari dei loro coetanei relativamente al consumo di fumo, alimenti e bevande alcoliche. Il consumo complessivo sembra essere tuttavia in tendenziale netto declino. Nel complesso, i fenomeni indagati riguardo ai fattori di rischio indirizzano verso linee di intervento chiare, sia a livello educativo che di interventi strutturali. L'intervento educativo deve andare verso forme di addestramento dell'adolescente a scelte alimentari e voluttuarie consapevoli e meditate. Il cosiddetto approccio alla *life-skill education*, propugnato da autorevoli organismi internazionali, dovrebbe rappresentare la strada maestra e la scuola il contesto principale in cui realizzarlo.

Commento. *I fenomeni in generale appaiono in via di contenimento, ma i dati sul sovrappeso e l'alcol restano tra i peggiori d'Europa. Ancora una volta si evidenzia come i fattori di rischio relativi agli stili di vita risentano molto dello svantaggio sociale e culturale^{6,7}. Da questa consapevolezza si dovrebbe partire per interventi che siano anche in grado di agire su tali fattori, e sui meccanismi di mercato e mediatici che li*

alimentano e dei quali sono vittime in particolare i ragazzi con minori strumenti culturali.

COPERTURE VACCINALI E MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILI

Nell'arco temporale 2000-2009 le coperture vaccinali sono aumentate. Per morbillo-parotite-rosolia (MPR) l'aumento registrato è stato del 21,3%. A livello nazionale, i tassi delle coperture vaccinali relativi alle vaccinazioni obbligatorie presentano tutti valori superiori alla soglia del 95,0% stabilita nel vigente Piano Nazionale Vaccini (PNV). Il nuovo Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRc) indica, come obiettivo, il raggiungimento del 95,0%, ma questo valore non è stato ancora raggiunto. Infatti, la percentuale di copertura vaccinale per MPR, pur essendo aumentata nel tempo, presenta, nel 2009, un valore pari a 89,9%. Si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNV a eccezione della PA di Bolzano, della Calabria, del Molise e della Campania alle quali si aggiunge, per l'anti-HBV, il Veneto. La percentuale di copertura maggiore, per tutte le vaccinazioni obbligatorie, si riscontra in Basilicata (98,9%). Per quanto riguarda la vaccinazione per MPR il valore ottimale previsto dal PNEMRc è stato raggiunto soltanto in Umbria (95,2%) e in Sardegna (95,5%). I valori minori si registrano nella PA di Bolzano (70,8%), seguita dalla Calabria (85,4%), Sicilia (86,8%) e Campania (86,9%).

Degno di nota, nell'arco temporale 2000-2008, è un aumento dell'incidenza del morbillo (+55,9%). La Regione più colpita, per entrambe le classi di età considerate, è il Piemonte (0-14 anni: 185,76 casi per 100.000), seguito dalla Liguria (0-14 anni: 52,23 casi per 100.000). Esiste un gradiente decrescente Nord-Sud dovuto, probabilmente, a un minore tasso di notifica nelle Regioni meridionali.

Commento. *Le falle nella copertura antimorbillosa si stanno colmando ma*

hanno provocato, senza sorpresa, un aumento dei casi. Ancora una volta il dato italiano è molto diversificato, sia per le coperture delle obbligatorie che per l'introduzione dei "nuovi" vaccini, che il LB non commenta e sulle quali questa Rivista è più volte tornata.

ASSISTENZA AL PARTO

La soglia indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per garantire la sicurezza in sala parto è di almeno 1000 parti all'anno, ma in Italia più di 1 parto su 4 si verifica in punti nascita al di sotto di tale standard. Nel 2008 il 9,1% dei parti è avvenuto in strutture con classe di ampiezza <500 parti anche se, rispetto al 2005, è stata registrata una diminuzione dell'8,6%. Il fenomeno è più elevato nelle Regioni del Sud con la Sicilia che presenta 10.805 parti, e la Campania 9282 in strutture sotto i 500 nati. Occorre precisare che, in queste 2 Regioni, e in generale nel Meridione, i punti nascita si identificano frequentemente con Case di cura private accreditate, con casistica inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale. Per converso, in Piemonte e Veneto non ci sono parti in punti nascita con volume <500.

In Italia, nel 2008, la percentuale di cesarei (TC) sul totale dei parti è pari al 39,2%, la più alta in Europa. Rispetto all'anno 2001 si registra un notevole aumento (+22,8%). I dati evidenziano una cospicua variabilità regionale, con valori più alti nelle Regioni del Sud. Relativamente ai TC primari la Calabria e la Campania presentano la percentuale più elevata (rispettivamente, 31,9% e 34,0%). I valori più bassi si registrano, invece, nella PA di Trento (16,5%) e in Friuli Venezia Giulia (16,7%).

L'Italia è, tra i Paesi a sviluppo sanitario avanzato, quello con il maggior numero di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN). Nel 2008, delle 125 UOTIN presenti nei 551 punti nascita analizzati, soltanto 100 si trovano in punti nascita con un volume di parti all'anno >1000. Pertanto, una quota di neonati ad alto rischio può ricevere un'assistenza non ade-

guata al bisogno. Le Regioni che presentano delle UOTIN in punti nascita con meno di 800 parti annui sono la Sicilia, la Liguria, la Campania, la Toscana, il Lazio e l'Abruzzo. Inoltre, solo 12 Regioni hanno attivato il sistema di trasporto neonatale e molto poche hanno un completo sistema di riferimento basato su criteri precisi. Anche considerando non necessario un punto nascita con almeno 1000 parti/anno per giustificare una UOTIN, bensì un bacino di utenza di almeno 5000 parti/anno (la letteratura internazionale indica un bacino di utenza fra i 7000 e i 12.000 parti/anno), il numero di UOTIN in Italia è in ogni caso troppo alto (1 ogni 4400 nati).

Analoghe considerazioni per la distribuzione delle Unità di Pediatria: esistono 501 strutture pediatriche, delle quali ben il 51% ha un basso numero di ricoveri (<1000/anno) (Figura 4).

Il 69% delle UO che hanno risposto a una indagine SIP presenta una guardia attiva 24 ore su 24, mentre solo il 19% per 12 ore. Un Pronto Soccorso (PS) pediatrico, formalizzato o meno, esiste nel 27% dei casi. Il dato è migliore al Nord (36%) rispetto al Centro (24%) e al Sud (19%). In percentuale ancora molto alta (40% delle UO) il pediatra viene coinvolto solo su chiamata del medico di PS generale. L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) risulta, nel 2006, ancora non completamente diffusa: il 47% delle Pediatrie coinvolte nella ricerca riferisce di praticarla. La percentuale scende al 28% al Sud, rispetto al 50% del Centro e al 62% del Nord.

Nel periodo 1999-2005 si osserva un

progressivo incremento della proporzione di bambini ricoverati in "area pediatrica" che passa dal 56,0% all'80,5%. L'incompleta realizzazione è in buona parte effetto di una non appropriata assistenza per la quota di età compresa tra 15 e 17 anni. Per quanto riguarda i ricoveri ordinari per acuti (RO), è il Friuli Venezia Giulia a registrare i tassi di ospedalizzazione più bassi mentre il tasso di ospedalizzazione più elevato si riscontra in Puglia (Figura 5). In generale, si osserva un gradiente crescente Nord-Sud.

Nel 2009 sono state 66.232 le dimissioni in regime di Ricovero Ordinario (RO) di pazienti in età 0-17 anni effettuate in Regioni diverse da quella di residenza. Rispetto al totale dei ricoveri, la mobilità ospedaliera interregionale in età pediatrica pesa per l'8,3%, dipendendo in parte dalla situazione geografica e dalla percepita carenza di centri di riferimento (alta mobilità in uscita in Valle d'Aosta, Molise, Basilicata, Calabria, Abruzzo). La mobilità in entrata si osserva nelle Regioni con importanti Ospedali pediatrici: Liguria con il 30% e Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio con percentuali che variano tra il 15,0 e il 17,0%. Dei 66.000 ricoveri effettuati fuori Regione sono quasi 20.000 quelli riconducibili a DRG inappropriati, una quota importante che potrebbe essere "evitata".

Quanto alle malattie rare, cui il LB dedica uno specifico approfondimento, si registra che "a livello normativo, il passo significativo è stato avanzato nel 2001 con il DM n. 279, con il quale si è disposta una rete nazionale di centri cli-

nici specializzati per il trattamento delle malattie rare, individuati e accreditati direttamente dalle Regioni (ma che non sono mai stati verificati nella loro effettiva competenza); il regime di esenzione delle prestazioni sanitarie per le malattie rare inserite nell'elenco allegato allo stesso decreto (elenco tuttavia parziale e in attesa di aggiornamento); l'istituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità di un registro delle malattie rare (ad oggi in fase di realizzazione)". Ma un recente studio evidenzia che non esiste un modello di presa in carico, e che sono le famiglie a dover improvvisare un percorso di cura.

Il LB individua le principali criticità che interessano la rete pediatrica ospedaliera nella eccessiva capillarizzazione dei servizi, con conseguente plethora di piccole Unità Operative. Il LB afferma che "l'Ospedale non è ancora riuscito ad affrancarsi dal ruolo di erogatore di cure di 1° livello", ma "qualche progresso sulla via impervia della razionalizzazione delle cure pediatriche ospedaliere in Italia, processo da tutti invocato e oggi non più procrastinabile, è stato fatto".

Il numero di pediatri di libera scelta, a livello nazionale e nell'arco temporale 2001-2008, è aumentato del 6,3%, passando da 7199 a 7649. Le Regioni del Centro-Nord hanno registrato un aumento, mentre nel Sud, ad eccezione della Campania (+0,8%), si è osservato un generale decremento. Nel 2008, il limite massimo di bambini per pediatra (800 assistiti) viene superato in ogni Regione. I valori più alti e superiori a 1000 assistiti si registrano nella

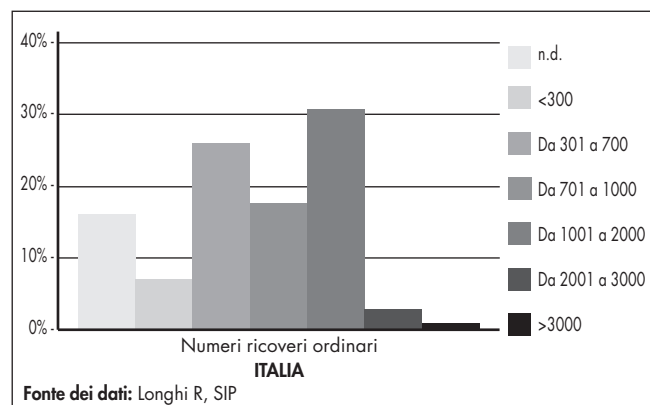


Figura 4. Volume medio di ricoveri per Unità di Pediatria, anno 2006.

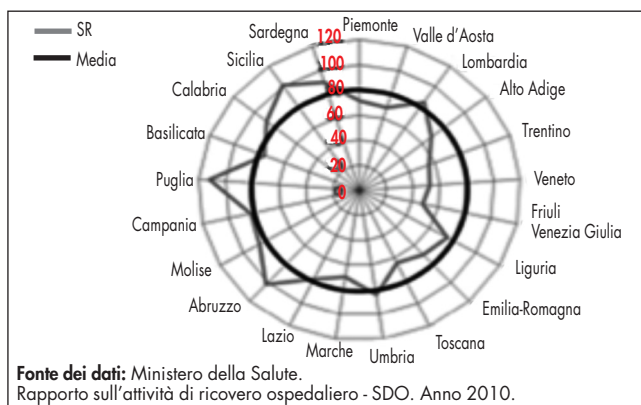


Figura 5. Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per acuti (0-17 anni) per mille abitanti.

PA di Bolzano (1463), Piemonte (1189), Campania (1162), Basilicata (1149), Friuli Venezia Giulia (1140). Le statistiche effettuate nel 2006, anche se non complete, riguardanti la proporzione di pediatri in gruppo mostrano ai primi posti le seguenti Regioni: Umbria (23,4%), Liguria (20,1%), Emilia Romagna (18,1%), Lombardia (11,8%), Lazio (11,3%) e Abruzzo (7,0%) (consultabile online al sito www.sisac.info). Si ricorda, come evidenziato da un'indagine a carattere nazionale della SIP, che l'andamento del numero totale dei pediatri (di famiglia, ospedalieri, universitari) subirà una progressiva riduzione nei prossimi 15-20 anni, se le modalità di reclutamento resteranno le stesse. Infatti, proseguendo con il ritmo delle perdite che si sta verificando dal 2010, nel 2020 gli attuali 15.000 professionisti saranno già scesi a 12.000, e diventeranno 8000 nel 2025.

Infine, un dato ancora preoccupante sui minori ricoverati in strutture assistenziali che, nel 2006, erano ancora 16.414, di cui 8687 maschi e 7727 femmine. Considerando che 1 su 4 è straniero, appare che la tipologia prevalente si sta convertendo a quella dell'accoglimento (quanto temporaneo?) di minori stranieri non accompagnati.

Commento. *I dati parlano chiaro e non si può non concordare sulle indicazioni. Si dovrebbe peraltro riflettere maggiormente su dove si è operato meglio sia in termini di riduzione delle unità sia in termini di riduzione dei ricoveri e della degenza, individuandone motivi e strategie. Tranne un breve approfondimento sul tema delle malattie rare, il LB non affronta il tema dell'assistenza di terzo livello, che in Italia presenta diverse eccellenze ma anche molte irrazionalità dovute a un eccesso di centri superspecialistici con una distribuzione territoriale molto disomogenea, in parte responsabile della migrazione interregionale. Anche al terzo livello di cure esiste il problema di casistiche inadeguate per la formazione, l'assistenza e la ricerca. Giustamente si sottolineano le carenze riguardanti le malattie rare, che in realtà riguardano molte patologie croniche, per le quali all'eccellenza diagnostica e terapeutica non sempre si*

accompagnano percorsi di continuità assistenziale adeguati⁸. Infine, in coerenza con le evidenze della letteratura, va aumentata l'attenzione ai primi periodi della vita, dal counselling preconcezionale⁹ al supporto post partum, attualmente limitato a una parte minoritaria della popolazione.

CONCLUSIONI GENERALI

Vale la pena riportare i commenti finali di Riccardo Longhi e Alberto Ugazio. Il primo afferma che "il nostro sistema sanitario ha dimostrato, complessivamente, importanti capacità di progresso per alcuni indicatori chiave della qualità dell'assistenza: si osservino, infatti, dati sull'aspettativa di vita e la mortalità infantile e neonatale in cui l'Italia è risultata tra le migliori nei Paesi dell'OCSE". Tuttavia, "anche se i dati analizzati mostrano un quadro complessivamente buono dello stato di salute di bambini e adolescenti, emergono importanti differenze, oltre che a livello regionale, anche tra i generi e tra le classi di età soprattutto per quanto riguarda gli stili di vita e i comportamenti, così come l'accesso e l'utilizzo dei servizi". "Vi è la necessità di un maggiore orientamento degli attori del sistema e delle organizzazioni socio-sanitarie verso una maggiore appropriatezza e razionalizzazione nell'impiego delle risorse e, sotto questo punto di vista, l'attuale contingenza economica può e deve essere colta come una necessaria leva per il cambiamento". Il secondo che il LB "mette in evidenza non pochi elementi di criticità. La contrazione della spesa sociale per la maternità e la famiglia, sia a livello nazionale che locale, è forse uno dei più preoccupanti insieme a quello della denatalità e ai numerosi problemi che continuano a rendere non equa e scarsamente efficace l'assistenza socio-sanitaria ai bambini migranti. Di nuovo: occorre riportare il bambino e l'adolescente al centro delle scelte sociali e politiche del Paese. Il LB richiama tutti noi pediatri al nostro ruolo centrale, alla stessa mission del nostro impegno professionale: garantire ai bambini e

MESSAGGI CHIAVE

- ❑ Lo stato di salute dei bambini in Italia e la qualità dei servizi offerti sono in costante miglioramento, ma esistono ancora grandi disparità sia geografiche che sociali e grandi differenze nella qualità dei servizi offerti.
- ❑ Vi è l'esigenza di razionalizzare i servizi ospedalieri adeguandoli a parametri fissati su base nazionale e internazionale e assicurando reti e livelli di riferimento per le superspecialità.
- ❑ La pediatria territoriale può migliorare la sua efficacia attraverso una migliore integrazione con i servizi sociali ed educativi e una espansione delle funzioni di promozione e continuità delle cure da realizzarsi affiancando ai pediatri una componente di nursing di comunità.
- ❑ Occorre prestare maggiore attenzione a fenomeni emergenti quali: salute mentale, seconde generazioni, ambiente, e supporto alle famiglie sia attraverso interventi dei servizi, a partire dal counselling preconcezionale al post partum, che attraverso politiche sociali adeguate a proteggere i nuclei familiari a maggior rischio.

agli adolescenti la salute globale cui hanno diritto giocando un ruolo sempre più attivo non soltanto in ospedale e negli ambulatori, ma come protagonisti attivi delle scelte sociali che sono indispensabili per garantire ai bambini e agli adolescenti la qualità di vita - fisica, psichica e sociale - cui hanno diritto".

Commento generale. *Il LB rappresenta un utile esercizio, che sicuramente si gioverà del complemento di proposte che è attualmente in cantiere. Sono in particolare apprezzabili gli approfondimenti dedicati al settore socio-educativo e all'organizzazione dell'assistenza pediatrica. I pediatri ne possono trarre elementi di riflessione per sé, di proposta per gli amministratori, e di discussione, per quanti sono impegnati nella didattica, con gli specializzandi.*

Ci sarebbe piaciuto un maggiore sforzo di ricerca di dati (pur sapendo che non sono di facile reperimento) e di

analisi su questioni emergenti quali le disuguaglianze su base sociale (e non solo geografica), la salute dei migranti (in particolare quelli della seconda generazione, che presentano criticità particolari per quanto riguarda i percorsi di inserimento e la stessa salute mentale, o quelli richiedenti asilo o con genitori "sans papier") e delle minoranze, le esposizioni ambientali, il tema del maltrattamento e abuso, inclusi i percorsi istituzionali post-segnalazione, le pratiche di cura genitoriale, così rilevanti oggi per salute e benessere del bambino tanto che sono ormai entrate a far parte di tutte le principali survey internazionali, e le politiche a sostegno delle famiglie¹⁰⁻¹⁵. Il rischio, infatti, è di soffermarsi sugli aspetti sui quali le informazioni sono più facilmente reperibili e attendibili, dimenticando problematiche che restano inevase proprio perché l'informazione è scarsa o scadente. Su questi temi occorre lavorare di più, come comunità pediatrica, invitando i servizi e le agenzie dedicate ad allargare il campo delle informazioni raccolte e a renderle disponibili. Detto questo, sulle riflessioni conclusive di Longhi e Ugazio non si può non concordare, sottolineando quanto sia i classici indicatori di mortalità sia i nuovi indicatori di cui si auspica l'introduzione sistematica in Italia^{16,17}, anche ai fini di poter meglio comprendere i fenomeni e di avere sistemi omogenei in tutta Europa, risentono sui grandi numeri, delle politiche sociali ed educative quanto del sistema assistenziale. Quanto a quest'ultimo occorrerà introdurre qualche indicatore di continuità e qualità delle cure, oltre che di flusso di pazienti.

Quale contributo al "Libro Verde" in gestazione, si propone (vedi Box 1) un "decalogo" di proposte, che riguardano gli aspetti più importanti per essere in grado di fare ancora passi avanti nella protezione e promozione della salute delle nuove generazioni.

È un elenco incompleto e per grandi linee che richiede, per ogni punto, di essere discusso e dettagliato in rapporto al contesto locale. A questo proposito, vogliamo citare il documento prodotto in Emilia Romagna da un gruppo di lavoro multidisciplinare (pediatri ospedalieri, di comunità e di famiglia, infer-

Box 1 - PROPOSTE DI MASSIMA PER UNA BUONA ASSISTENZA PEDIATRICA IN ITALIA

1. Servizi ospedalieri di terzo livello: vanno razionalizzati, ridotti di numero e organizzati per reti di cura su base sovra-regionale e in qualche caso nazionale.
2. Servizi ospedalieri di primo e secondo livello: vanno ancora significativamente ridotti di numero soprattutto laddove sono lontani dai parametri minimi, e vanno anch'essi riorganizzati (in particolare quelli neonatali) secondo modelli regionali o di area vasta, dove ciò non sia già avvenuto, considerando anche la trasformazione in centri di cure diurne con osservazione breve.
3. Servizi di primo livello (pediatria di famiglia e di comunità): va sviluppata ulteriormente la pediatria in associazione e l'associazione tra pediatri di famiglia e medici di medicina generale, unendo a questo un rafforzamento della componente infermieristica che consenta di aumentare i massimali, migliorare la componente preventiva, e mantenere la specificità pediatrica.
4. Va aumentata l'attenzione alle prime epoche della vita, dal counselling preconcezionale alla preparazione e supporto della gravidanza, all'informazione e supporto alle famiglie.
5. Va migliorata la continuità delle cure per malattie rare e complesse, assicurando una regia unitaria ai singoli casi tra i diversi servizi e livelli di cura.
6. Va migliorata l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e socio-educativi con progetti e percorsi comuni sia di prevenzione che di cura per la popolazione generale e per bambini con bisogni speciali.
7. Vanno aumentate l'attenzione e la capacità di risposta dell'insieme dei servizi per l'infanzia a fenomeni emergenti (salute mentale, ambiente, seconde generazioni, bisogni specifici di carattere sociale).
8. Va adeguata quantitativamente e qualitativamente la formazione dei pediatri, così come di infermieri, ostetriche e assistenti sanitarie, ai compiti dei servizi sanitari per l'infanzia a livello territoriale, inclusi quelli di promozione della salute.
9. Vanno definite, e diffuse su tutto il territorio nazionale, le eccellenze già esistenti, politiche sociali orientate al supporto educativo universale alle famiglie e al supporto economico e psicosociale selettivo per i nuclei familiari con bisogni speciali.
10. Vanno migliorate le regolamentazioni sul marketing di alimenti, gadget elettronici ecc. rivolti ai bambini e va esercitato un maggiore controllo sui media.

mieri, neuropsichiatri infantili) per stimolare la discussione sull'organizzazione dei servizi di salute per l'infanzia¹⁸.

Indirizzo per corrispondenza:

Giorgio Tamburlini
e-mail: tamburlini@csbonlus.org

Bibliografia

1. Società Italiana di Pediatria. Libro Bianco 2011. La salute dei bambini: Stato di salute e qualità dell'assistenza della popolazione in età pediatrica nelle regioni italiane. http://sip.it/wp-content/uploads/2012/01/Libro_Bianco_2011_La_salute_dei_bambini.pdf.
2. Sobotka T, Skirbekk V, Philipov D. Economic Recession and Fertility in the Developed World. *Population Develop Rev* 2011;37(2): 267.
3. Campioni L. Servizi 0-3: aspettando il federalismo. Fin da Piccoli, 2-2, Centro per la Salute del Bambino-onlus, 2010.
4. Tamburlini G. Crisi economica e condizione infantile. *Medico e Bambino* 2011;30:505-9.
5. Tamburlini G, Macaluso A, Ronfani L. Rapporto sullo stato di salute dei bambini In Italia. Centro per la Salute del Bambino-onlus, 2005.
6. Brandolini A. La condizione economica dei bambini e degli adolescenti in Italia. *Cittadini in Crescita* 2010;4:16-24.
7. Unicef Innocenti Research Centre. UNICEF Child poverty in perspective: an overview of child well-

- being in rich countries. UNICEF, Florence, 2007.
8. AA.VV. Il bambino con malattia cronica (Focus). *Medico e Bambino* 2010;29:495-503.
9. www.pensiamociprima.net/sanitario/counseling_promuovere.html (accesso 6 marzo, 2012).
10. Bolte G, Tamburlini G, Kohlhuber M. Environmental inequalities among children in Europe: evaluation of scientific evidence and policy implications. *Eur J Public Health* 2010; 20:14-20.
11. Chin MH, Alexander-Young M, Burnet DL. Health care quality-improvement approaches to reducing child health disparities. *Pediatrics* 2009;124 (Suppl 3):S224-S236.
12. Figari F, Paulus A, Sutherland H. Research note: supporting families with children through taxes and benefits. European Commission, Brussels, 2007.
13. EACEA P9 Eurydice. Tackling social and cultural inequalities through early childhood education and care in Europe. European Commission, Brussels, 2009.
14. WHO. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2008a.
15. Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373:68-81.
16. CHILD. Child Health Indicators of Life and Development. European Commission, 2002.
17. Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, et al. European KIDSCREEN group. Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health* 2007;7:182.
18. Gruppo Regionale 'Area Pediatrica'. Riflessioni in tema di assistenza pediatrica in Emilia Romagna, 2012.