



UN SISTEMA INTEGRATO DI SALUTE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA Nota del gruppo promotore del documento "Senza Confini"

In queste settimane-mesi si decide il futuro del Sistema Sanitario Nazionale e, in questo ambito, dei servizi per i bambini. Le Associazioni pediatriche sono impegnate a fornire indicazioni al Ministero. Ci si augura che non venga perduta l'occasione di promuovere riforme che ci accompagneranno per decenni, superando visioni corporative - che tra l'altro rischiano di fare molto male allo stesso concetto di Pediatria di famiglia - e con il coraggio di chi deve programmare per il futuro.

Associazioni, Società scientifiche e Sindacati dei professionisti che si occupano della salute dei bambini fanno giustamente sentire la loro voce in un periodo in cui, per i bisogni inaspriti acuitizzati con la pandemia e le opportunità di investimento offerte dal Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR), vi è la necessità di migliorare l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per la promozione della salute, la prevenzione e la cura della popolazione; in particolare per quanto concerne il periodo compreso dall'epoca preconcezionale all'adolescenza.

Queste nostre note intendono sottoporre all'attenzione sia delle Società e dei Sindacati professionali sia del legislatore e degli amministratori nazionali e regionali una sintesi di quanto, in maniera più analitica e approfondita, abbiamo inteso proporre con il documento *Senza Confini*¹ (SC), a cui rinviamo per una più completa disamina sia dei bisogni di salute emersi ed emergenti in questo periodo fondante della vita sia per i modelli proposti, che intenzionalmente sono in parte già operanti in alcune realtà territoriali.

Anche in relazione all'attuale dibattito, si ritiene fondamentale ribadire alcuni principi generali:

1. I bambini e le loro famiglie, i loro bisogni e diritti devono restare al centro di ogni considerazione e proposta, evitando una prospettiva che invece metta al centro specifiche esigenze di conservazione ed estensione di prerogative di singole categorie professionali. Il punto di partenza deve essere rappresentato dai bisogni assistenziali, quindi dalle funzioni che devono essere attivate, per poi considerare quali sono i modelli organizzativi e le figure professionali che garantiscono maggiore efficacia ed efficienza; in particolare nell'ambito della prevenzione, delle malattie acute, croniche e a elevata complessità assistenziale, della salute nelle collettività, quella mentale, la salute riproduttiva, in gravidanza e nel dopo parto.
2. È necessario che ogni proposta trovi un solido ancoraggio nei dati, in particolare quelli che descrivono bisogni insoddisfatti e specifiche vulnerabilità, sperequazione nella distribuzione di risorse infrastrutturali e di personale tra territori e servizi, ed esperienze organizzative già realizzate e valutate e quindi riportabili a sistema. Solo così sarà

possibile pianificare una programmazione razionale degli interventi comprensiva di appropriati indicatori di processo, output ed esito che consentano la successiva valutazione dei risultati.

3. Il riordino e il rafforzamento dei servizi devono tendere a ridurre fino a eliminare l'attuale inaccettabile disuguaglianza tra territori nella disponibilità ed erogazione dei servizi, che si traduce in diversi diritti esigibili tra Regioni e tra Aziende sanitarie e quindi in esiti di salute significativamente diseguali. Questo implica non solo che gli investimenti strutturali e di personale siano improntati a equità distributiva, ma che le proposte organizzative prevedano obiettivi definiti e valutabili per evitare che dietro formulazioni non ancorate a indicatori di valutazione si mantengano diversità sostanziali nell'erogazione dei servizi e nell'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse.
4. Le soluzioni organizzative, così come i percorsi di formazione dei professionisti, sia curricolari che in servizio, devono tendere alla collaborazione, alla complementarità e all'integrazione multisettoriale attorno al bambino e alla sua famiglia. Nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza, infatti, gli esiti di salute sono strettamente connessi ai determinanti sociali, ai percorsi educativi e alle risorse che le comunità riservano alle famiglie e all'infanzia e adolescenza.

Su questi principi fondanti, riteniamo opportuno sottolineare, nell'ambito del complesso delle proposte formulate dal documento SC, le seguenti priorità:

1. **La pediatria di gruppo (PDG)**, così come delineata nel documento - e quindi con dotazione di personale di segreteria e infermieristico, in grado di assicurare 12/24 ore di attività incluso il fine settimana, e con una organizzazione interna che assicuri piena continuità assistenziale, formazione continua, cura degli aspetti preventivi e di promozione della salute - deve essere la modalità abituale di organizzazione della Pediatria di famiglia a livello nazionale.
2. **Le case di comunità**, così come delineate nel documento, devono rappresentare la modalità abituale di organizzazione dei servizi e quindi sia le PDG che i servizi Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), i Consultori familiari e gli Spazi giovani e tutte le competenze sociosanitarie necessarie per far fronte ai bisogni della comunità devono essere comprese funzionalmente e, se possibile, logisticamente nelle Case di Comunità.

1. *Centro per la Salute del Bambino e Associazione Culturale Pediatri. Senza Confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze. Seconda ed. maggio 2021.*



L'ITALIA DEI BAMBINI IN 10 PUNTI

1. Nel 2020 sono nati 404mila bambini, con un calo del 30% dal 2000 e del 7% rispetto al 2019.
2. Su 443 Punti nascita il 15% ha meno di 500 parti/anno, con quasi 27.000 nati; nel Meridione si trova il 41,7% delle strutture con meno di 500 parti annui.
3. La mortalità perinatale è di 4,2 per mille in Italia ma il 5,6 per mille nelle Isole; quella infantile è di quasi un terzo più alta al Sud (3,2 per mille) che nel Nord-Est (2,3).
4. Non è mai stato letto un libro al 34,7% dei bambini nel loro secondo anno di vita.
5. La prevalenza dei disturbi neuropsichici è in media di 2 su 10 bambini e adolescenti ed è in crescita.
6. Sulla base solo delle segnalazioni ai servizi, un bambino su 100 subisce una qualche forma di maltrattamento (fisico, psicologico, abuso sessuale, violenza assistita).
7. 1.300.000 i bambini vivono in povertà assoluta, senza beni indispensabili per rispondere a bisogni essenziali.
8. 1 minore su 7 lascia prematuramente gli studi, un bambino su 4 può frequentare un nido, che diventa meno di uno su 10 al Sud.
9. I bambini con genitori di livello socio-economico più basso all'età di 4 anni accumulano un significativo svantaggio in termini educativi e di sviluppo rispetto ai coetanei provenienti da situazioni familiari più favorevoli.
10. Il peso del debito pubblico su ciascun cittadino italiano è destinato ad aumentare fino a essere, nel 2040, più di tre volte quello attuale, vale a dire oltre 100.000 euro a testa.

Dal documento "Senza Confini", modificata.

3. **Gli investimenti in personale**, oltre che a garantire turnover e a eliminare sperequazioni, devono privilegiare le figure infermieristiche e le professionalità non mediche anche nel settore NPIA (come sottolineato dalla lettera inviata dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - SINPIA - al Presidente del Consiglio Draghi, a cui si rimanda) per riportare l'Italia a un rapporto tra figure mediche e altre figure professionali più consono e in linea con le raccomandazioni internazionali. I settori da privilegiare in quanto attualmente sotto-dimensionati in molte realtà del territorio nazionale sono: i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, i Consultori familiari e i Servizi psicologici e per adolescenti, la salute nelle scuole.
4. L'attività di **promozione della salute e dello sviluppo**, con un lavoro a fianco delle famiglie e in particolare dei neo-genitori da svolgere secondo piani concordati nell'ambito dei Piani regionali di prevenzione deve essere potenziata in tutta l'area delle Cure primarie (Consultori, Pediatria di famiglia, Servizi di comunità).
5. I servizi ospedalieri e superspecialistici devono essere inclusi in un processo di **riordino della rete dei Punti nascita**, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010 e dal DM 70/2015, con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza dell'assistenza alla nascita, e assicurare a bambini e adolescenti una **assistenza da parte di personale con competenze pediatriche**, un pieno rispetto dei diritti come da Carta Europea, incluse le cure palliative, e una riduzione significativa della migrazione per patologie croniche tramite un rafforzamento della rete dei Centri plurispecialistici al Sud e gemellaggi/collaborazioni tra tali Centri.

6. L'insieme dei servizi per la gravidanza e il parto, l'assistenza pediatrica di primo e secondo livello, i Consultori familiari, i servizi NPIA, i servizi di comunità quali i servizi per le scuole, devono avere **modalità di coordinamento integrato, anche di tipo informatico**, che evitino sovrapposizioni e vuoti assistenziali. Idealmente la soluzione migliore appare quella di un dipartimento (almeno funzionale) per la salute della donna, della famiglia e del bambino e dell'adolescente.

Giorgio Tamburlini (pediatra, Presidente CSB), coordinatore; Simona Di Mario (pediatra, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna); Michele Gangemi (pediatra, Direttore Quaderni acp); Federica Zanetto (pediatra di famiglia, Presidente ACP); Leonardo Speri (psicologo psicoterapeuta, già coordinatore Genitori-Più); Dante Baronciani (neonatologo, Laboratorio della Conoscenza Carlo Corchia); Stefania Manetti (pediatra di famiglia, direttivo ACP, socio CSB); Giacomo Toffol (pediatra di famiglia, gruppo di lavoro Pediatri per Un Mondo Possibile, ACP); Antonella Brunelli (Direttore Pediatria e Consultorio familiare AUSL Romagna-Cesena); Alessandro Volta (Direttore del Programma Materno Infantile, ASL di Reggio Emilia); Gerardo Rapisardi (pediatra, formatore approccio Brazelton e membro direttivo CSB); Anna Pedrotti (pediatra, Dipartimento Salute e Politiche Sociali, Provincia Autonoma di Trento); Serena Donati (Direttore Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità); Angela Giusti (Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute); Enrica Pizzi (Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute Reparto Salute della Donna e dell'Età evolutiva); Federico Marchetti (Direttore Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza, Ravenna, AUSL della Romagna e Direttore della rivista "Medico e Bambino"); la Pediatria di gruppo del Piccolo Principe, Modena; Alessandra Coscia (neonatologa, Responsabile TIN Universitaria, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino); Massimo Farneti (pediatra, Dirigente medico, AUSL Cesena); Antonella Costantino (Presidente Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, SINPIA); Maurizio Bonati (Responsabile Dipartimento di Salute Pubblica, Istituto Mario Negri IRCCS)