

RIFONDARE L'ASSISTENZA PEDIATRICA: PRIMA DI TUTTO SPETTA A NOI!

I punti che sono stati riportati dalla Società Italiana di Pediatria (SIP) nel documento sulle sfide per una salute a misura di bambino, presentato al Ministero della Salute e riassunto nel News Box di questo mese (pag. 153), sono meritevoli di attenzione e vanno affrontati senza deroghe. È tempo di agire e di lavorare tutti di buona lena per rimuovere ostacoli a volte incomprensibili e di cui si parla da troppi anni. Alcuni interventi appaiono relativamente facili da attuare, altri richiedono sicuramente una riorganizzazione strutturale e la ridefinizione di ruoli e competenze.

Nello specifico riteniamo che l'estensione dell'area pediatrica da 0 a 18 anni non sia più demandabile a singoli provvedimenti o a interpretazioni locali (regionali, a proposito di autonomie sanitarie differenziate, o di singole AUSL o ospedali). Occorre assicurare che la degenza pediatrica si estenda per legge appunto ai 18 anni e, cosa più difficile rispetto al personale carente ma imprescindibile in una visione collettiva orientata ai bisogni, che tutta l'assistenza pediatrica (compresa quella dei pediatri di famiglia, PdF) copra anche la fascia di età adolescenziale. Le motivazioni di questa scelta non hanno bisogno di tante disquisizioni. L'età 14-18 anni, nei suoi momenti delicati e propositivi e nei processi in rapida evoluzione, trova nella figura del pediatra, del neuropsichiatra infantile (NPI) e anche del personale infermieristico (che lavora in rete e con qualificate modalità professionali), le migliori risposte assistenziali; per non parlare della gestione delle malattie croniche, che deve prevedere processi di transizione strutturati e dedicati, con una dimensione di lavoro che non può basarsi su un "limite di età".

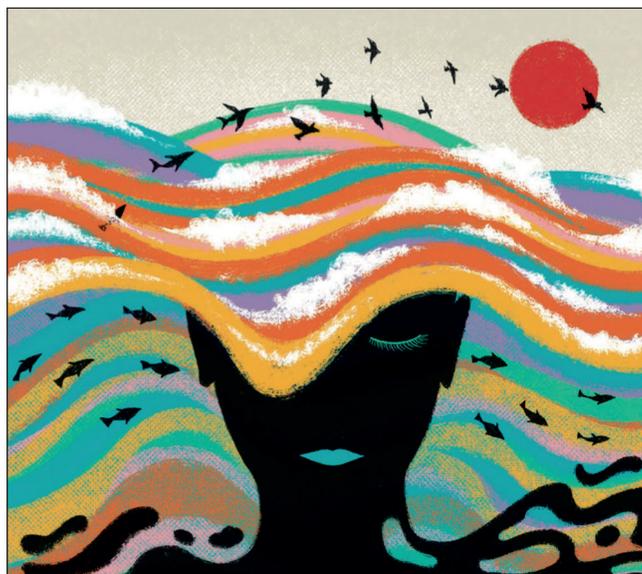
Tra le sfide riportate nel documento della SIP c'è quella di "fare senza" i medici a gettone, che rappresentano l'estremo di un disagio, a volte per le gravi conseguenze sulla qualità dell'assistenza oltre che per l'iniquità nelle retribuzioni (quattro turni notturni a gettone arrivano a essere l'e-

quivalente dello stipendio mensile di un pediatra ospedaliero).

Le soluzioni proposte riguardano il superamento della dicotomia "strutturata" tra la *Pediatria territoriale* e la *Pediatria ospedaliera*. Una nuova visione dovrebbe andare oltre l'idea dell'ospedale unicamente come luogo "di ricovero". I diversi reparti di una struttura ospedaliera si occupano di ambulatori specialistici, di assistenza ai pazienti cronici, di progetti integrati rispetto a obiettivi più generali di salute, in una futuribile organizzazione sempre più multifunzionale e multidirezionale (basti pensare ai programmi per le buone azioni da mettere in campo relative ai 1000 giorni di vita)¹. Per rispondere a questi obiettivi le figure professionali della struttura ospedaliera dovrebbero lavorare in maniera partecipe in una visione assistenziale che, ad esempio sulla gestione del paziente cronico e della sua famiglia, non si basi su "prenotazioni di visite" da parte dell'utenza, ma al contrario immaginando che le situazioni più meritevoli siano programmate dall'inizio nella semplice interfaccia con il medico territoriale e nell'assistenza infermieristica e sociale. E per farlo come ci si può organizzare? Ad esempio con delle figure di case manager che possono individuare in infermieri dedicati una delle possibilità organizzative meglio capaci, soprattutto se questo ruolo viene svolto per "mestiere", con passione e adeguate capacità professionali, e non per incarico². Un piccolo sogno (ma assolutamente realizzabile) sarebbe quello che i medici ospedalieri possano integrarsi nel progetto di cura anche andando a casa del paziente (insieme con il PdF e altre figure assistenziali), se fossero necessarie particolari competenze (anche tecniche).

Se non si definiscono bene le funzioni e le qualificate professionalità le future *Case della salute/Case della comunità*, che hanno i loro manifesti fatti di importanti e buoni propositi, rischiano di diventare dei duplicati di modelli assistenziali integrati, senza necessariamente avere la "costruzione muraria" di luoghi aggregativi. I bisogni a cui rispondere sono quelli del paziente e della famiglia con patologie croniche che non si risolvono con l'unione "fisica" delle persone, ma con idee e competenze basate su programmi di salute e a vari livelli (i Piani di Assistenza Individuali, PAI), in una dimensione organizzativa che è riportata nell'importante documento "Senza Confini"³. Inoltre una *Pediatria di gruppo* ben strutturata può agevolmente (e dovrebbe) coprire tutte le esigenze di primo livello specialistico dei suoi assistiti con le competenze di base che un pediatra in 5 anni di specializzazione non può non aver acquisito. Al contrario, creare specialisti a seconda delle preferenze dei singoli pediatri afferenti alle *Case della salute/Case della comunità* può far correre il rischio di generare un'inevitabile inutile ridondanza di offerta (e di spesa!).

Gli accessi ai Pronto Soccorso (PS) sono il cuore di tutte le discussioni che riguardano la Sanità pubblica. Si parla di invisibilità di un Sistema al collasso. E come se non esistesse altro, è come se non esistessero i dati del 2022 che ci dicono che la metà delle persone in Italia ha fatto ricorso al Privato per rispondere a bisogni prioritari di salute, o ha rinunciato a curarsi (e non sono pochi, se pensiamo ad esempio ai bambini e agli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici). Una possibile soluzione all'eccessivo ricorso al PS



Box - LE RISPOSTE ORGANIZZATIVE AI BISOGNI DI SALUTE MENTALE DI BAMBINI E ADOLESCENTI

- *Potenziare di molto l'azione preventiva e di diagnosi precoce, a partire dall'ambulatorio del pediatra di famiglia, con un lavoro proattivo, singolo e/o di gruppo, di prossimità e/o a distanza, orientato all'ascolto, a consigli e a un complessivo supporto anche della famiglia; quando necessario, ricorrere all'adozione di strumenti validati in grado di saper riconoscere le situazioni potenzialmente critiche che possono richiedere, in modo motivato, valutazioni di secondo livello.*
- *Sviluppare l'integrazione e le connessioni nei singoli ambiti distrettuali tra i Servizi sanitari, le scuole, i Servizi di sostegno, i Servizi sociali, attraverso il lavoro di psicologi, educatori e infermieri.*
- *Rafforzare i Servizi di NPI (ma anche i reparti e i servizi pediatrici che si occupano di queste problematiche) su tutto il territorio nazionale, rendendo adeguati il numero e la qualità delle diverse figure professionali necessarie (educatori, psicologi, infermieri dedicati), ma anche i programmi operativi che si vogliono mettere in campo (programmazione integrata e partecipe degli interventi).*

è quella di immaginare le diverse figure professionali territoriali (spesso disperse) che si uniscono, nei ruoli e nelle capacità (anche diagnostiche) e che si integrano con l'assistenza ospedaliera, con ruoli professionali differenziati. Molti giovani pediatri, ma non solo, non vedono l'ora di farlo e lo possono fare anche dentro una dimensione territoriale strutturata. In altre parole l'invocato "rafforzamento" dell'assistenza territoriale, in aiuto a quella ospedaliera anche per le patologie acute (prevedendo, a seconda dei contesti, anche un loro lavoro sinergico dentro i PS pediatrici), deve essere meglio declinato e organizzato, altrimenti corre il rischio di rimanere uno *slogan*.

Un altro punto prioritario che viene riportato nel documento della SIP è quello sulle disuguaglianze, e si cita come esempio (tra i tanti possibili) la migrazione sanitaria. Nel 2020 il numero totale dei ricoveri prima del compimento della maggiore età (0-17 anni) è stato di 854.272, con un tasso di ospedalizzazione pari a 9,1 per 100 residenti; un indice di fuga pari all'8,7% totale, ma che per oltre la metà (41.000 ricoveri) interessa bambini e adolescenti residenti nelle regioni del Sud Italia⁴, con ampie variazioni regionali per l'assistenza pediatrica: dal 3,4% del Lazio al 43,4% del Molise, il 30,8% della Basilicata, il 26,8% dell'Umbria e il 23,6% della Calabria. Un terzo dei bambini e adolescenti si mette in viaggio dal Sud per ricevere cure per disturbi mentali (il 10% dei casi) o neurologici, della nutrizione o del metabolismo⁴. Per limitare la migrazione sanitaria si rende necessaria una visione sistemica con il potenziamento strutturale e qualitativo dei Centri esistenti, l'intensificazione della relazione/comunicazione tra gli operatori per una condivisione dei percorsi di cura, specie se complessi, un'appropriatezza e continua informazione sanitaria della popolazione^{4,5}. Si tratta in altre parole di capire nel 2023, a fronte di un fenomeno presente da decenni e di cui *Medico e Bambino* ha parlato (storicamente) più volte, i margini di evitabilità della migrazione per le situazioni che possono già ora (o in ogni caso devono) avere risposte qualificate^{4,5}.

L'invocato sviluppo di competenze per sub-specialità non può essere tuttavia una soluzione unica di problemi complessi, che spesso hanno bisogno di una multidisciplinarietà integrata di programmi e interventi e non per "apparati" e per consulenze. Le sub-specialità necessarie per rispondere anche alle disuguaglianze assistenziali devono essere rivolte a una riorganizzazione complessiva dei Servizi in grado di far fronte a vecchi e nuovi bisogni che a volte (o soprattutto) sono socio-sanitari.

Tra i cinque punti riportati nelle proposte della SIP non c'è un doveroso richiamo a quella che è la Salute mentale dei nostri bambini e adolescenti. I dati sui disagi che sono esplosi con la crisi pandemica non hanno bisogno di ulteriori commenti⁶⁻⁸. I bambini e gli adolescenti con disturbi neuropsichici e le loro famiglie sono tutt'oggi oggetto di pregiudizi che interferiscono con la diagnosi e la terapia, con l'inclusione sociale e soprattutto con la programmazione sanitaria. La tendenza a negare l'esistenza di questi disturbi è ancora molto marcata (si tratta di un vero proprio processo di stigmatizzazione)⁹ e impatta sulle politiche nazionali e internazionali⁹. L'utilizzo delle risorse destinate alla Salute mentale dovrebbe essere guidato da principi definiti di concerto tra varie figure professionali e Organismi istituzionali, favorendo, in ogni realtà locale, un collante di ruoli e responsabilità per rispondere a una visione fatta di concretezza e progettazione, secondo linee di indirizzo più volte riportate, ma lontane da qualsiasi seria programmazione e formazione (*Box*). Mettendoci in ogni caso anche la faccia e il cuore, cercando di superare l'inutile divisione tra i luoghi di assistenza (territorio vs ospedale).

Nel 1998 in un prezioso documento di riflessione e di proposte sui Servizi sanitari per l'età evolutiva¹⁰ si scriveva: «... il Piano di azione del governo per l'infanzia, varato nell'aprile del 1997, e più esattamente nel capitolo "Interventi per superare situazioni di difficoltà", non può avere la benché minima probabilità di realizzazione senza una struttura assistenziale integrata di tipo dipartimentale che renda i percorsi assistenziali chiari, comprensibili e quindi utilizzabili per le famiglie. L'attuale persistente separazione fra PdF, di comunità, dei consultori e ospedalieri, è fra le maggiori cause di confusione assistenziale per le famiglie. 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: 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 evidente che 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»¹⁰. Sembrano riflessioni che esulano dai concreti punti programmatici proposti dalla SIP, ma se ci pensiamo ne sono parte integrante, in una visione (di 25 anni fa!) che non è solo di unione di intenti, ma di necessaria risposta a chi, in questo momento, ha più bisogno di altri di una rete di Servizi che funzioni in modo rapido e bene.

Come richiamato recentemente occorre inoltre una visione alta della programmazione sociale e sanitaria che veda i bambini come prioritari nelle politiche sanitarie e sociali; i bambini e i giovani meritano un'attenzione a sé stante e non solo perché sono una base indispensabile per un futuro sostenibile¹¹.

E da parte nostra per rendere questa attenzione sostenibile fa ancora specie vedere che la realizzabilità integrata e programmata degli interventi proposti, ma anche della semplice e più funzionale organizzazione dell'assistenza in ogni singola realtà, non ha ancora, nell'invocato Dipartimento per la Salute della Donna, Infanzia e Adolescenza, "una casa unica"; al contrario i NPI sono parte integrante dei dipartimenti di Salute Mentale; i PdF, con modalità libere partecipative, dei dipartimenti delle Cure primarie. E senza avere reticenze nel dirlo, ma solo vedendone il bene per tutti (*in primis* per le persone che seguiamo) colpisce trovare ancora tanti ostacoli nel capire tutti i vantaggi che potrebbero derivare dall'entrata dei nuovi pediatri specialisti nella casa unica del Servizio Sanitario Nazionale. Nessun progetto di Salute ha senso, nessuna *Casa della Salute/Casa della comunità* può averne, senza che ci si metta nella condizione di vivere la professione non per luoghi contrattuali di appartenenza (dipendente pubblico vs libero professionista convenzionato), ma per progettualità comuni che consentirebbero anche quella formazione qualificata per obiettivi concreti di salute che è invocata nel documento della SIP.

Speriamo che intanto alcune delle proposte migliorative, ancora una volta messe al centro della discussione per una qualificata assistenza pediatrica, abbiano finalmente delle risposte. Solo l'idea di una Pediatria unita e motivata nel raggiungere obiettivi di cambiamenti concreti può essere la risposta al disfattismo e al conservatorismo¹².

Bibliografia

1. Tamburlini G, Volta A. Il bambino tutto intero: per un approccio integrato al bambino e al suo ambiente complesso. *Medico e Bambino* 2021;40(4):237-44. doi: 10.53126/MEB40237.
2. Nardini C. Essere infermiera case manager. *Recenti Prog Med* 2019;110(7):372-3. doi: 10.1701/3197.31752.
3. Centro per la Salute del Bambino e Associazione Culturale Pediatrici. Senza Confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze. Seconda edizione, maggio 2022.
4. Bonati M, Campi R. Ogni anno 41.000 bambini e adolescenti sono costretti a migrare da Sud a Nord per curarsi. *Quotidiano Sanità*, 19 novembre 2022.
5. De Curtis M., Bortolan F, Diliberto D et al. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. *Ital J Pediatr* 2021;47:139. doi: 10.1186/s13052-021-01091-8.
6. Marchetti F. Quella invisibilità che chiamiamo salute mentale dei giovani. *Recenti Prog Med (suppl Forward)* 2022;27:31-2.
7. Tamburlini G, Marchetti F. Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi. *Medico e Bambino* 2022;41(6):361-4. doi: 10.53126/MEB41361.
8. Amerio A, Vai E, Bruno E, et al. Covid-19 Impact on the Italian Community-based System of Mental Health Care: Reflections and Lessons Learned for the Future. *Clin Psycho-pharmacol Neurosci* 2023;21(1):2-9. doi: 10.9758/cpn.2023.21.1.2.
9. Save the children. Come Stai? La salute delle bambine, dei bambini e degli adolescenti. Novembre 2022.
10. AAVV. Servizi sanitari per l'età evolutiva. *Medico e Bambino* 1998;17(9):604-15.
11. Tamburlini G. Lancet compie 200 anni e indica le priorità globali per la salute: ci riguardano, eccome! *Medico e Bambino* 2023;42(2):75-6. doi: 10.53126/MEB42075.
12. Marchetti F. I cambiamenti partono da obiettivi concreti. *Medico e Bambino* 2021;40(5):279-80. doi: 10.53126/MEB40279.

Federico Marchetti

UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale di Ravenna,
AUSL della Romagna