

4. I SERVIZI SANITARI DELL'AREA PEDIATRICA



L'area ospedaliera

La tendenza, già ampiamente prevista e di fatto in atto da alcuni anni, alla **progressiva riduzione dei pediatri**

²⁷ Nel Rapporto Regionale CRC è messo in evidenza il dato del numero di pediatri con anzianità di specializzazione da oltre 23 anni, il 79,4% del totale. In molte regioni questo dato è molto superiore: Abruzzo (98,2%), Basilicata (86,7%), Calabria (93%), Lazio (91,2%), Marche (86,8%), Molise (100%), Sardegna (85,6%), Sicilia (92,5%), Toscana (85,4%).

²⁸ Ministero della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2019.

disponibili a lavorare nei reparti ospedalieri si è ulteriormente consolidata, aggravando le criticità degli organici e mettendo a rischio quantità e qualità delle prestazioni rivolte alla popolazione pediatrica. A disegnarne questa realtà concorrono fattori diversi ben identificabili: le cessazioni dal servizio per raggiunti limiti di età²⁷, la concorrenza di altre opportunità professionali territoriali o nel settore privato e, soprattutto, l'oggettiva insufficienza numerica dei giovani specialisti pediatri disponibili a rimpiazzare i colleghi che lasciano l'ospedale²⁸. Le proiezioni per i prossimi anni ci prospettano un saldo negativo nel ricambio generazionale che a fatica riuscirà ad essere colmato²⁹.

La carenza degli organici ospedalieri pone oggettive difficoltà organizzative soprattutto nelle aree dell'intensività neonatale e pediatrica, nella gestione dell'urgenza/emergenza e nella capacità di erogare le indispensabili prestazioni di competenza delle sub-specialità pediatriche³⁰. Dal punto di vista assistenziale, c'è la concreta preoccupazione di non riuscire a mantenere i livelli quantitativi e qualitativi che si è stati in grado di assicurare fino ad oggi alla popolazione infantile e adolescenziale. Sempre più spesso, al di fuori dei pochi ospedali esclusivamente pediatrici esistenti, i minorenni vengono riferiti agli specialisti d'organo della medicina dell'adulto. Viene così a perdersi quell'unitarietà di visione del bambino che da sempre caratterizza e distingue la disciplina pediatrica e che consente di considerare l'età evolutiva non come una sommatoria di organi, ma come un vero e proprio organismo complesso in via di sviluppo. Senza contare che, nel livello delle cure primarie, un crescente numero di bambini rischierebbe di vedere delegata la propria assistenza, ancora una volta, alla medicina dell'adulto rendendo più incerto il mantenimento dei livelli di salute fino ad oggi garantiti da un'assistenza specialistica dedicata esclusivamente all'infanzia.

Allo stesso tempo, la **Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA)** – la cui cronica carenza di posti letto dedicati è stata più volte segnalata³¹ – sta

²⁹ DM n. 998 del 28-07-2021 All. 1 DM Distribuzione Contratti formazione medica specialistica a.a 2020 2021.pdf; Ddl n. 1315 di "conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria".

³⁰ Corsello G. la riorganizzazione della rete assistenziale pediatrica non è più rinviabile. *Pediatria 2021* (luglio-agosto); 11:9.

³¹ Si veda anche Rapporto CRC "I dati regione per regione, anno 2021", in cui si riporta il dato del numero totale di posti letto di ricovero ordinario in NPIA (394), da cui emerge che vi sono Regioni anche prive di posti letto (Abruzzo, Calabria, Molise, Umbria, Valle d'Aosta).



vivendo un momento di analoga difficoltà nel reperire medici specializzati e nel fare fronte alla crescente domanda di salute mentale per bambini e adolescenti³². In questo contesto, i reparti di Pediatria si fanno carico, sempre più frequentemente, dell'emergenza psichiatrica che, se non accolta in ambiente adeguato, verrebbe inevitabilmente indirizzata verso le strutture psichiatriche dell'adulto. La situazione si è peraltro ulteriormente aggravata, come vedremo oltre, per la perdurante pandemia di SARS-CoV-2³³.

La razionalizzazione dei punti nascita e la qualità delle cure perinatali intensive e semintensive restano temi rilevanti nell'ambito della riorganizzazione della rete assistenziale pediatrica³⁴. Nel corso del 2020 si conferma, a livello nazionale, **il calo delle nascite**, scese a 404.260 rispetto alle 421.913 del 2019, mentre i nati nel 2021 sono stati appena 399.431, in diminuzione dell'1,3% rispetto al 2020. **Il ricorso al taglio cesareo** è ancora elevato: la media nazionale si attesta sul 31,12% dei casi con forte variabilità, per area geografica e tra Regioni, compresa tra il 19,6% della Provincia Autonoma di Trento e il 50% della Regione Campania. I dati del 2020 del flusso CeDAP evidenziano che **l'88,2% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati**, l'11,6% nelle case di cura private e solo lo 0,2% altrove³⁵. La rete di offerta dove hanno avuto luogo i parti ha interessato 377 strutture ospedaliere; di queste 350 sono punti nascita mono-presidio e 27 sono punti nascita articolati su più presidi ospedalieri (a cui corrispondono 69 punti nascita), mentre a livello nazionale il numero complessivo dei singoli punti nascita è pari a 419.

Il 21% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana, l'età media della madre è di 33 anni per le italiane mentre scende a 30,8 anni per le cittadine straniere.

I 62,6% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Il 6,9% dei parti ha luogo

invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui. Nel 2020 in 6 Regioni, tutte collocate al Centro-nord del Paese, oltre il 70% dei parti si è svolto in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1000 parti annui). Al contrario, nelle Regioni del Sud oltre il 40% dei parti si svolge in punti nascita con meno di 1000 parti annui.

Riguardo agli **standard organizzativi auspicabili in ambito perinatale**, la Società Italiana di Neonatologia ha recentemente prodotto un dettagliato documento al quale si dovrebbe fare riferimento nella valutazione delle risorse strutturali, tecnologiche e umane dedicate alla salute materno-infantile in epoca neonatale³⁶. Un fenomeno da considerare e analizzare è anche quello della **migrazione ospedaliera pediatrica**. Uno studio sui dati del Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero del 2019 ha evidenziato che i bambini/ragazzi residenti nel Mezzogiorno rispetto a quelli residenti nel Centro-Nord sono stati curati più frequentemente in altre Regioni (11,9% vs 6,9%) in particolare se si considerano i ricoveri ad alta complessità, (21,3% vs 10,5% del Centro-Nord)³⁷. Le diseguaglianze sono evidenti soprattutto in Calabria dove il 20% della popolazione pediatrica migra in altre regioni, il 38% dei bambini che risiedono in Molise e il 32% di quelli che abitano in Basilicata³⁸. Le cause sono legate a profili di welfare locale non ottimali, ma che si evidenziano quando i bisogni di salute aumentano per gravità o intensità, determinando problemi economici e sociali con alti costi per le regioni oltre che a carico delle famiglie e profonde sofferenze per il distacco dal luogo di origine.

I servizi territoriali

Anche i servizi territoriali per la salute del bambino e della famiglia confermano le difficoltà già registrate

³² Fioritti A. L'altra faccia della pandemia. Malessere dei giovani e crisi delle Neuropsichiatrie Infantili. 29 marzo 2021. www.quotidianosanita.it.

³³ Camera dei deputati. Documentazione parlamentare. Covid-19: conseguenze sulla salute mentale di bambini ed adolescenti. 14 Ottobre 2021. https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14559/covid-19-conseguenze-sulla-salute-mentale-bambini-ed-adolescenti.html

³⁴ Corsello G. La riorganizzazione della rete assistenziale pediatrica non è più rinviabile. *Pediatria* 2021 (luglio-agosto); 11:9. <https://sip.it/2021/09/08/la-riorganizzazione-della-rete-assistenziale-pediatria-non-e-piu-rinviabile/>

³⁵ Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3149_allegato.pdf

³⁶ Società Italiana di Neonatologia. Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale. 2021, IdeaCpa Editore, Roma.

³⁷ De Curtis, M., Bortolan, F., Diliberto, D. et al. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. *Ital J Pediatr* 47, 139 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01091-8>

³⁸ Gruppo CRC. I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. I dati regione per regione. Novembre 2021. https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2021/11/Rapporto_CRC-dati_regione_2021.pdf



negli anni precedenti, sia per quanto riguarda le risposte ai bisogni di salute nel corso della gravidanza e del puerperio, sia del bambino nella sua dimensione individuale, così come in quella all'interno delle collettività; tutte esacerbate da due anni di pandemia ed emergenza sanitaria.

L'Istituto Superiore di Sanità, su mandato del Ministero della Salute ha realizzato **un'analisi nazionale sulle attività della rete dei consultori familiari (CF)** che ha messo in evidenza "il progressivo processo di depauperamento dei CF, in termini di sedi e di personale, che minaccia il ruolo del CF inteso come servizio di prossimità multidisciplinare, con offerta attiva di programmi strategici di prevenzione e di promozione della salute"³⁹. Di fatto, le persone che ne avrebbero più bisogno spesso non accedono ai CF proprio per la mancanza di offerta attiva. La Legge 34/96 prevede la disponibilità di un CF ogni 20.000 abitanti, stimando che un servizio di prossimità territoriale e libero accesso non possa soddisfare appieno i bisogni di salute di popolazioni bersaglio più ampie: nel POMI (D.M. 24 Aprile 2000) si era ritenuto opportuno distinguere fra zone rurali, per le quali sarebbe auspicabile un CF ogni 10.000 abitanti, e zone urbane con un CF ogni 25.000 abitanti. Nel Rapporto CRC "I dati Regione per Regione", sono ripresi gli indicatori relativi a: numero medio di residenti per sede consultoriale, (media nazionale 32.325); numero medio di ore di lavoro settimanale delle figure professionali (ginecologi 11,6; ostetriche 24,6; psicologi 16,1, assistenti sociali 19,6) dell'équipe consultoriale per 20.000 residenti, ed il numero medio di utenti giovani dei consultori per 100 residenti di 14-19 anni⁴⁰. Dall'analisi risultano evidenti **la grande disomogeneità nella distribuzione territoriale** - non sempre e non solo a carico delle Regioni meridionali - **così come la diversa rappresentazione delle figure professionali presenti** (ostetrica, ginecologo, psicologo e assistente sociale e del lavoro di équipe), **la differente offerta dei servizi** (corsi di accompagnamento alla nascita, percorso nascita, spazi adolescenti e giovani) e nell'integrazione con le istituzioni sociali ed educative, tutti aspetti che si ripercuotono sulle opportunità di salute della popolazione afferente.

Istituiti nel 1975, i consultori familiari sono stati realiz-

zati con tempi e modalità diversi, in seguito all'approvazione delle relative leggi regionali, e rappresentano un patrimonio unico: non sono residui del passato, ma fondamenti per sistemi sanitari del futuro, volti a tutelare e promuovere la salute pubblica⁴¹. Appare dunque necessario investire sui CF, all'interno del sistema sanitario pubblico, poiché rappresentano una risorsa fondamentale per i diversi cicli della vita familiare: gravidanza, percorso nascita, adolescenza e salute riproduttiva, menopausa. Appare altrettanto opportuno e urgente che il CF si occupi del disagio psicosociale, della violenza di genere e dell'intercettazione precoce dei segnali di rischio e di vulnerabilità, e che ripensi ai servizi in termini di medicina di genere. È infine indispensabile che il Consultorio si riappropri dell'attributo "familiare" includendo i partner e le nuove famiglie nella progettazione dei propri percorsi.

Il PNRR prevede forti investimenti sulle **Case della Comunità**, ma al momento non sono ancora definite l'organizzazione e le funzioni nei confronti della salute materno infantile: è in questi luoghi che devono trovare spazio e connessioni i servizi sanitari specifici: Pediatri di famiglia, Consultori Familiari e Pediatria di Comunità, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza, ma anche i Servizi Sociali per la tutela dell'infanzia, per il supporto alle gravide e alle famiglie. Assistenti sanitari e infermieri dovrebbero rivestire un ruolo protagonista nella promozione della salute e nella prevenzione, non solo nei confronti del singolo ma anche della salute nelle collettività scolastiche di riferimento, in connessione con i pediatri di famiglia, di comunità e i servizi di igiene pubblica.

E sarebbe auspicabile, come in alcune esperienze puntuali, che trovassero spazio anche altri servizi quali Centri per le Famiglie, attività ricreative quali biblioteche, laboratori, funzioni a supporto della genitorialità, con l'obiettivo di facilitare l'accesso anche a chi presenta barriere e povertà (culturali, linguistiche, economiche) e ridurre le disuguaglianze. La convivenza negli stessi spazi, negli stessi tempi, la formazione condivisa fra i diversi servizi sono fattori facilitanti l'integrazione, pongono al centro i bisogni dei ragazzi e delle famiglie, e producono risposte più adeguate.

³⁹ Lauria L, Bortolus R, Battilomo S, et al: Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo: principali risultati del Progetto CCM 2017. *Epidemiol Prev* 2021;45:331-42.

⁴⁰ Gruppo CRC. I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. I dati regione per regione. Novembre 2021. https://gruppcrc.net/wp-content/uploads/2021/11/Rapporto_CRC-dati_regione_2021.pdf

⁴¹ Grandolfo M. Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI); Epicentro https://www.google.it/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo&ved=2ahUKEwj11uGH-T2AhW6g_0HHRzYB-gQFnoECAkQA&usq=AOvVaw1pY-NS16Z0xhrt8Os3R2h



Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda:**

- 1. Al Ministero della Salute** di esercitare una programmazione più stringente delle risorse professionali indispensabili per assicurare i necessari livelli assistenziali della pediatria ospedaliera e territoriale;
- 2. Al Ministero della Salute** di investire sui Consultori Familiari pubblici, su tutto il territorio nazionale, con équipe multi professionali, rivolti anche alle nuove famiglie, attenti alla medicina di genere e alla intercettazione precoce dei rischi e delle vulnerabilità.