

Capitolo V

SALUTE E ASSISTENZA

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini in tutte le Regioni e che:

- (a) proceda a un'analisi dell'applicazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 con riferimento al diritto dei bambini alla salute;
- (b) definisca senza indugio i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) per quanto riguarda le prestazioni dal momento del concepimento all'adolescenza;
- (c) migliori i programmi di formazione per tutti i professionisti che operano in ambito sanitario, in conformità con i diritti dell'infanzia.

CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. a), b), c)

1. INTRODUZIONE

Non molto è mutato rispetto allo scenario descritto nel Rapporto del 2015. Permangono infatti **disuguaglianze inaccettabili**, tra le varie aree del Paese, negli esiti delle cure, nell'accesso ai servizi, nelle tipologie e nella qualità dei servizi assicurati; ci sono poi carenze nella continuità delle cure, dalla diagnostica alla presa in carico, in particolare per bambini con problemi e bisogni complessi, e un'insufficienza di azioni di prevenzione e, soprattutto, di promozione della salute; sono questi gli elementi negativi caratterizzanti l'offerta di servizi e lo stato di salute dei bambini in Italia.

Esistono anche **elementi positivi** che sono da individuare negli indicatori nazionali di mortalità e in alcuni casi di appropriatezza delle cure, soprattutto specialistiche (come oncologia, reumatologia pediatrica e altre), che ci collocano al di sopra o nella media europea. Tuttavia, anche in questi casi, le medie nazionali nascondono tanto le gravi carenze, quanto le eccellenze esistenti sul territorio.

In merito alle azioni di **prevenzione**, è aumentata la consapevolezza del fatto che la salute si produce con azioni e politiche che vanno oltre il sistema sanitario e che quanto avviene, o non avviene, nei primi anni di vita, a partire dal perio-

do periconcezionale, è estremamente importante; purtroppo, tutto questo fatica a tradursi in azioni concrete. Il **Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP)** si è tradotto nei **Piani Regionali (PRP)** ma, tra questi, solo pochi hanno previsto obiettivi specifici e dettagliati o stanziato risorse per un **investimento nell'ambito dei primi 1000 giorni**. Merita una menzione in tal senso il Progetto "Salute Infanzia 2.0" della Regione Umbria¹, che è sorretto da un'adeguata formazione degli operatori e da un impianto valutativo dei risultati. I piani di prevenzione costituiscono spesso esercizi di definizione di concetti e priorità, non sufficientemente accompagnati da piani di azione dettagliati ed *evidence-based*. Il rapporto benefici-costi deve essere comparato tra i diversi interventi (ad esempio, un nuovo vaccino piuttosto che un investimento in servizi di cura e riabilitazione per bambini affetti da disabilità), in modo da consentire una valutazione delle priorità su cui investire.

Sono peggiorati, causando un giustificato allarme da parte delle istituzioni deputate alla salute pubblica, i dati riguardanti le **coperture vaccinali**², specchio di un'incrinatura della fiducia nei confronti del servizio pubblico e dei professionisti sanitari, ma anche di un'insufficiente attitudine e competenza dei servizi e dei professionisti in tema di comunicazione. La copertura vaccinale viene ancora concepita e proposta, nella gran parte dei casi, come elemento separato da una più comprensiva opera di promozione e prevenzione della salute durante i primi anni di vita, perdendo in questo modo un'opportunità di un dialogo efficace e convincente con le famiglie. Anche in questo caso, le differenze regionali sono inaccettabili: nel 2014, la copertura della seconda dose del vaccino morbillo-parotite-rosolia (di seguito MPR) è stata del 65% in Calabria e Sicilia e di oltre l'85% in Veneto e Piemonte, dove sono state intraprese a livello regionale azioni per assicurare coperture migliori³.

Le disuguaglianze nell'**accesso ai servizi e agli**

¹ Disponibile su: http://www.regione.umbria.it/notizie/-/asset_publisher/54m7RxsCDsHr/content/progetto-salute-infanzia-2-0-presentato-percorso-formativo?read_more=true

² Per un approfondimento, si veda oltre il par. 1 - "Servizi di prevenzione".

³ Sulle varie iniziative regionali, si veda: <http://www.epicentro.iss.it/territorio/segnalazioni.asp>



interventi preventivi sono molto ampie, e a discapito dei territori e dei gruppi sociali maggiormente a rischio. Ad esempio, per quanto riguarda la prevenzione delle “morti in culla”, un’indagine effettuata in Veneto indica che solo il 32,6% delle donne di origine sub-sahariana intervistate mettono il bambino a dormire nella posizione corretta (ovvero a pancia in su), contro il 66,8% delle italiane, tra le quali ci sono comunque ampie differenze determinate dal livello socio-culturale. La stessa indagine evidenzia che oltre il 70% delle mamme italiane ha svolto un corso pre-parto, contro solamente il 24,3% delle mamme nord-africane o il 9,1% delle cinesi⁴.

Per quanto concerne **l’organizzazione dei servizi di cura**, le sempre maggiori limitazioni nelle risorse disponibili hanno portato a un’ulteriore riduzione, ma ancora insufficiente in molte realtà regionali, dei **punti nascita di piccola dimensione**⁵ e a un’aggregazione di aziende sanitarie in enti sempre più grandi. Mentre il primo aspetto è positivo, se sorretto da adeguati sistemi di riferimento e trasporto per le donne con minaccia di parto prematuro e per i neonati critici, il secondo, anche se può creare i presupposti per una migliore integrazione tra servizi, rischia di portare a un’ulteriore riduzione delle risorse umane disponibili, in particolare per i servizi preventivi e per quelli di cura e riabilitazione per i bambini affetti da patologie che comportano disabilità.

Anche per quanto riguarda le condizioni in cui si svolgono **la gravidanza e la nascita**, sia dal punto di vista strettamente medico, sia dal punto di vista delle cure olistiche alle mamme e ai neonati, persistono differenze inaccettabili fra territori e fra i vari centri⁶.

Procede, ma con significative diversità di applicazione tra una Regione e l’altra, l’iter di accordi e piani che devono dar vita ad aggregazioni e forme di **collaborazione tra pediatri di famiglia e tra questi e gli altri servizi territoriali e**

ospedalieri; accordi e piani che costituiscono i presupposti per un uso migliore e più efficace delle risorse, a vantaggio della tempestività, dell’integrazione e quindi della continuità dei **percorsi assistenziali**. Nella gran parte delle Regioni, l’aggregazione dei pediatri di libera scelta in forme associative ad alta integrazione (pediatria di gruppo) e i modelli di collaborazione tra questi e i servizi ospedalieri sono già a buon punto.

Va sottolineato che l’attenzione, sia delle autorità sanitarie, sia delle organizzazioni professionali, è quasi esclusivamente rivolta all’urgenza, cioè alle prestazioni date in acuzie, piuttosto che ai bambini con patologia cronica e alle sempre più numerose **problematiche che riguardano il neuro-sviluppo e la salute mentale**. In gran parte d’Italia, ma con drammatiche differenze tra Regione e Regione, e a volte anche all’interno delle stesse Regioni, i tempi di attesa per la presa in carico di bambini con problemi di neuro-sviluppo e di salute mentale, da parte di équipe specialistiche, sono inaccettabili; mentre gli operatori di prima linea non hanno ancora le competenze necessarie per fornire un’adeguata sorveglianza e quindi un’identificazione precoce della problematica, accompagnata da appropriati consigli alle famiglie.

Le differenze nell’accesso e nella qualità dei servizi si sommano alle determinanti sociali nel causare ampie differenze negli esiti delle cure sanitarie. Un dato su tutti: nel 2013, la mortalità infantile tra i residenti italiani era del 2,9%, mentre tra gli stranieri era del 4,3%⁷. I tassi di mortalità in Calabria sono ancora il doppio di molte Regioni del Nord, ma esistono significative disparità anche in altri indicatori: la proporzione dei bambini che ricevono una diagnosi che li abilita a fruire di un insegnante di sostegno; il numero di bambini affetti da disabilità che usufruiscono di un sostegno; la quota di minori non autonomi – nello spostarsi, mangiare o andare al bagno – al Sud è doppia rispetto al Nord. E ancora: per ciò che riguarda i percorsi di inclusione scolastica, che

4 In merito all’indagine della Regione Veneto, si veda: <http://www.genitoripiu.it/news/veneto-accertamento-delle-morti-culla>

5 Per un approfondimento, si veda oltre il par. 4 - “Il diritto dei bambini alla continuità e qualità delle cure”.

6 Per un approfondimento, si veda oltre il par. “Servizi di prevenzione” e “Il diritto dei bambini alla continuità e qualità delle cure”.

7 Fonte: ISTAT, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*, gennaio 2014: <http://www.istat.it/it/archivio/109861>



in Italia è regolamentata da norme che rappresentano un'eccellenza sul piano internazionale, il Censis ci ricorda che il percorso scolastico dei bambini Down passa da una partecipazione dell'82,1% in età nido o scuola dell'infanzia, al 97,4% tra i 7 e i 14 anni, per poi crollare a poco meno della metà tra i 15 e i 24 anni, mentre soltanto l'11,2% prosegue il percorso formativo a livello professionale. Tra i ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico, il 93,4% frequenta la scuola, ma il dato scende al 67,1% tra i 14 e i 20 anni. A conferma di una **mancanza nelle politiche di inclusione a partire dall'età adolescenziale.**

L'analisi dei fattori che concorrono alle disparità esistenti è complessa e comprende sia elementi da ricondurre al rischio sociale, e quindi alla condizione delle famiglie, sia elementi di pianificazione dei servizi, oltre a fattori di tempestività e di accuratezza diagnostica e di capacità di intervento dei medesimi servizi.

In ogni caso, la realtà indica carenze nella realizzazione del mandato costituzionale sull'universalità del diritto alla salute, per mamme, bambini e adolescenti.

Di fronte a questa situazione complessiva, risulta evidente che "gli interventi e i servizi di prevenzione [...] devono sempre più adottare metodologie per il superamento delle disuguaglianze nell'accesso (offerta attiva, recupero dei contatti, monitoraggio socio-sanitario, a livello centrale e delle piccole aree). Fondamentale è anche adottare strategie operative integrate e trasversali tra sistemi sanitario, sociale, educativo, ambientale, urbanistico, tenendo conto, anche nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, dei determinanti primari della salute (psico-sociali, biologici, ambientali). Altra opzione strategica è la precocità degli interventi nella vita dei bambini, al fine di ottenere risultati positivi a breve, medio e lungo termine, che solitamente si raggiungono, infatti, entro i primi mille giorni di vita, dal concepimento al 2° anno di vita. La tempestività delle azioni di prevenzione e promozione della salute in ambito materno-infantile rappresenta un fattore strategico nelle azioni di salute pubblica per la proiezione esponenziale di dan-

ni e benefici nel corso della vita dei singoli e della comunità, in linea con gli obiettivi del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione"⁸. L'aspetto confortante è che queste ultime indicazioni strategiche sono alla base del **IV Piano Nazionale d'azione per l'Infanzia (PNI)**, proposto dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e in via di approvazione al momento della stesura del presente Rapporto. Ci auguriamo che tali indicazioni possano essere implementate nel prossimo biennio.

⁸ Dipartimento per le Politiche della Famiglia - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (altrimenti detto Piano Nazionale d'azione per l'Infanzia - PNI), pag. 31. Cfr. il testo della bozza approvata dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza in data 28 luglio 2015: <http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/Piano-di-azione/Documents/IV-Piano-%20Azione-infanzia.pdf>