



5. IL RUOLO DELLA PANDEMIA DI SARS-COV-2 SULLA SCENA PEDIATRICA



Nel corso della pandemia, quando le famiglie avevano più forte la necessità di punti di riferimento, **i pediatri di famiglia** hanno svolto, dai loro ambulatori, attività per lo più amministrativa e certificativa, mentre le attività cliniche relative alla infezione da SARS-CoV-2, anche a carico dei neonati, sono state delegate a medici professionisti quasi sempre privi di specifica competenza pediatrica (le USCA)⁴². Si è assistito alla sospensione degli interventi di promozione della salute e prevenzione (bilanci di salute) e alla difficoltà di intercettare altre malattie intercorrenti o riacutizzazioni di malattie croniche a causa di un ridotto accesso da parte delle famiglie negli ambulatori pediatrici, con grave rischio di complicanze ed esiti gravi o fatali. Se tutto ciò è stato ascrivibile, all'iniziale difficoltà di reperimento di presidi adeguati da parte dei pediatri di famiglia, non si può dire altrettanto dei mesi successivi. È invece evidente come la attuale organizzazio-

ne, ancora centrata sull'attività del singolo, non abbia permesso ai pediatri di affrontare in modo adeguato, partecipato ed efficace gli eventi in corso e di affrontare le grandi difficoltà che ragazzi, famiglie e personale scolastico hanno vissuto⁴³.

Già dai primi mesi di diffusione della pandemia è apparso chiaro che, ancorché marginalmente coinvolta dagli aspetti clinici più impegnativi del COVID-19 – **la Pediatria**, nel suo insieme organizzativo di territorio ed ospedale e nel suo ruolo di prevenzione, assistenza e cura della popolazione infantile, avrebbe condiviso le difficoltà e l'impreparazione di tutto il SSN. Vale la pena riportare, a questo proposito, un breve paragrafo contenuto nel documento dell'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (diffuso già alla fine del 2020) perché in esso sono sintetizzati la grande parte degli eventi che hanno interessato il mondo della pediatria ospedaliera (e non solo) negli ultimi due anni: "L'esperienza della primavera COVID ci ha mostrato come la domanda di salute in ospedale è stata improvvisamente modificata e contratta, concentrandosi su quella "reale". Nel pronto soccorso del nostro come di altri ospedali pediatrici, i codici a bassa priorità sono a un certo punto scomparsi, suggerendo che un altro modello di comportamento è possibile e probabilmente auspicabile. Saremo in grado di cogliere la opportunità per restaurare il filtro territoriale? Questa è una delle sfide principali che oggi si pongono alla organizzazione del sistema sanitario"⁴⁴.

La riorganizzazione delle strutture ospedaliere, la riconversione di un grande numero di reparti in funzione dell'accoglienza dei malati COVID, il reclutamento di personale medico e del comparto a supporto delle aree critiche, e la diffusa riduzione delle prestazioni specialistiche – mediche, chirurgiche e riabilitative - hanno fortemente condizionato anche l'operatività dell'area pediatrica. **La riduzione degli accessi delle persone di minore età ai servizi di emergenza-urgenza ha raggiunto punte del 60-80%**, con particolare riguardo ai codici di minore gravità, riproponendo il tema dell'appropriatezza degli accessi pediatrici in

⁴² Marchetti F. I paradossi di un'assistenza non basata su reali bisogni. *Medico e Bambino* 2022;41(2):75-6.

⁴³ Brunelli A, Silvestrini G, Palestini L, et al. Impatto del lockdown sui bambini e sulle famiglie: Un'indagine dei pediatri di famiglia all'interno di una comunità. *Recenti Prog Med* 2021; 112:207-15.

⁴⁴ AOPI. Position paper. La pandemia da SARS-CoV-2 e la specificità pediatrica. I Quaderni FIASO, Settembre 2020. www.aopi.it/wp-content/uploads/2020/10/1.POSITION-PAPER.pdf



Pronto Soccorso e dell'azione di filtro esercitata dalla pediatria territoriale⁴⁵. Anche su questo tema il documento dell'AOPI riassume bene la sfida riorganizzativa che attende la pediatria territoriale nella sua interfaccia con l'ospedale: "Nel pronto soccorso del nostro come di altri ospedali pediatrici, i codici a bassa priorità sono a un certo punto scomparsi, suggerendo che un altro modello di comportamento è possibile e probabilmente auspicabile. Saremo in grado di cogliere la opportunità per restaurare il filtro territoriale? Questa è una delle sfide principali che oggi si pongono alla organizzazione del sistema sanitario. Il concetto delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, delle Case della Salute e di altre forme organizzative comparabili, non ha ancora trovato la piena applicazione. Forse è tempo di mettere sotto lo stesso tetto, nelle nostre città grandi e piccole, equipe composte da pediatra, infermiere professionale ed una combinazione attenta di alcuni super-specialisti che permettano alle famiglie di rivolgersi, nell'arco delle 24 ore, piccole domande di salute ad un interlocutore "vicino", spesso il proprio pediatra di libera scelta o un suo collega, che abbia la disponibilità di tempo e spazio per rassicurare prontamente ovvero programmare ulteriori valutazioni, evitando un "inevitabile" quanto inappropriato ricorso al pronto soccorso, che dovrebbe essere dedicato ai codici a più elevata priorità, con vantaggio di tutti, a partire dalle famiglie che troverebbero sale di attesa più sgombre e operatori meno in affanno"⁴⁶.

Nelle successive, cosiddette, "ondate" della pandemia si sono concretizzate anche vecchie e nuove problematiche legate all'**inadeguatezza della rete delle terapie intensive e semintensive pediatriche**. La sempre più ampia diffusione dell'infezione nella popolazione pediatrica non vaccinata o parzialmente vaccinata e

la contemporanea riemersione di gravi forme respiratorie da virus respiratorio sinciziale hanno messo in crisi – seppure per un periodo di tempo limitato – il sistema intensivistico. Insufficienze nel numero di posti letto, nelle dotazioni organiche e di attrezzature tecnologiche hanno richiesto soluzioni di emergenza e posto il problema di un adeguamento della rete complessiva con criteri di omogeneità territoriale ancora largamente insufficienti⁴⁷. I letti di terapia intensiva pediatrica in Italia sono circa 202 con una media di 3 posti letto per 1 milione di abitanti, ben al di sotto della media europea pari a 8 e si va dai 2 letti ogni milione di abitanti della Puglia ai 10,6 della Liguria, mentre Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Umbria, Abruzzo, Sardegna Molise, Basilicata non hanno alcun posto letto di terapia intensiva pediatrica.

In una fase ancora successiva della pandemia - e che solo da poco ha iniziato a manifestarsi nella sua piena complessità – è emerso il **fenomeno del dilagante disagio adolescenziale** con manifestazioni psicopatologiche e psichiatriche acute, gravi dal punto di vista delle condotte (alimentari, autolesive, eterolesive, sociali) e diffuse dal punto di vista epidemiologico⁴⁸. Di questa emergenza psicopatologica acuta, anche i reparti di pediatria si stanno facendo carico con impegno rilevante di energie e risorse a fronte di bisogni formativi specifici che andrebbero al più presto colmati per dare un apporto di migliore e più appropriata competenza. Un lascito importante che la pandemia ha trasmesso anche al mondo pediatrico è l'esperienza di **telemedicina** che è stato necessario implementare rapidamente per continuare ad erogare alcune prestazioni essenziali e non procrastinabili anche in tempi di lockdown e di forzato distanziamento sociale. Già alla fine del 2020 l'Istituto Superiore di Sanità aveva diffuso le pri-

⁴⁵ Barbiellini Amidei C, Buja A, et al. Pediatric emergency department visits during the COVID-19 pandemic: a large retrospective population-based study. *Ital J Pediatr.* 2021 Nov 4;47(1):218; Golinelli D, Campinoti F, Sanmarchi F, et al. Patterns of Emergency Department visits for acute and chronic diseases during the two pandemic waves in Italy. *Am J Emerg Med.* 2021 Dec; 50:22-26.

⁴⁶ AOPI. Position paper. La pandemia da SARS-CoV-2 e la specificità pediatrica. I Quaderni FIASO, Settembre 2020. www.aopi.it/wp-content/uploads/2020/10/1.POSITION-PAPER.pdf

⁴⁷ Corsello G. la riorganizzazione della rete assistenziale pediatrica non è più rinviabile. *Pediatria* 2021 (luglio-agosto); 11:9; Società Italiana di Pediatria. In Italia poche terapie intensive pediatriche con circa 202 posti letto. <https://sip.it/2021/05/26/in-italia-poches-terapie-intensive-pediatriche-con-circa-202-posti/>

⁴⁸ 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; Costantino A. Lettera aperta al Presidente del Consiglio. www.fondazionecarloimolo.it/images/AolescenDay/SINPIA-lettera-PNRR-2021.pdf; Save the Children. Proteggiamo i bambini. Whatever it takes. L'impatto della pandemia sui bambini e sugli adolescenti in Italia e nel mondo. Ottobre 2020. <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/proteggiamo-i-bambini-whatever-it-takes.pdf>.



me indicazioni operative alle quali fare riferimento per quanto concerneva televisita, teleconsultazione, tele-riabilitazione, telemonitoraggio e coaching a distanza in pediatria⁴⁹. Il documento coglieva pienamente la prospettiva futura e poneva le basi per lo sviluppo di efficaci servizi di telemedicina anche al di là del momento emergenziale contingente.

Tutto questo sembra avere trovato espressione all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), laddove si delineano le strategie per la sanità digitale, le linee di intervento per il fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e per gli interventi di telemedicina⁵⁰. La situazione di partenza è, peraltro, gravata da importanti disomogeneità territoriali: l'80% delle Regioni ha meno del 50% dei documenti indicizzati, l'utilizzo del FSE è ancora appannaggio di una minoranza dei cittadini, i servizi di telemedicina sono concentrati in poche Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Puglia) e poco o nulla integrati con il FSE e le esperienze di telemedicina restano frammentarie e poco istituzionalizzate a livello regionale (Lombardia, Trento, Campania). L'investimento preventivato di €2.5 miliardi dovrà servire a superare le attuali inefficienze della sanità digitale e mettere a disposizione anche della pediatria risorse e tecnologie sufficienti per farle compiere il salto di qualità ormai indispensabile.

Pertanto, **il Gruppo CRC raccomanda:**

- 1. Al Ministero della Salute** di valorizzare ed incrementare nel tempo le esperienze di telemedicina come utile supporto clinico-riabilitativo anche per l'età infantile.

⁴⁹ Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19. Versione del 10 ottobre 2020. Rapporto ISS COVID-19 n. 60/2020. https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+IS-S+COVID-19+60_2020.pdf/6b4dfc13-fc37-fadd-3388-b93ae-f43a15d?t=1602857089054

⁵⁰ PNRR M6C1 Investimento 1.2.3 e M6C2 Investimento 1.3.1. Sanità digitale. Presentazione alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9884906.pdf>

⁵¹ Con la Legge 18/2009, il Parlamento ha autorizzato la ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo opzionale.

⁵² L'Art. 3 della CRC sancisce il principio del superiore interesse del minore. Per approfondimento si veda <https://grupprocrc.net/area-tematica/il-principio-del-superiore-interesse-del-minore/>