



b) I numeri dell'assistenza ospedaliera pediatrica e la tutela dei diritti dei bambini in ospedale

La rete di servizi ospedalieri è una risorsa importante nella risposta ai bisogni di salute del bambino e dell'adolescente. Le statistiche che vengono prodotte sull'assistenza ospedaliera pediatrica (i ricoveri, i tassi di ospedalizzazione, la mobilità ospedaliera, la degenza, il numero di strutture, il numero di medici ecc.) rappresentano dei buoni indicatori per valutare l'equità dell'assistenza ospedaliera e per documentare le differenze nell'accesso alle cure, fornendo utili indicazioni sugli interventi necessari per promuovere una maggiore omogeneità territoriale nella disponibilità e nell'utilizzo delle risorse.

La prima **causa di ospedalizzazione** è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio (23%), seguita dalle patologie neonatali (14%) e dai traumatismi (12%), che insieme costituiscono il 50% dei ricoveri. Nel 2004 sono stati effettuati circa 1.223.229 ricoveri pediatrici (0-14 anni). Le differenze nei tassi di ospedalizzazione variano profondamente a seconda delle fasce d'età, in quanto è superiore nei primi anni di vita. In tutte le Regioni il tasso di ospedalizzazione maggiore si registra nel corso del primo anno di vita, con un rapporto medio di 1/5 e 1/10 per le classi 1-4 e 5-14 anni. Anche la durata media della degenza diminuisce con l'età⁷. I ricoveri dei bambini maschi, indipendentemente dall'età e dalla Regione di residenza, sono del 10% più frequenti rispetto a quelli delle bambine.

⁷ Banca dati SDO Ministero della Salute.



La mobilità ospedaliera, ossia la tendenza della popolazione a usufruire delle prestazioni di ricovero in una Regione diversa da quella di residenza, è un indicatore indiretto sia della completezza dell'offerta sanitaria, sia della qualità e accessibilità dei servizi. Un'elevata immigrazione è infatti indice di elevato *standard* assistenziale, viceversa un'elevata emigrazione è indice di scarsa assistenza. In Italia la migrazione nelle fasce di età infantili si attesta intorno al 6,2% (nel 2004), in diminuzione rispetto al 2001 (8,3%). Sono le Regioni del Nord ad avere una forte attrazione di utenza, in particolare la Liguria (ospedale Gaslini di Genova); mentre al Sud sono più elevati i valori dell'indice di fuga (in particolare in Calabria e Basilicata). Bisogna tuttavia considerare che esistono varie cause di migrazione: una migrazione motivata da ragioni «oggettive», cioè dall'esistenza di centri specialistici solo in alcune Regioni (es. in Liguria e nel Lazio); una migrazione dovuta a esigenze geografiche o familiari; e una migrazione «evitabile», dovuta a varie cause quali l'inefficienza, la disinformazione e l'inadeguata allocazione delle strutture.

La marcata differenza nei tassi di ospedalizzazione per età e Regione, la scarsa utilizzazione del *day hospital*, l'inappropriatezza dei ricoveri, la fuga dalle Regioni meridionali verso quelle settentrionali, indicano la presenza di modelli organizzativi adottati dalle Regioni che appaiono poco attente a un equo e corretto utilizzo delle risorse disponibili e alle vere necessità del bambino e della sua famiglia⁸.

L'ospedalizzazione può essere un'esperienza molto difficile per il bambino, che subisce un distacco dalla sua casa, dalla sua famiglia, dai suoi ritmi quotidiani, molto spesso in dinamiche nuove cariche di stress. La malattia rappresenta, a qualsiasi età, un evento che modifica il ritmo e la qualità della vita. Il bambino ospedalizzato e sottoposto a cure mediche, forse per la prima volta nella vita, sperimenta una situazione di dolore, paura, angoscia, disorientamento davanti a una situazione nuova e poco rassicurante. Molti dei ricoveri avvengono d'urgenza, senza che ci sia il tempo per preparare adeguatamente il bambino a questa esperienza, che oltre al dolore fisico comporta un forte disagio psichico. Sarebbe invece opportuno e possibile prevenire il trauma da ricovero con un'adeguata informazione attraverso la conoscenza e la razionalizzazione di «che cosa succederà», «che cosa

sarà fatto», «che cosa sarà usato», svolgendo un percorso di familiarizzazione con l'ospedale. Informare il bambino su quanto avviene in un reparto di pediatria o in un Pronto Soccorso (visite, ingessature, prelievi, radiografie, ecc.) quando il suo coinvolgimento personale è minimo, perché sta bene, gli permette di elaborare le informazioni con serenità e di ridurre il disagio se e quando dovrà affrontare, oltre al trauma della malattia o di un incidente, un ambiente e una situazione sconosciuti. L'adattamento e la preparazione del bambino possono essere attuate attraverso il gioco⁹.

Il diritto al miglior trattamento medico possibile è un diritto fondamentale, specialmente per il bambino. In particolare, come elenca la Carta di EACH¹⁰, il bambino in ospedale ha specifici diritti che comprendono, tra gli altri: il diritto di avere accanto a sé in ogni momento i genitori o i parenti o comunque un adulto di riferimento, il diritto dei genitori e dei bambini di essere informati e coinvolti nelle decisioni relative al trattamento medico, in modo adeguato all'età e alla loro capacità di comprensione; il diritto del bambino di essere ricoverato in un reparto pediatrico strutturato, arredato e fornito di personale adeguatamente preparato; il diritto del bambino ad avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione¹¹.

Il Gruppo di Lavoro raccomanda:

1. di potenziare le attività ambulatoriali e di *day hospital* in modo da ridurre i ricoveri inappropriati, riconoscendo al pediatra di famiglia un maggior ruolo nell'assistenza, garantendo una maggiore presenza giornaliera sul territorio;
2. di attuare un maggior coordinamento tra le diverse istituzioni coinvolte (Ministero, Regioni e Aziende Sanita-

⁹ L'uso di strumenti medici nel gioco aiuta questo processo, riducendo, se non addirittura eliminando, lo sgomento che il bambino prova quando in ospedale si vede inaspettatamente «manipolato» da estranei e con oggetti misteriosi e spesso sgradevoli (otoscopi, abbassalingua, siringhe, martelletti, ecc.). Spesso infatti medici e infermieri, che non hanno ricevuto un'adeguata formazione su come comunicare diagnosi e terapie ai bambini, non informano il bambino sui trattamenti sanitari, e per ovviare alla mancanza di conoscenza il bambino ricorre alla fantasia, che spesso è più negativa della realtà.

¹⁰ Nel 1988 dodici associazioni impegnate per il benessere del bambino prima, durante e dopo il ricovero in ospedale, si incontrarono a Leida e in questa occasione fu redatta la Carta di EACH (*European Association for Children in Hospital*) che riassume in 10 punti i diritti del bambino in ospedale.

¹¹ Cfr. articoli 1-10 Carta di EACH.

⁸ Parizzi F., D'Andrea N., Mastroiacovo P. et al. *Appropriatezza dei ricoveri in Pediatria. Studio prospettico multicentrico nell'anno 2003* Quaderni ACP 13, 2006, pagg. 141-145.

Capitolo IV. Salute e assistenza

3° rapporto di aggiornamento 2006-2007



48

I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

- rie) ed una maggiore integrazione socio-sanitaria e continuità assistenziale tra ospedale e territorio (compresi gli Enti Locali e gli altri attori sociali) definendo percorsi assistenziali condivisi e comuni a livello nazionale e regionale;
3. di promuovere un'indagine presso i reparti di pediatria degli ospedali per rilevare se e come vengono applicati i principi della Carta di EACH;
 4. di sviluppare una maggior sensibilizzazione alla conoscenza del trauma legato all'ospedalizzazione attraverso strumenti di informazione preventiva nelle scuole.