



**CHILD
HEALTH
SUMMIT**



*SALUTE DEI BAMBINI,
BENESSERE DELLA COMUNITÀ*



© 2023 The European House-Ambrosetti S.p.A. TUTTI I DIRITTI RISERVATI. Questo documento è stato ideato e preparato da The European House-Ambrosetti S.p.A. per il "Child Health Summit" che si è tenuto a Firenze il 13 luglio 2023. Nessuna parte di esso può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di ricerca automatica, o trasmessa in qualsiasi forma o tramite qualsiasi supporto - elettronico, meccanico, fotocopiatura, registrazione od altro senza l'autorizzazione scritta di The European House-Ambrosetti S.p.A.

INDICE

PREMESSA.....	4
1. IL CONTESTO DEMOGRAFICO.....	5
2. I DETERMINANTI DI SALUTE E I DIRITTI DEI BAMBINI.....	6
3. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI E GLI IMPATTI DELLA PANDEMIA SULLA SALUTE MENTALE	12
4. LE FRONTIERE DELLA RICERCA IN AMBITO PEDIATRICO.....	15
5. I NUMERI E LE PROSPETTIVE DELL' ASSISTENZA PEDIATRICA IN ITALIA.....	18
CONCLUSIONI	22

PREMESSA

La salute dei bambini e degli adolescenti rappresenta una delle aree più cruciali per la politica di welfare di un Paese in quanto dalla salute e dal benessere dei bambini e dei ragazzi dipende il benessere dell'intera comunità. La cura e la protezione dei bambini durante i loro primi anni di vita sono fondamentali per garantire una crescita sana e un futuro promettente. Assicurare assistenza e cure di qualità alle fasce più giovani della popolazione e alle loro famiglie significa adottare un approccio che tenga quindi conto non solo dei loro bisogni fisici, ma anche di quelli emotivi e sociali. Investire nella salute dei bambini e in particolare nella pediatria, significa investire nel futuro di una società sana e prospera, fornendo ai bambini le migliori opportunità di crescita e sviluppo e supportando le loro famiglie nel fornire il contesto più adatto al percorso di crescita.

Questo tema riveste un ruolo ancora più importante alla luce delle sfide demografiche che caratterizzano l'Italia. Come sottolineato anche recentemente durante la III edizione degli Stati Generali della Natalità, tenutasi l'11 e 12 maggio 2023, investire nei bambini significa investire nel futuro del Paese. Questo investimento passa attraverso il miglioramento di tutti i determinanti di salute, da quelli socio-economici a quelli ambientali e di contesto, in quanto la promozione di uno stile di vita sano fin dall'infanzia e l'attenzione alle specifiche esigenze dei bambini sono aspetti di vitale importanza.

In tale quadro, assume un'importanza primaria il ruolo degli ospedali pediatrici nel tutelare la salute e il benessere dei bambini. Gli ospedali pediatrici sono strutture specializzate che offrono cure mediche specifiche e appropriate per le esigenze dei più piccoli: dall'assistenza durante il periodo neonatale, alla diagnosi e trattamento delle malattie e offerta di servizi di riabilitazione e supporto emotivo per i bambini e le loro famiglie. Il successo straordinario ottenuto nella riduzione del tasso di mortalità infantile raggiunto dall'Italia indica gli elevati livelli di qualità dei nostri medici e delle strutture ospedaliere pediatriche.

Inoltre, gli ospedali pediatrici, e in particolar modo gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), svolgono un ruolo cruciale nella ricerca e nell'innovazione nel campo della salute infantile. Attraverso la ricerca scientifica e clinica, contribuiscono alla scoperta di nuovi trattamenti, protocolli di cura e terapie per le malattie pediatriche. Questo continuo progresso medico è di fondamentale importanza per migliorare le prospettive di guarigione dei bambini affetti da patologie complesse e rare.

La rete degli ospedali pediatrici italiani rappresenta dunque un pilastro imprescindibile, sia del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che del tessuto sociale del Paese. Tuttavia, affrontare le sfide attuali e future richiede non solo un impegno costante nel potenziamento e nel miglioramento di tali strutture, nonché nell'implementazione di politiche e strategie mirate, ma anche un intervento più ampio e trasversale che vada a toccare tutti quegli elementi che incidono sulla salute di bambini e degli adolescenti.

Il personale sanitario e socio-sanitario specializzato nel campo della salute dei bambini ha un ruolo di primo piano al fine di garantire una qualità elevata e una continuità delle cure, e necessita quindi di attenzione specifica. Infine, è cruciale sottolineare l'importanza della collaborazione tra tutti gli attori coinvolti, compresi il Governo centrale, le Autorità regionali, le istituzioni sanitarie e le organizzazioni non governative. Solo attraverso un approccio integrato e sinergico sarà possibile affrontare le sfide attuali e future nel settore della pediatria, garantendo la salute e il benessere dei bambini e degli adolescenti come priorità assoluta.

Questo documento è stato realizzato da Rossana Bubbico e Jacopo Del Panta Ridolfi di The European House - Ambrosetti in occasione del Child Health Summit del 13 luglio 2023, evento realizzato in collaborazione con AOPI – Associazione Ospedali Pediatrici Italiani.

1. IL CONTESTO DEMOGRAFICO

In Italia, il 1° gennaio 2023 la popolazione residente risultava pari a 58,85 milioni di unità, 179.000 in meno rispetto all'anno precedente, risultati di un incremento dei decessi a fronte di un continuo calo delle nascite, non compensato neanche dai flussi migratori con l'estero.

Nel 2022 il numero di nuovi nati ha toccato un nuovo record negativo, pari a 393.000 unità, in calo del 2% rispetto all'anno precedente e del 32% rispetto al 2008: la diminuzione delle nascite è il risultato di una molteplicità di fattori. Tra questi, la rinuncia ad avere figli da parte delle coppie, a causa di un contesto socio-economico precario ed incerto, l'assenza di servizi di supporto alle famiglie ma anche il progressivo "invecchiamento" della popolazione femminile nelle età considerate riproduttive (nel 2021 l'età media delle madri al parto è stata pari a 32,35 anni).

Oggi la fascia di popolazione con età superiore ai 65 anni (23,8% della popolazione) è quasi due volte più grande di quella con età inferiore ai 15 anni (12,7%), e questo dato è destinato a peggiorare a meno che non si prendano le misure necessarie per invertire una tale tendenza. Si pensi infatti che nel 2050, su una popolazione stimata di 54,2 milioni di individui, la popolazione over-65 sarà pari al 34,9% del totale rispetto all'11,7% degli under-15 (dagli attuali 7,32 milioni di individui a 6,35). La diminuzione e il contestuale invecchiamento della popolazione con un numero via via decrescente del numero di individui in età lavorativa minano la tenuta dei nostri sistemi sanitari e di welfare e impongono riflessioni su come rendere il nostro sistema economico e sociale sostenibile.

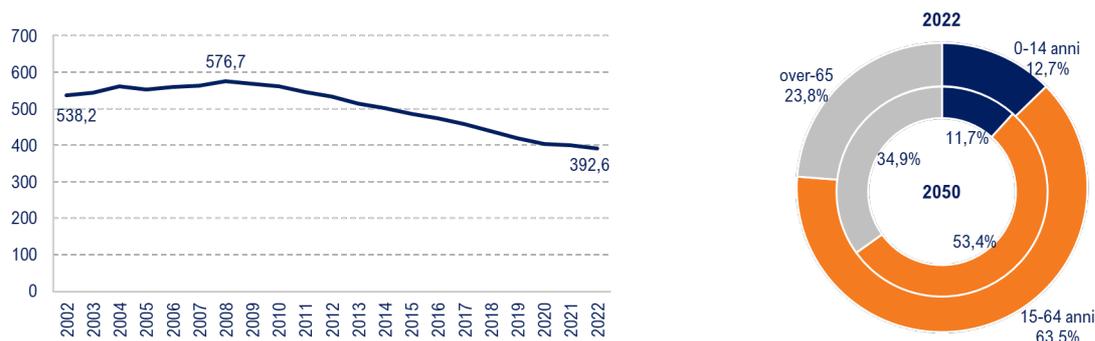


Figura 1. A sinistra: Nuovi nati in Italia (migliaia) 2002-2022. A destra: Popolazione italiana per fasce di età (%), 2022 e 2050.
Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2023

Il processo di invecchiamento della popolazione è determinato in parte dalla progressiva transizione delle coorti dei cosiddetti baby boomer dall'età attiva (15-64 anni) all'età senile (over-65), in parte dall'aumento dell'aspettativa di vita (pari a 82,6 anni nel 2022), imputabile ai miglioramenti nella qualità della vita e delle cure, oltre che dalla contestuale riduzione della natalità (il 2006 era stato l'ultimo anno in cui si è raggiunto un equilibrio tra nascite e decessi).

Se il tasso di mortalità nella popolazione generale è in aumento proprio a causa di una società sempre più anziana, negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva riduzione del tasso di mortalità infantile, passato da 3,41 decessi per 1.000 bambini nati vivi nel 2006 a 2,51 nel 2020; si tratta di valori inferiori rispetto a quelli registrati in molti Paesi sviluppati tra cui Spagna (3,0), Francia (3,5), Germania (3,6), Regno Unito (4,2) e Stati Uniti (6,2). I risultati positivi nella riduzione del tasso di mortalità infantile che registrato in Italia è dovuto anche alla qualità dei professionisti e delle strutture ospedaliere pediatriche del Paese.

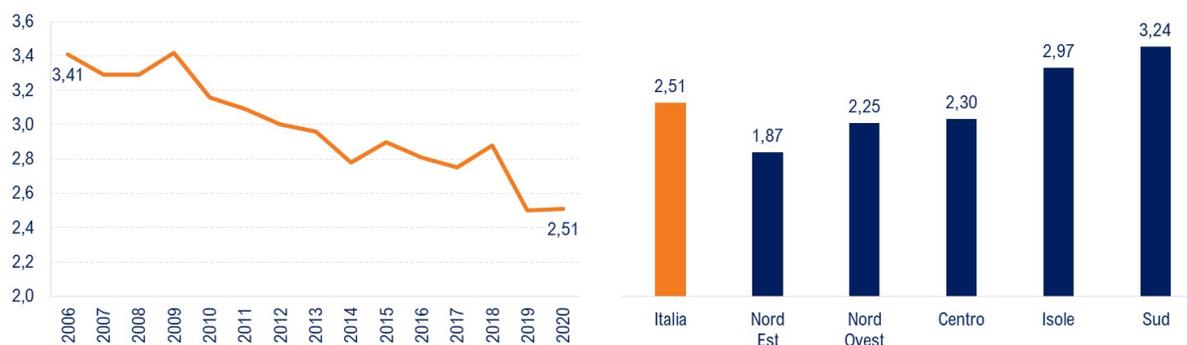


Figura 2. A sinistra: Mortalità infantile in Italia (decessi per 1.000 bambini nati vivi), 2006-2020. A destra: Mortalità infantile in Italia per macroarea geografica (decessi per 1.000 bambini nati vivi), 2020. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2023

Un elemento però allarmante è l'elevata difformità territoriale nei tassi di mortalità infantile, che passa da 1,87 decessi per 1.000 bambini nati vivi nel Nord-Est a 3,24 nelle Regioni del Sud a causa di problemi di ordine economico, sociale e organizzativo; tra le principali cause di morte figurano le complicanze perinatali, le malformazioni (responsabili di quasi un quarto dei decessi), le malattie del sistema circolatorio, le malattie del sistema nervoso e i tumori maligni.

2. I DETERMINANTI DI SALUTE E I DIRITTI DEI BAMBINI

Il concetto di "salute" è stato definito per la prima volta nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non come una semplice assenza di malattia o di infermità.

La salute degli individui è il prodotto di numerosi fattori che vanno a incidere sui due principali outcome di salute: l'aspettativa di vita e la qualità della vita. Questi fattori comprendono naturalmente la qualità e l'accesso ai servizi sanitari, oltre a fattori biologici come età e genetica, ma anche altri comunemente meno considerati come i fattori comportamentali (corretta alimentazione, attività fisica), i fattori ambientali (qualità dell'aria, situazione abitativa) e i fattori socioeconomici (educazione, reddito).

Migliorare lo stato di salute di bambini e ragazzi richiede quindi un approccio multidisciplinare che agisca in modo efficace su molteplici aspetti della loro vita, dalla dieta e gli stili di vita che seguono, all'accesso all'istruzione, alla situazione abitativa nelle case in cui crescono, passando naturalmente dall'accesso e dalla qualità della cura che il SSN mette a loro disposizione. Affrontare i determinanti sociali della salute è importante non solo per migliorare la salute delle persone, ma anche per agire sul contesto di riferimento e ridurre le condizioni di disparità ulteriormente accentuate dalla pandemia.

Agire sui determinanti della salute di tipo socioeconomico e ambientale favorisce la buona salute e permette una gestione più semplice quando il SSN si prende carico dei pazienti che necessitano di cure.

Le politiche sanitarie vanno quindi ripensate in un'ottica più ampia che comprenda tutti i fattori che vanno a incidere sulla salute della popolazione. Questo è l'approccio «One Health» lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2017, che integra il concetto di salute dell'uomo con quello di salute animale e ambientale.

La salute dei bambini inizia prima della nascita. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) l'assunzione giornaliera di acido folico da parte della madre nel periodo periconcezionale può ridurre il rischio di mielomeningocele del 50-70%. Nel 2022, solo il 32,1% delle donne incinte aveva assunto acido folico in

modo appropriato (in crescita rispetto al 21,7% del 2019), il 60,4% l'ha assunto ma in maniera non appropriata e il 6,4% non l'ha mai assunto. Un'attività di informazione mirata può aiutare quindi a promuovere una maggiore consapevolezza sull'importanza dell'assunzione adeguata di acido folico durante il periodo periconcezionale, come dimostrato anche dai progressi fatti tra il 2019 e il 2022.

Di fondamentale importanza è anche l'astensione da fumo e alcol durante la gravidanza, che permette di prevenire un ampio spettro di problemi, dal parto prematuro ad alcune forme di malformazioni congenite, passando per il ritardo di sviluppo intrauterino.

Purtroppo, nonostante un'ampia campagna di informazione abbia reso queste informazioni di dominio pubblico, rimane molto elevata, pari al 18,6%, la proporzione di donne in gravidanza che assume bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza, anche in questo caso in leggero miglioramento di 1,1 punti percentuali rispetto al 2019. Relativamente più bassa ma sempre troppo elevata, pari al 6,4%, è la quota di madri che fumano durante la gravidanza.

Dopo la nascita del bambino le scelte dei genitori su nutrizione, vaccinazioni e attività fisica hanno importanti conseguenze a lungo termine sulla salute del bambino.

L'alimentazione ha un impatto significativo sulla crescita, lo sviluppo e la salute complessiva dei bambini: promuovere abitudini alimentari corrette sin dalla prima infanzia è fondamentale per prevenire e combattere l'obesità infantile, una condizione che rappresenta una sfida crescente in molte parti del mondo.

Secondo il rapporto sulla "Childhood Obesity Surveillance Initiative" dell'OMS Europa, la prevalenza di bambini di 7-9 anni in sovrappeso in Italia nel 2021 era pari al 41% tra i maschi e al 38% tra le femmine rispetto a una media europea pari rispettivamente al 31% e al 28%; per quanto riguarda invece la prevalenza di bambini obesi è riportato un valore pari al 16% rispetto a una media europea del 12%.

Secondo dati della Società Italiana di Pediatria (SIP), risulta in calo la percentuale di minori (3-17 anni) che consuma almeno una porzione di frutta al giorno, passata dal 67,6% nel 2014 al 64,4% nel 2022. Allo stesso modo, la percentuale di bambini che mangia almeno una porzione di verdura al giorno è diminuita dal 35% al 32,4% lungo lo stesso arco temporale.

La situazione si aggrava ulteriormente con la crescente prevalenza di patologie legate all'obesità tra i bambini, che erano in passato sconosciute nell'infanzia. Secondo la SIP, si osserva a causa della crescente obesità un aumento delle patologie come dislipidemia, ipertensione e diabete di tipo 2 tra i bambini, patologia fino a poco tempo fa sconosciute nell'infanzia. Queste condizioni rappresentano gravi rischi per la salute e possono avere conseguenze negative a lungo termine.

I dati evidenziano le disparità regionali che caratterizzano il fenomeno dell'obesità infantile in Italia. In particolare, al centro-sud si osservano tassi più elevati di obesità e obesità grave. Mentre al nord i bambini di 7-9 anni obesi e obesi gravi rappresentano rispettivamente il 4,4% e l'1,1%, al centro questi numeri aumentano al 6,9% e al 2,4%, mentre al sud raggiungono il 9,6% e il 4%. Questi dati allarmano e richiedono un'immediata attenzione e azione per contrastare l'obesità infantile, specie nelle Regioni più colpite.

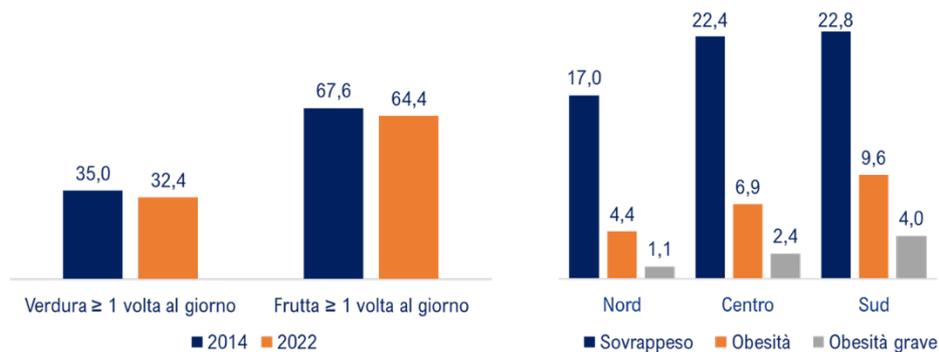


Figura 3. A sinistra: Consumo di frutta e verdura nella popolazione di 3-17 anni (%), 2014 e 2022. A destra: Bambini di 7-9 anni per massa corporea (%), 2019. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Istat e ISS, 2023

È importante valorizzare il ruolo attivo dei pediatri nella prevenzione e nella gestione dell'obesità infantile. Una diagnosi precoce che riconosce tempestivamente il problema di sovrappeso è essenziale per invertire la tendenza. I pediatri possono fornire una consulenza nutrizionale personalizzata, promuovere uno stile di vita sano che includa un'alimentazione equilibrata e l'attività fisica regolare, nonché monitorare il progresso e fornire un supporto continuo alle famiglie.

La figura del pediatra è cruciale anche nel contrasto dei disturbi del comportamento alimentare, sempre più frequenti anche tra i giovanissimi: basti pensare che negli ultimi anni si è registrato un abbassamento dell'età di insorgenza fino agli 8/9 anni.

Insieme a un'alimentazione sana ed equilibrata, l'attività fisica svolge un ruolo cruciale nella lotta all'obesità infantile. Non solo favorisce il controllo del peso corporeo, ma ha anche un impatto positivo sullo sviluppo muscolare, sul sistema cardiorespiratorio e sull'equilibrio emotivo dei bambini e dei ragazzi. La promozione dello sport come parte integrante dello stile di vita dei giovani rappresenta una delle armi più efficaci per contrastare i fattori di rischio e promuovere la salute e il benessere. Oltre a fornire benefici fisici, l'attività fisica può contribuire anche alla socializzazione, consentendo ai giovani di interagire con i loro coetanei e di sviluppare relazioni positive.

Fino all'arrivo della pandemia COVID-19 nel 2020, la promozione dello sport in Italia stava registrando progressi importanti, passando da una media di bambini tra i 3 e i 14 anni che praticano sport in modo continuativo del 46% nel 2011 a una del 54% nel 2019. Particolarmente rilevante, in quel lasso temporale, il miglioramento delle Regioni del Sud, dove i valori sono cresciuti dal 32% al 42%. L'arrivo della pandemia, con conseguenti lockdown, ha comprensibilmente comportato una drastica riduzione dell'attività sportiva nel biennio 2020-2021. Non sono ancora stati resi disponibili i dati più recenti, ma è fondamentale continuare a monitorare la ripresa delle attività sportive in età pediatrica per assicurarsi che tornino sui livelli pre-pandemia e che da lì continuino a crescere, specie nel Sud Italia.

A tal fine, può essere utile concentrarsi sulla promozione dello sport nelle scuole, coinvolgendo attivamente i genitori. Le scuole possono svolgere un ruolo fondamentale nel fornire opportunità di attività sportiva, attraverso le lezioni di educazione fisica ma anche incoraggiando la partecipazione degli alunni a squadre sportive e competizioni extracurricolari. Inoltre, è importante prestare attenzione alla presenza di infrastrutture sportive accessibili, specialmente nelle periferie e nelle aree interne, in modo da rendere l'attività fisica facilmente fruibile a tutti i bambini e gli adolescenti.

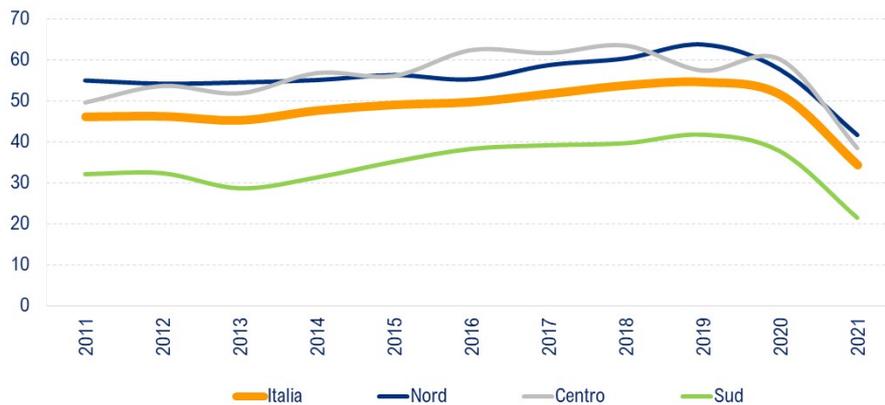


Figura 4. Bambini e ragazzi nella fascia d'età 3-14 anni che praticano sport in modo continuativo per area geografica (%), Italia 2011 – 2021. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2023

Se si guarda al benessere mentale e allo sviluppo cognitivo dei bambini e dei ragazzi, la scuola riveste un ruolo fondamentale in quanto rappresenta una delle principali fonti di socializzazione e confronto tra coetanei. Durante il percorso scolastico, non solo si acquisiscono conoscenze e abilità, ma si favorisce anche lo sviluppo della personalità e delle relazioni sociali.

Secondo dati Svimez – l'Associazione per lo sviluppo dell'industria nel mezzogiorno, un bambino delle Regioni del Sud frequenta la scuola primaria per una media annua di 200 ore in meno rispetto a un suo coetaneo che cresce nelle Regioni del Centro-Nord, a causa della limitata disponibilità del tempo pieno ma anche della minor possibilità di fare attività sportiva nelle scuole. Nel Mezzogiorno, solo il 18% degli alunni accede al tempo pieno a scuola, rispetto al 48% del Centro-Nord (la Basilicata con il 48% è l'unica regione del Sud con valori vicini a quelli del Nord). In aggiunta, il 66% degli alunni delle Regioni del Sud non frequenta scuole dotate di una palestra, rispetto al 54% degli alunni del Centro-Nord.

Relativamente agli impatti della pandemia sulla salute psico-fisica dei bambini e degli adolescenti, una consultazione promossa da Save the Children ha evidenziato considerazioni importanti. Oltre la metà dei circa mille insegnanti coinvolti nell'indagine - in maggioranza della scuola primaria e secondaria di primo grado - rileva una generale perdita dell'apprendimento da parte della classe (55,3%), circa il 25% l'emersione di disturbi psicologici in almeno un caso tra i suoi studenti, e circa il 20% un forte impatto della povertà su famiglie e bambini che frequentano la scuola. Allo stesso tempo, anche l'abbandono scolastico è stato un problema che si è accentuato durante il biennio pandemico. Circa il 6,5% degli insegnanti ha infatti riportato almeno un caso di abbandono all'interno della propria scuola.

La chiusura delle scuole durante i periodi di lockdown ha avuto un impatto particolarmente pronunciato nel Mezzogiorno, dove le Regioni hanno adottato periodi di chiusura più prolungati rispetto al resto del Paese. Questo ha accentuato conseguenze negative sull'apprendimento e sulla salute mentale degli studenti. Inoltre, secondo Save the Children, tra aprile e giugno 2020, circa 600.000 studenti delle scuole primarie e secondarie non hanno partecipato alle lezioni in videoconferenza, indicando che la didattica a distanza non ha raggiunto tutti gli studenti in modo equo.

	Milano	Roma	Napoli	Bari
Giorni previsti	107*	108	97	107
Scuola dell'infanzia	112	108	70	48
Scuola primaria	107	108	53,6	48
Scuola secondaria di 1° grado	107	108	42	48
Scuola secondaria di 2° grado	61,9	80,6	27	30,5

*112 per la scuola dell'infanzia



Figura 5. Giorni di scuola in presenza in 4 città italiane, Settembre – Marzo a.s. 2020 – 2021. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Save the Children, 2023

Lo status socioeconomico influisce sull'accesso alle risorse sanitarie, all'istruzione, all'occupazione e ad altri fattori che possono avere un impatto significativo sulla salute individuale. Le forti disparità economiche a livello territoriale che caratterizzano l'Italia sembrano confermare questa ipotesi: i territori più ricchi presentano un'aspettativa di vita alla nascita superiore.

Dopo la pandemia Covid-19, il benessere delle famiglie italiane si è fortemente deteriorato. Tra il 2019 e il 2020 il numero di famiglie in povertà assoluta è infatti passato da circa 1,67 milioni a oltre 2 milioni e l'incidenza è aumentata dal 6,4% al 7,7% delle famiglie. Durante il 2021, un anno di forte ripresa economica, l'inversione di rotta è stata marginale con un numero di famiglie in povertà assoluta sceso di poco sotto le due milioni di unità. L'incidenza di povertà assoluta è particolarmente alta nella fascia di età tra 0 e 17 anni e non ha smesso di crescere dopo la pandemia, passando dal 13,5% al 14,2% tra il 2020 e il 2021.

A livello territoriale si registrano importanti differenze, con le Regioni del Sud che mostrano un'incidenza e un'intensità di povertà superiore a tutte le altre aree del Paese (rispettivamente 10% e 19,9% rispetto a una media nazionale pari al 7,5% e 18,7%)

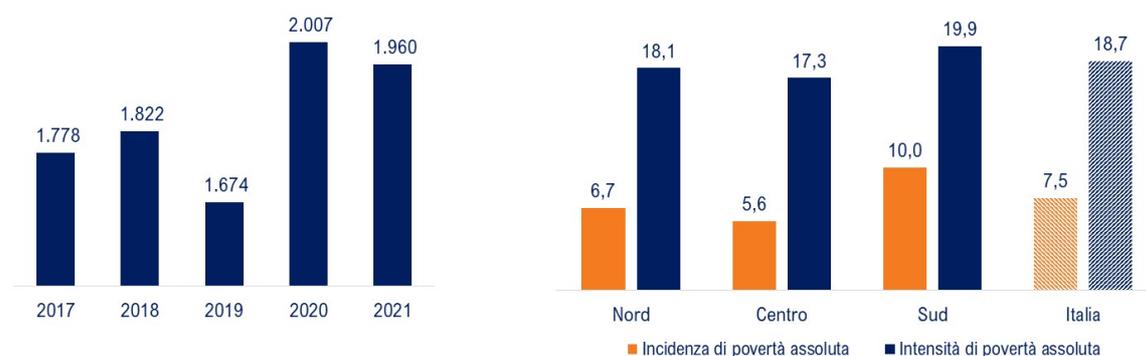


Figura 6. A sinistra: Numero di famiglie in stato di povertà assoluta in Italia (migliaia di famiglie), 2017 – 2021. A destra: Incidenza ed intensità di povertà per area geografica (%), 2021. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2023

I bambini sono i soggetti più vulnerabili ai danni dell'inquinamento, dal momento che un bambino di 6 mesi inspira circa 24 volte al minuto contro i 12 di una persona adulta, ed è quindi in grado di inalare una gran quantità di polveri sottili ed altre sostanze tossiche immesse nell'aria. Secondo alcune dati di Consulcesi, i bambini che respirano aria malsana in Italia sono circa 6,5 milioni e risiedono nei 29 agglomerati urbani in cui si sfiorano i limiti di polveri sottili sanciti dalla Corte UE.

Anche le condizioni abitative rappresentano un fattore significativo in grado di influenzare la salute dei bambini. L'ambiente nel quale un bambino vive e cresce, inclusi gli aspetti igienici e strutturali della sua abitazione, può avere un impatto determinante sul suo sviluppo e benessere complessivo.

Numerose ricerche hanno evidenziato che il sovraffollamento abitativo è associato a conseguenze negative per la salute dei bambini. Uno studio condotto dalla University of North Carolina nel 2011 ha identificato un effetto negativo del sovraffollamento abitativo sul rendimento accademico, la salute fisica e la salute mentale dei bambini in età scolare. Inoltre, la presenza di condizioni abitative svantaggiose, come strutture danneggiate, eccessiva umidità e scarsa luminosità, può aumentare il rischio di malattie respiratorie, allergie, infezioni e problemi di salute mentale nei bambini.

In Italia, la percentuale di case danneggiate o con eccessiva umidità e scarsa luminosità, è ancora elevata e durante l'anno della pandemia la situazione ha subito un peggioramento. I minori sono particolarmente colpiti da questa condizione con il 7% che vive in una situazione di disagio abitativo e il 41,9% che vive in case sovraffollate, superando la media complessiva di tutte le fasce di età, pari al 27,8%.

Durante la pandemia, il sovraffollamento abitativo è stato un fattore di particolare disagio, poiché i lockdown hanno obbligato le famiglie a convivere per lunghi periodi in spazi inadeguati, senza la possibilità di uscire. Questo ha avuto un impatto significativo anche sull'istruzione, poiché durante la didattica a distanza, non tutti i bambini hanno avuto a disposizione uno spazio adeguato per seguire le lezioni, sperimentando spesso una qualità inferiore della didattica.

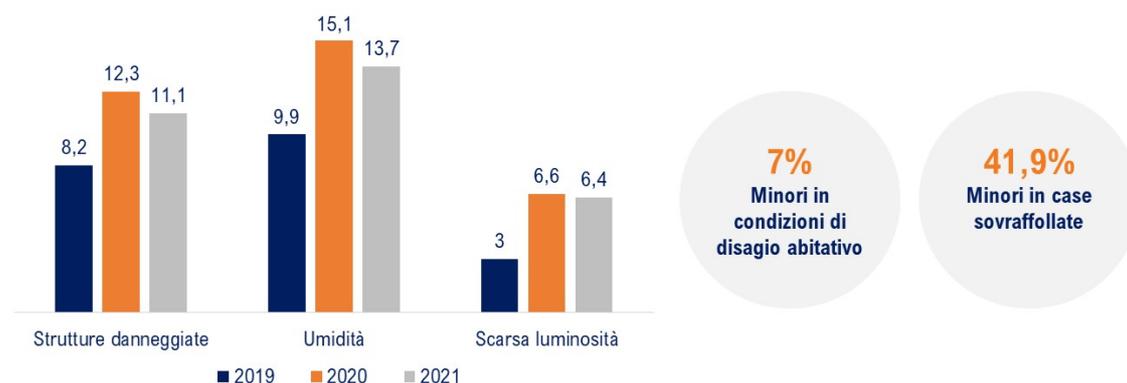


Figura 7. A sinistra: Disagio abitativo per tipologia (% sul totale delle abitazioni), 2019 – 2021. A destra: Due dati significativi sulle condizioni abitative dei minori. Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2023.

Un'altra forma di fragilità sociale importante riguarda i minori stranieri, che in Italia sono oltre 1 milione, circa l'11% del totale dei minori residenti in Italia.

Le famiglie immigrate, si trovano ad affrontare un considerevole divario di status socioeconomico rispetto alle famiglie italiane, con un'incidenza di povertà assoluta pari al 36,2% nel 2021 a fronte del 7,5% delle famiglie italiane.

Questo svantaggio socioeconomico si riflette anche in una mortalità neonatale significativamente più alta nei bambini di famiglie straniere, registrando essi un tasso di 2,8 decessi per 1.000 nati vivi, rispetto al tasso di 1,9 per 1.000 nati vivi tra i bambini italiani. Tale disparità di mortalità neonatale può essere attribuita anche a barriere culturali e linguistiche che spesso ostacolano l'accesso delle famiglie straniere ai servizi offerti dal SSN.

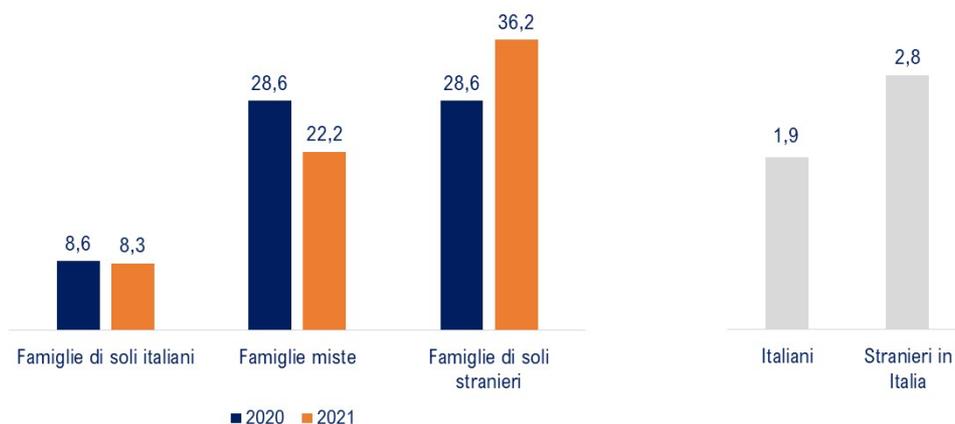


Figura 8. A sinistra: Incidenza di povertà assoluta per tipologia di famiglia (%), 2020 e 2021. A destra: Mortalità neonatale per 1.000 nati vivi, 2021. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2023.

Per affrontare queste sfide, si rileva la necessità di introdurre dei mediatori interculturali che possano assistere le famiglie non solo nell'informazione sui servizi disponibili presso il SSN, ma anche lungo tutto il percorso di assistenza. Ciò contribuirebbe a facilitare la comunicazione con gli operatori sanitari e a fornire informazioni corrette sulle opzioni di accesso ai servizi del SSN.

Una situazione ancora più critica riguarda i figli di immigrati irregolari, che non hanno la possibilità di scegliere un pediatra di base nonostante la Legge 40/1998 garantisca loro l'accesso all'assistenza sanitaria. Questo evidenzia la necessità di garantire l'accesso equo e senza discriminazioni ai servizi sanitari per tutti i minori, indipendentemente dal loro status legale e da quello dei loro genitori.

Affrontare queste sfide richiede una combinazione di politiche sociali e sanitarie mirate, che promuovano l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e favoriscano l'integrazione delle famiglie straniere nel tessuto sociale. Garantire la continuità dell'assistenza sanitaria e fornire supporto linguistico e culturale adeguato può contribuire a migliorare il benessere e la salute dei minori stranieri, assicurando loro pari opportunità di sviluppo e crescita.

3. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI E GLI IMPATTI DELLA PANDEMIA SULLA SALUTE MENTALE

Il benessere psicologico di bambini e adolescenti riguarda la loro salute mentale ed emotiva ed è un elemento chiave per il loro sviluppo al pari della salute fisica.

Dopo essere stata a lungo trascurata, negli ultimi anni vi è stata una presa di coscienza e un miglioramento della comprensione dell'importanza della salute mentale con particolare riguardo nelle fasce più giovani della popolazione: la capacità di affrontare lo stress, le emozioni e le relazioni sociali dei bambini e dei ragazzi influiscono sulla loro capacità di apprendimento e sul successo e il benessere nella vita adulta.

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto significativo sulla salute mentale dei giovani, causando ansia, depressione e isolamento sociale: i bambini e gli adolescenti sono i soggetti che più di tutti hanno sofferto l'isolamento e la mancanza di socialità, a causa della prolungata chiusura delle scuole, delle attività ricreative e del distanziamento sociale.

Le restrizioni imposte hanno interrotto il normale processo di sviluppo, creando un ambiente propizio al deterioramento di diversi aspetti della loro qualità di vita e del loro benessere psicofisico. Le conseguenze di queste interruzioni si sono manifestate in un ampio spettro di disturbi e fragilità documentati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tra cui depressione, alterazione del ritmo sonno-veglia, disturbi dell'alimentazione fino all'autolesionismo e all'ideazione suicidaria.

Pertanto, è fondamentale monitorare costantemente la salute mentale dei bambini e dei ragazzi, non solo per comprendere appieno l'impatto a lungo termine della pandemia su di loro, ma anche per intervenire tempestivamente e fornire il sostegno necessario laddove si presentano segnali di disagio o disturbi psicologici. L'implementazione di programmi mirati e l'accesso a servizi di supporto psicologico sono fondamentali per attenuare le conseguenze negative sulla salute mentale dei giovani e favorire il loro benessere nel corso del tempo. Negli anni della pandemia i giovani sono stati gli unici a conoscere un deterioramento significativo della soddisfazione per la vita (52,3% nel 2021 rispetto al 56,9% del 2019) con circa 220.000 ragazzi di età compresa tra i 14 e i 19 anni che si dichiarano insoddisfatti della propria vita e si trovano, allo stesso tempo, in una condizione di scarso benessere psicologico. Inoltre, stando a uno studio dell'iniziativa "Headway – A new Roadmap in Mental Health" del 2022, durante la pandemia il 28% dei bambini e degli adolescenti ha sofferto di ansia mentre il 23% di essi ha sofferto di disturbi depressivi.

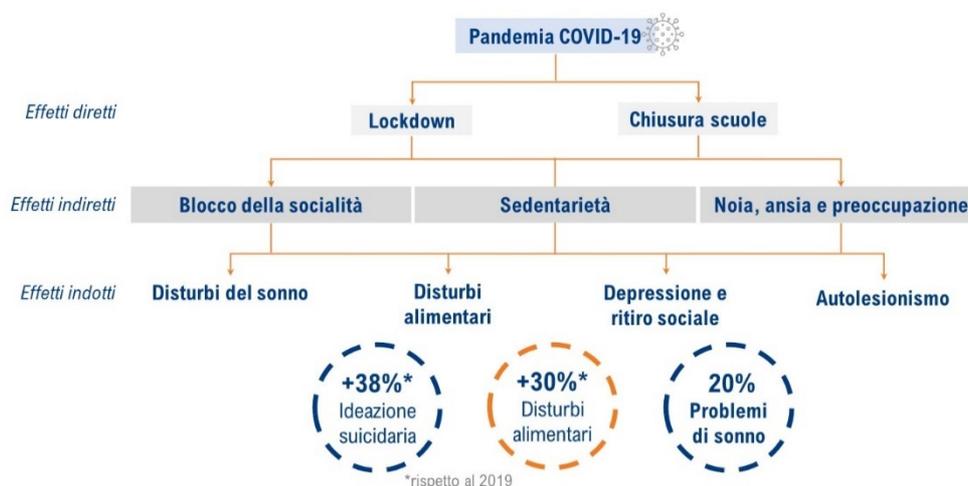


Figura 9. Schema di sintesi dell'effetto della pandemia sulla salute mentale di bambini e adolescenti. Fonte: Elaborazione The European House – Ambrosetti su fonti varie, 2023.

Secondo i dati della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, in Italia sono circa 2 milioni i bambini e ragazzi affetti da un disturbo del neurosviluppo o da un disturbo neuropsichico, circa il 20% dei soggetti da 0 a 18 anni.

Una indagine della Società Italiana di Pediatria condotta in 9 Regioni italiane (Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Umbria) ha riportato una diminuzione del numero di accessi al pronto soccorso della popolazione di età inferiore ai 18 anni del 48,3% tra il periodo marzo 2019-marzo 2020 (351.559 accessi) e marzo 2020-marzo 2021 (181.759 accessi). In controtendenza, invece, gli accessi al pronto soccorso per patologia neuropsichiatrica sono passati dallo 0,7% all'1,2% del totale degli accessi.



Figura 10. A sinistra. Accessi al pronto soccorso dei pazienti under-18 (numero), confronto tra marzo 2019-2020 e marzo 2020-2021. Al centro: Accessi al pronto soccorso per patologia neuropsichiatrica negli under-18 (sul totale degli accessi), confronto tra marzo 2019-2020 e marzo 2020-2021. A destra: Ricoveri per patologia neuropsichiatrica tra gli under-18 (numero), confronto tra marzo 2019-2020 e marzo 2020-2021. Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Società Italiana di Pediatria, 2023.

Nello specifico, sono aumentati del 147% gli accessi per ideazione suicidaria, del 115% per depressione e del 78,4% per disturbi della condotta alimentare; la psicosi e i disturbi del comportamento alimentare hanno costituito nel campione osservato le prime due cause di accesso (pari al 16,7% e al 15,9% di tutti gli accessi). In Emilia Romagna, Lazio e Lombardia è stato rilevato il maggior incremento di accesso per patologia neuropsichiatria infantile (rispettivamente +110%, +107% e +100%).

Oltre agli accessi in pronto soccorso sono aumentati del 39% i ricoveri per patologia neuropsichiatrica infantile: in questo caso le principali cause di ricovero sono state l'ideazione suicidaria (+134%), la depressione (+41,4%) e i disturbi della condotta alimentare (+31,4%).

Trend simili sono stati rilevati nelle principali strutture ospedaliere italiane:

- presso l'Istituto Giannina Gaslini, nella sola Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, tra gennaio 2019 e dicembre 2022 l'andamento dei ricoveri ha subito una crescita esponenziale arrivando a raggiungere i 270 ricoveri nel 2022, dato quattro volte superiore rispetto al periodo "pre-COVID", con un netto aumento della prevalenza di disturbi quali NSSI (Non Suicidal Self-Injury), ideazione suicidaria, tentati suicidi ed un'alta percentuale di disturbi della condotta alimentare;
- presso l'AOU Meyer, gli accessi al Pronto Soccorso per problemi psichici, pari a 226 su 42.697 (0,53% degli accessi) nel 2019, hanno raggiunto i 624 su 39.995 (1,6% degli accessi) nel 2022, con un'incidenza triplicata in 4 anni; le cause più frequenti di accesso sono state relative ai disturbi alimentari (da 34 casi nel periodo pre-pandemico 2018-2020 a 148 durante la pandemia, ai casi di autolesionismo (quasi raddoppiati, passando da 70 a 138) e i sintomi ansiosi (da 108 a 307);
- presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, negli ultimi 2 anni (2021-2022) gli accessi per ideazione suicidaria o tentato suicidio sono aumentati del 75% passando dai 369 casi del 2018-2019 ai 649 del 2020-2021, mentre sono raddoppiati gli accessi legati ai disturbi del comportamento alimentare passati da 463 a 911; per questi ultimi i ricoveri ordinari sono invece passati dai 362 del 2019-2020 ai 565 del 2021-2022.

Attualmente il sistema fa molta fatica a dare una risposta adeguata a tali problematiche a causa della carenza di neuropsichiatri e della carenza di posti letto nei reparti di neuropsichiatria infantile. Si stima che su tutto il territorio nazionale vi siano soltanto 395 posti letto a fronte di un fabbisogno di almeno

700, con ben 5 Regioni italiane senza alcun posto letto, con la conseguenza che questi pazienti generalmente vengono ricoverati nei reparti di Pediatria o nei reparti di psichiatria per l'adulto. Alle difficoltà dell'assistenza ospedaliera si sommano quelle dell'assistenza territoriale, con l'assenza di strutture semiresidenziali per le dimissioni o di strutture diurne.

4. LE FRONTIERE DELLA RICERCA IN AMBITO PEDIATRICO

Il sistema della ricerca scientifica attuale, in cui operano centri di ricerca legati a IRCCS, Aziende ospedaliere, Fondazioni o imprese private, permette all'Italia di detenere una posizione di leadership nella ricerca e assistenza in ambito pediatrico facendo ricorso a trattamenti e terapie innovative per patologie infantili, anche rare. Questa rete rappresenta un patrimonio da non disperdere ma anzi da valorizzare attraverso adeguati investimenti e riforme strutturali che riescano a sprigionarne il potenziale.

Nel futuro prossimo la ricerca pediatrica avanzata si concentrerà sempre di più su alcuni campi: l'immunoterapia, e in particolare le terapie geniche CAR-T che stanno mostrando risultati molto promettenti nella cura dei tumori; gli screening neonatali non invasivi, ambito importante nel quale l'Italia è all'avanguardia; la cosiddetta precision therapeutics che sfrutta le informazioni contenute nei geni del paziente per individuare la cura migliore.

Si tratta di terapie altamente complesse che hanno bisogno di personale specializzato e di tecnologie di ultima generazione. Gli investimenti necessari per la ricerca pediatrica sono ingenti, ma la possibilità di ridare vita e speranza ai bambini è inestimabile, per i pazienti e le loro famiglie. È importante sottolineare come i luoghi in cui si fa ricerca sono anche quelli in cui la cura raggiunge livelli di qualità più elevata, a ulteriore dimostrazione dell'importanza della ricerca e dei suoi impatti oltre che nel lungo termine, immediati.

Il finanziamento pubblico alla ricerca sanitaria in Italia proviene principalmente dal Ministero della Salute e viene assegnato a diverse entità, tra cui Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ISS e AGENAS.

In termini di risorse economiche, gli IRCCS pediatrici ricevono complessivamente un budget annuo di circa 15 milioni di euro per la ricerca pediatrica, cui si affiancano donazioni e fondi provenienti dal settore privato. Tale importo rappresenta il 9,5% dei finanziamenti totali destinati agli IRCCS. Va sottolineato che sia in valore assoluto che in proporzione al totale, i finanziamenti sono rimasti generalmente stabili dal 2016 fino all'ultimo dato disponibile del 2020, seppur registrando un leggero calo in termini reali.



Figura 11. Finanziamento pubblico per la ricerca agli IRCCS pediatrici in valore assoluto (milioni di euro) e sul totale (%), 2016-2020. Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Ministero della Salute, 2023

Il finanziamento della ricerca in ambito pediatrico permette sia di approfondire la comprensione delle malattie e delle condizioni che colpiscono i bambini e i ragazzi, consentendo lo sviluppo di nuove strategie diagnostiche e terapeutiche specifiche, sia di identificare e affrontare i fattori di rischio che influenzano la loro salute, promuovendo programmi di prevenzione primaria mirati. Questo sostegno finanziario rappresenta quindi un importante motore di sviluppo per migliorare l'assistenza sanitaria e i risultati clinici in questa fascia di età, contribuendo a una migliore gestione delle malattie pediatriche e al miglioramento della qualità della vita dei giovani pazienti. Inoltre, investire nella ricerca pediatrica ha un impatto più ampio, poiché le conoscenze acquisite possono essere applicate anche ad altre fasce di età, contribuendo a migliorare la salute di tutta la popolazione.

Negli ultimi anni, l'attività di produzione scientifica degli IRCCS pediatrici ha dimostrato un notevole incremento, nonostante i finanziamenti non ingenti, secondo i dati forniti dal Ministero della Salute. Il numero di pubblicazioni su riviste scientifiche è aumentato quasi del doppio e contestualmente è aumentata anche la qualità riconosciuta alle pubblicazioni nazionali: ad esempio, l'Italian Journal of Pediatrics (IJP), rivista scientifica della Società Italiana di Pediatria (SIP), ha visto una crescita costante dell'Impact Factor fin dal 2016, raggiungendo un valore di 3,28 nel 2022.

La partecipazione pubblica alla ricerca scientifica in campo pediatrico assume un'importanza ancora maggiore a causa delle specifiche difficoltà che caratterizzano questo settore. La fascia di età compresa tra 0 e 18 anni rappresenta meno del 2% della spesa farmacologica totale in Italia, il che si traduce in un limitato investimento di ricerca privata nella pediatria, che tende a concentrarsi su altre fasce d'età. Secondo gli ultimi dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), nel 2019 sono state condotte 672 sperimentazioni cliniche di cui 61 su minori (9,1%). Questo dato è in calo di due punti percentuali rispetto all'anno precedente e si attesta circa sugli stessi livelli del 2017. Le sperimentazioni cliniche in età pediatrica, pur molto importanti, sono limitate anche da altri fattori, tra cui il fatto che, trattandosi di una cosiddetta fascia di popolazione vulnerabile, gli standard di sicurezza sono più elevati. Inoltre, la scarsa numerosità di pazienti in fascia d'età pediatrica e talvolta la resistenza dei genitori al coinvolgimento dei figli nei trial clinici riducono ulteriormente le possibilità di ricerca in ambito pediatrico.

Uno degli ambiti di maggior interesse nell'ambito della ricerca pediatrica è rappresentato dalle malattie rare, ossia malattie con una prevalenza nella popolazione inferiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti. Si tratta di malattie caratterizzate principalmente da un'origine genetica (72%) e che compaiono prevalentemente in età pediatrica (70% dei casi): nel 2022 in Italia erano 134.000 i minori con una malattia rara.

Sul fronte delle malattie rare, l'Italia registra un buon livello di attenzione e di performance rispetto ad altri Paesi dimostrato anche dalla recente approvazione, nel maggio 2023, del Piano Nazionale delle Malattie Rare 2023-2026. Il nostro è stato uno dei primi Paesi a prevedere un registro nazionale delle malattie rare, nel 2001, e già nel 1992 aveva introdotto lo Screening Neonatale Esteso (SNE), strumento all'avanguardia nel panorama internazionale, secondo solo a quello statunitense per numero di malattie rare oggetto di screening. Dalla sua introduzione ad oggi il numero di malattie rare congenite identificabili attraverso lo screening è passato da 3 a 50; in aggiunta il Gruppo di Lavoro sullo SNE insediato presso il Ministero della Salute ha recentemente individuato altre 10 patologie che potrebbero essere incluse a breve.

A causa della prevalenza molto bassa delle malattie rare risulta molto difficile che in un determinato Paese si raggiunga una massa critica di pazienti di una determinata malattia tale per cui sia giustificata la spesa per un centro specialistico. Alla luce di questa problematica, nel 2017 la Commissione dell'Unione Europea ha lanciato gli European Reference Networks (ERN), dei gruppi virtuali di esperti organizzati a livello europeo. Nei casi più complessi è possibile convocare un panel multidisciplinare che mette a

disposizione le proprie conoscenze. Gli ERN sono strumenti molto efficaci per il trasferimento di conoscenze ed evitano lo spostamento del paziente.

In totale sono 24 gli ERN attivi su tematiche che vanno dai tumori pediatrici ai disturbi alimentari. L'Italia partecipa attivamente a tutti gli ERN con un sostanzioso numero di Aziende Ospedaliere e IRCCS. In particolare, gli IRCCS a specialità pediatrica risultano presenti in ben 23 ERN. Il Bambino Gesù è membro di 20 ERN, il Meyer di 12, il Gaslini di 11 e il Burlo Garofolo di 1. Queste importanti iniziative internazionali vanno però valorizzate attraverso un'adeguata campagna di informazione tra gli operatori sanitari: in un questionario di UNIAMO del 2022, solo il 21,8% dei MMG e PLS ha dichiarato di conoscere gli ERN.

Un'altra iniziativa internazionale nel campo della ricerca pediatrica è quella della European Children's Hospital Organization (ECHO), un'associazione di 13 ospedali pediatrici in Europa e in Israele che ha lo scopo di favorire e incentivare la collaborazione tra ospedali pediatrici di eccellenza per aumentare il trasferimento di know-how e la qualità della ricerca, servire come piattaforma di advocacy per la salute dei bambini e di diffondere modelli di best practice in tutta Europa.

Un altro campo di interesse crescente è quello delle terapie avanzate, vale a dire terapie geniche, terapie cellulari, ingegneria tessutale e combinazioni di queste tre, che stanno mostrando risultati estremamente promettenti nelle sperimentazioni cliniche. Malattie ritenute fino a poco tempo fa incurabili si dimostrano vulnerabili ad alcune terapie come, ad esempio, la CAR-T, utilizzata con successo in Italia per la prima volta nel 2021 presso l'IRCCS pediatrico Bambino Gesù.

Nel 2022, stando all'ultimo Report di ATMP Forum, in Europa risultavano in corso di sviluppo 950 sperimentazioni cliniche ATMP, di cui 67 (7%) con il coinvolgimento di almeno un sito di ricerca italiano e 17 (1,8%) con un centro di ricerca italiano come coordinatore. Questi studi rappresentano una solida base di partenza per l'Italia, contribuendo non solo all'accesso a terapie innovative per i pazienti, ma anche all'avanzamento scientifico e allo sviluppo del settore biomedico nel nostro Paese. Tuttavia, affinché l'Italia possa massimizzare i benefici derivanti dalle sperimentazioni cliniche con ATMP, è essenziale continuare a promuovere e incentivare l'aumento del numero di studi condotti sul territorio nazionale.

Il biennio 2021 - 2022 è stato importante per il futuro delle terapie avanzate in Italia. Nel 2021 è stato approvato definitivamente, da parte della Commissione Europea, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che contiene, nella Missione 4, un investimento per la realizzazione di 5 Centri Nazionali di ricerca di cui uno dedicato al tema dello sviluppo di terapie geniche e farmaci con tecnologia a RNA. Questo Centro verrà gestito dall'Università di Padova come soggetto capofila e vedrà la collaborazione di 32 università ed enti pubblici e 17 aziende ed enti privati.

Inoltre, nel 2022 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto del Ministero della Salute che prevede la realizzazione di tre Comitati Etici Nazionali (CEN), di cui uno per le sperimentazioni in ambito pediatrico e uno per le sperimentazioni cliniche relative a terapie avanzate, entrambi presso AIFA. Questi Comitati servono a tutelare i diritti, il benessere e la salute delle persone coinvolte nelle sperimentazioni cliniche.

Sempre secondo il Report di ATMP Forum risultano attivi in Italia 80 Unità o Dipartimenti identificati dalle Regioni per la somministrazione di terapie avanzate ATMP. Dai dati regionali emerge però una marcata disparità territoriale con alcune Regioni molto ben servite e altre senza nessun centro autorizzato a fornire ATMP. Ad esempio, in Lombardia sono presenti 19 dipartimenti autorizzati mentre in Basilicata, Molise e Valle d'Aosta nessuno.

5. I NUMERI E LE PROSPETTIVE DELL' ASSISTENZA PEDIATRICA IN ITALIA

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) da alcuni anni ormai non appare adeguatamente finanziato rispetto all'evoluzione dei bisogni di salute dei cittadini. Nonostante gli sforzi fatti per il suo efficientamento, il cui scopo era quello di riuscire a produrre lo stesso livello di prestazioni in termini di qualità e quantità con un ottimale uso delle risorse disponibili, la mancanza di fondi adeguati e le criticità emerse anche nel corso della pandemia fanno emergere un bisogno sempre più urgente di un profondo ripensamento e una quota maggiore di investimenti.

La mancanza di risorse umane e fisiche al servizio della salute della popolazione sta mettendo alla prova il principio di universalismo su cui si basa il SSN. Ad oggi, il sottofinanziamento sta portando il Paese sempre più verso un modello di universalismo selettivo. Questo è confermato anche dai dati sulla spesa dei cittadini in sanità privata, ormai superiore al 2% del PIL e in crescita a causa soprattutto dei tempi di attesa lunghi nel settore pubblico per molte prestazioni non emergenziali ma urgenti a causa di una mancanza sia di risorse umane che di strutture.

In questo contesto si inserisce la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che dovrebbe consentire una riorganizzazione e un ammodernamento dell'intero sistema al fine di riuscire a far fronte ai bisogni di salute della popolazione. Resta tuttavia la necessità e urgenza di aumentare investimenti in capitale umano e nella ricerca scientifica.

Nel 2021 in Italia figurano 7.022 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 9.149 pediatri che lavorano in ospedale, pari rispettivamente a 1,19 e 1,55 operatori per 10.000 abitanti, con una elevata difformità territoriale soprattutto per quanto concerne le figure ospedaliere. Negli ultimi 9 anni, il numero di pediatri di libera scelta si è ridotto dell'8,9% mentre il numero di altri pediatri del 6,3%,

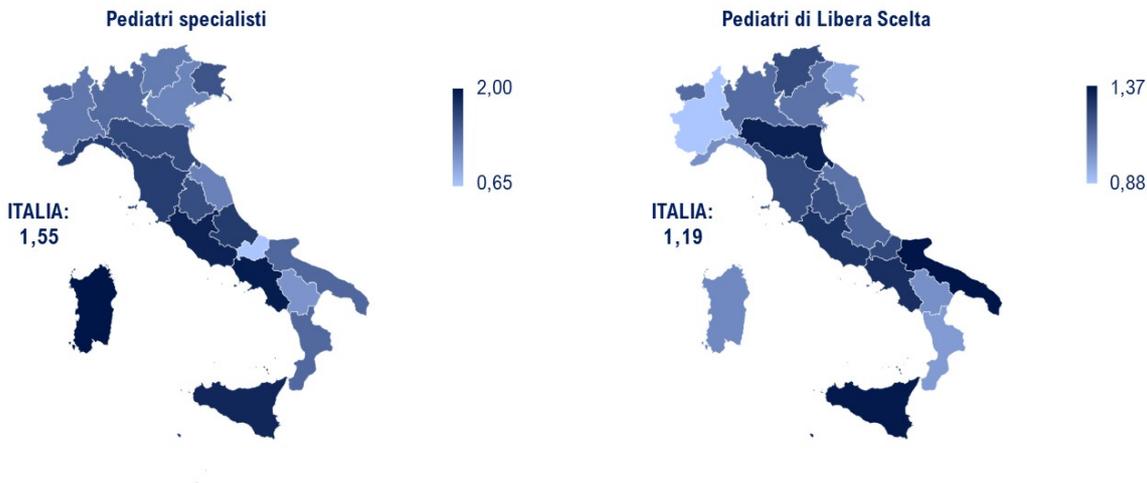


Figura 12. A sinistra: Pediatri (esclusi quelli di libera scelta) nelle Regioni italiane (numero per 10.000 abitanti), 2021. A destra: Pediatri di libera scelta nelle Regioni italiane (numero per 10.000 abitanti), 2021. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2023

Secondo la Federazione Italiana delle Associazioni e Società Scientifiche dell'Area Pediatrica (FIARPED), nei prossimi 4 anni, a fronte di circa 5.300 pensionamenti entreranno nel sistema soltanto 2.900 nuovi pediatri (tra specialisti e territoriali), con un deficit di 2.400 operatori con impatti rilevanti su un comparto già gravemente indebolito e che soffre di elevate differenze territoriali. Altre stime di Agenas sui pediatri ospedalieri, riportano un numero di nuovi pediatri nel SSN nel periodo 2018 – 2026 pari a 3.264.

La situazione sul fronte delle infrastrutture fisiche nel contesto delle specialità pediatriche riflette la criticità delle risorse umane. Nel corso degli anni, si è verificata una significativa riduzione dei posti letto ospedalieri disponibili per la cura dei pazienti pediatrici. Tale calo è stato evidente nel periodo 1996-2020, ove si è passati da una disponibilità di 23,5 posti letto per 10.000 abitanti a soli 11,1 posti letto: è rilevante notare che dal 2014 il numero di posti letto si è stabilizzato sul valore attuale.

Nel 2021, i posti letto effettivamente utilizzati per le discipline pediatriche sono stati 9.442, di cui 8.314 per degenza ordinaria, 991 per day hospital e 137 per day surgery; i posti letto pubblici rappresentano il 97,3% del totale dei posti letto.

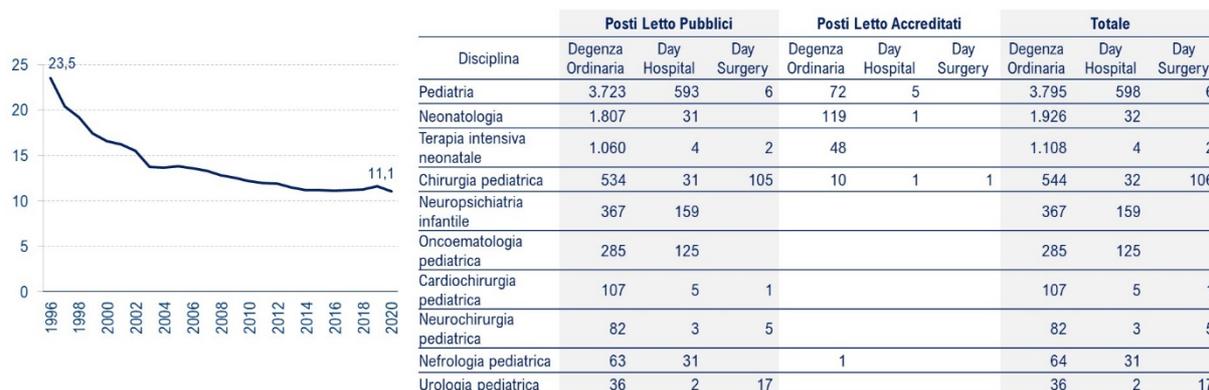


Figura 13. A sinistra: Tasso posti letto ospedalieri in specialità pediatriche per 10.000 abitanti, Italia 1996 – 2020. A destra: Posti letto effettivamente utilizzati per le discipline pediatriche in Italia (numero), 2021. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati Istat e Ministero della Salute, 2023

La riduzione dei posti letto ospedalieri per le specialità pediatriche rappresenta una problematica di grande rilevanza, per la quale ad oggi non sono stati previsti investimenti specifici volti all'inversione della tendenza. La mancanza di posti letto sufficienti può compromettere l'accesso ai servizi sanitari specializzati per i bambini e i ragazzi, aumentando i tempi di attesa e mettendo a rischio la qualità e tempestività delle cure fornite. La presenza di un numero limitato di posti letto può avere un impatto negativo sulla capacità degli ospedali di gestire in modo adeguato le emergenze pediatriche e fornire un trattamento appropriato a tutti i pazienti che ne necessitano.

Le maggiori carenze in termini di posti letto riguardano la neuropsichiatria infantile (cui si è fatto riferimento nel paragrafo 3 di questo documento) e le terapie intensive pediatriche. L'assenza di un codice identificativo della disciplina rende difficile valutare con esattezza il numero di letti e i reparti.

Secondo alcune stime della Società Italiana di Pediatria (SIP), al momento in Italia vi sono 23 terapie intensive pediatriche, mediamente di piccole dimensioni, distribuite in modo non omogeneo sul territorio nazionale e in un numero nettamente inferiore alle terapie intensive neonatali pari a 116. I posti letto sono circa 202 con una media di 3 posti letto per milione di abitanti rispetto a una media europea pari a 8 e con una elevata difformità regionale con valori che vanno dai 10,6 della Liguria ai 2 della Puglia, fino ad arrivare a 8 Regioni/P.A. che non hanno alcun posto letto.

I posti letto nelle terapie intensive neonatali, considerando sia i reparti degli ospedali pubblici che quelli dei privati accreditati, raggiungono invece le 1.131 unità.

Situazione altrettanto critica è quella degli hospice pediatrici: nonostante la legge 38/2010 prevedesse la copertura delle cure palliative pediatriche in ogni regione, ancora oggi molte Regioni non presentano strutture attive o in costruzione, con il risultato che solo il 15% dei bambini che ne avrebbero diritto riesce

ad accedervi. Oltre a incrementare i posti letto è altrettanto importante rendere attiva la rete periferica con un maggior supporto alle famiglie attraverso l'assistenza domiciliare.



Figura 14. Mappa degli hospice pediatrici in Italia. Fonte: The European House-Ambrosetti su dati AOPI, 2023

Gli ospedali pediatrici sono luoghi fondamentali per la cura della salute dei bambini e dei ragazzi che necessitano di assistenza medica. I bambini, infatti, non sono piccoli adulti, e necessitano di un percorso di cura e di assistenza che tenga conto delle loro specificità. A causa della mancanza di una rete di cura intermedia, spesso gli ospedali pediatrici si trovano a doversi fare carico di tutti i pazienti in età pediatrica che necessitano di cure, compresa la cura della salute mentale.

Gli ospedali pediatrici italiani rappresentano una eccellenza per il nostro SSN. L'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI) riunisce tutte le strutture italiane il cui campo di specializzazione è la pediatria. Accanto ad AOPI, la Rete Italiana salute Dell'Età evolutiva (IDEA) coordina 11 IRCCS, tra cui 4 dei principali IRCCS pediatrici. Attualmente, gli IRCCS pediatrici in Italia sono 5: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, Istituto Giannina Gaslini di Genova, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer di Firenze, Istituto Burlo Garofolo di Trieste, Fondazione Stella Maris onlus di Pisa.

La mancanza di IRCCS pediatrici nel Sud Italia rappresenta un ostacolo all'accesso a cure di elevata qualità per le famiglie residenti nel Mezzogiorno, soprattutto in Regioni come la Sicilia e la Sardegna. La lontananza geografica da queste strutture si aggiunge alle sfide logistiche associate all'insularità, aggravando ulteriormente la situazione per i pazienti pediatrici e le loro famiglie.

Per garantire un accesso equo a cure di qualità e promuovere la ricerca e assistenza di eccellenza in tutto il territorio nazionale, è essenziale identificare e sviluppare maggiormente anche un numero adeguato di strutture nelle Regioni del Sud, in modo da colmare il divario attuale e garantire un'offerta completa di servizi sanitari pediatrici ad alto livello in tutte le regioni italiane. L'obiettivo finale è quello di garantire a

tutti i piccoli pazienti e alle famiglie, indipendentemente dalla loro localizzazione geografica, un accesso equo e tempestivo a cure di qualità, nonché favorire l'equilibrio nella distribuzione delle risorse sanitarie e di ricerca nel campo della pediatria in Italia.

L'assistenza pediatrica richiede una forte continuità di cura tra ospedale e territorio. Accanto all'elevata specializzazione delle strutture ospedaliere (nel World's Best Specialized Hospitals 2023 sono ben 6 gli ospedali italiani nella classifica dei 100 migliori ospedali pediatrici al mondo), al Paese manca una rete intermedia a bassa intensità in grado di fornire un adeguato supporto al paziente durante il suo percorso di cura e favorire il rientro a casa in modo sicuro e tempestivo.

Il Decreto Ministeriale 77/2022, attualmente in fase di aggiornamento, e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresentano importanti opportunità per riorganizzare la rete sanitaria con un approccio maggiormente incentrato sulla sanità territoriale. All'interno delle CdC, saranno offerte attività di cura primaria e continuità assistenziale, cure specialistiche, attività preventive e consulenze mediche.

Sebbene le case della Comunità, oggi sembrano più orientate alla gestione delle cronicità, potrebbero svolgere un ruolo importante come rete intermedia che finora è mancata nella pediatria.

Le famiglie potrebbero accedere alle Case della Comunità con la sicurezza di trovarvi sia pediatri che altri specialisti in modo da garantire un approccio multidisciplinare per la cura del bambino. Le Case della Comunità aiuterebbero a decongestionare gli ospedali alleggerendoli di quelle prestazioni meno complesse che possono essere fornite sul territorio. Rimarranno centrali i Pediatri di Libera Scelta (PLS), che potranno trovarsi sia all'interno delle Case della Comunità che fuori.

Tuttavia, la Relazione sullo stato di attuazione del PNRR del 31 maggio 2023 segnala delle significative criticità riguardo all'implementazione dei piani di investimento relativi alle Case della Comunità. Nello specifico, vengono citati problemi e ritardi riconducibili a un aumento dei prezzi delle materie prime e/o alla scarsità di materiali, e ritardi causati da uno squilibrio tra domanda e offerta.

All'interno del PNRR, vi sono poi una serie di misure che avranno un impatto indiretto sulla salute dei bambini e dei ragazzi andando ad agire su alcuni determinanti sociali di salute. Tra queste, l'investimento di 4,6 miliardi di euro per la creazione di 228.000 posti negli asili nido e nelle scuole per l'infanzia riveste particolare importanza. Secondo l'Osservatorio Conti Pubblici Italiani, ciò consentirebbe di aumentare la copertura degli asili nido in Italia dal 26,9% al 40%.

Altrettanto significativi, soprattutto in termini di promozione di stili di vita e prevenzione, sono gli investimenti volti al potenziamento del tempo pieno nelle scuole, delle mense scolastiche e delle strutture sportive. L'obiettivo di promuovere un'alimentazione più salutare e incoraggiare la pratica sportiva dovrebbe portare a importanti benefici per la salute dei bambini e dei ragazzi, specie in un momento in cui è necessario riportare l'attività sportiva di bambini e ragazzi ai livelli pre-pandemici.

Missione	Investimento	Importo (miliardi di euro)
4	Piano asili nido	4,60
6	Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
4	Estensione del tempo pieno e mense	0,96
4	Potenziamento infrastrutture per lo sport a scuola	0,30
5	Interventi contro la povertà educativa	0,22

Figura 15. Schema di sintesi degli investimenti rilevanti per il mondo della pediatria contenuti nel PNRR. Fonte: The European House- Ambrosetti su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023

Il PNRR rappresenta una grande opportunità per il Paese per renderlo più moderno e in grado di rispondere alle esigenze di una società in profondo cambiamento. La sensazione però è che, con riferimento alla Missione 6 Salute, il focus sia quasi esclusivamente quello di migliorare la presa in carico dei pazienti cronici, che è sicuramente una priorità per il nostro SSN, ma non l'unica. Anche in ambito pediatrico vi sono numerose sfide da affrontare e la speranza è quella che si trovino risorse anche per dare risposte concrete ai pazienti più piccoli e alle loro famiglie.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto descritto nei paragrafi precedenti in tema di ricerca scientifica e qualità della rete delle strutture ospedaliere pediatriche è indispensabile investire di più a livello di Sistema Paese in infrastrutture, capitale umano e risorse economiche dedicate al mondo della salute dei bambini e degli adolescenti.

Innanzitutto, occorre aumentare gli investimenti nella ricerca scientifica e innovazione nel campo delle malattie pediatriche. Inoltre, per garantire un'assistenza di qualità ai bambini, è importante aumentare il numero di pediatri, in particolare nelle sub-specialità di chirurgia pediatrica e neuropsichiatria infantile, specie alla luce degli investimenti contenuti nel PNRR, i quali avranno bisogno di un contestuale incremento del personale sociosanitario per essere efficaci. Questo potenziamento dell'organico consentirebbe di soddisfare le esigenze specifiche dei pazienti pediatrici e garantirebbe una copertura adeguata nei reparti ospedalieri. Oltre ad aumentare il numero, è altrettanto urgente redistribuire la presenza dei pediatri soprattutto a livello ospedaliero. Va anche sottolineato come, per garantire una migliore assistenza ai bambini con patologie croniche complesse e rare, che fanno aumentare il grado di necessaria specializzazione del personale sanitario, è necessario accelerare il riconoscimento legale delle sub-specialità pediatriche, come pediatra cardiologo, allergologo e gastroenterologo.

Considerato il calo dei posti letto nelle specialità pediatriche negli ultimi 30 anni, è ormai inderogabile un potenziamento dei posti letto in pediatria in tutto il Paese, a partire da quelli nelle terapie intensive pediatriche, che attualmente sono inadeguate rispetto alla popolazione di bambini e ragazzi. È auspicabile anche associare alla disciplina un codice identificativo al fine di favorire il monitoraggio dei posti letto attivi e la programmazione. Resta prioritario anche garantire l'applicazione della legge 38/2010 per le cure palliative pediatriche su tutto il territorio nazionale attraverso lo sviluppo di una rete di hospice laddove essa non sia ancora sufficiente a soddisfare i bisogni del territorio.

Da potenziare su tutto il territorio nazionale anche i servizi di neuropsichiatria infantile e le strutture intermedie per la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, così da accompagnare i bambini e i ragazzi nella delicata fase di sviluppo, dal momento che la pandemia COVID-19 ha prodotto un aumento del bisogno di assistenza in termini di salute mentale per moltissimi bambini e ragazzi che ha ulteriormente aggravato il bisogno di personale.

Grazie ai progressi della medicina in grado oggi di offrire cure per malattia fino a poco fa letali, si pone la sfida per il sistema di affrontare la cronico-complessità di questi soggetti e di accompagnarli dall'infanzia all'età adulta.

In una società che invecchia, stiamo correndo il rischio di diventare una società che non guarda più al futuro e perde di vista le esigenze dei più piccoli. Ma è dai più piccoli di oggi che diventeranno gli adulti di domani che può ripartire la crescita e lo sviluppo sostenibile del Paese.

AOPI - Associazione ospedali pediatrici italiani

L'AOPI è un'associazione senza scopo di lucro, nata nel 2005, che sulla base di una libera e volontaria aggregazione ha per finalità il coordinamento di iniziative atte a promuovere lo sviluppo culturale, scientifico e gestionale delle strutture assistenziali ad alta specialità dedicate all'area materno-infantile ed all'età evolutiva.

La missione dell'AOPI è quella di operare per:

- sostenere le iniziative degli ospedali pediatrici dirette a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria erogata, l'attività di formazione e ricerca e a innalzare il livello di eccellenza della propria organizzazione anche attraverso un lavoro di sensibilizzazione e interazione con gli organi politici;
- favorire l'integrazione tra tutti i "soggetti" coinvolti, direttamente o indirettamente, nei percorsi di cura, attraverso il confronto con le associazioni attive nel campo pediatrico, le strutture ospedaliere e le istituzioni di ricerca e formazione, nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e delle modalità di organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- incoraggiare la diffusione di best practices a livello nazionale, pur nel rispetto delle autonomie regionali, al fine di garantire prestazioni di eccellenza su tutto il territorio italiano, continuità assistenziale e facilità di accesso alle cure da parte dei pazienti e delle loro famiglie;
- promuovere la ricerca e la formazione per aumentare gli standard di cura, il livello di specializzazione, l'efficienza e l'efficacia nella gestione dell'attività sanitaria e assistenziale dell'area materno-infantile e pediatrica.

Le strutture ospedaliere che aderiscono ad AOPI sono:

- IRCCS Istituto G. Gaslini di Genova
- AORN Santobono-Pausilipon di Napoli
- IRCCS Burlo Garofolo di Trieste
- IRCCS AOU Meyer di Firenze
- Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari
- ARNAS Civico di Cristina Benfratelli di Palermo
- IRCCS Ospedale Bambino Gesù di Roma
- Azienda Ospedali Riuniti Ancona – Presidio G. Salesi di Ancona
- AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- Ospedale dei Bambini - ASST Spedali Civili di Brescia
- Dipartimento Salute Donna Bambino AO di Padova
- Azienda Ospedaliera Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria
- Dipartimento pediatrico AO Policlinico Sant'Orsola – Malpighi di Bologna
- Ospedale Materno-Infantile "Filippo Del Ponte" ASST dei Sette Laghi, Polo Universitario di Varese
- Dipartimento Materno – Infantile AOU G. Martino di Messina
- Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

**CHILD
HEALTH
SUMMIT**