

L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini e delle famiglie

L'esperienza di Napoli



Carmela di Maio*, Giuseppe Cirillo**

*Dipartimento Socio-Sanitario, ASL Napoli 1; **Centro Studi Interistituzionale, Comune di Napoli, ASL Napoli 1

Abstract

Health policies' integration for children and families: an experience in Naples

The paper goes through the basis for a social and health planning within a community of citizen and especially for children from 0 to 14 years of age. Important is in a community, the definitions of needs and of social and health priorities. The paper describes this kind of planning in the city of Naples, with a population of 1.004.500, a birth rate of 10.87 per thousand, with 171.831 children aged 0-14 years (17.1% of the whole population compared with the Italian national data of 14.2%); 17.816 immigrants of which 2288 under 14. The evaluation of a two year activity on a population of 20.865 newborns of which 10.144 first born is described.

Quaderni acp 2006; 13(6): 243-246

Key words Health planning. Mother-child health. Community

L'articolo discute, sulla base della letteratura disponibile, le basi della programmazione sociale e sanitaria e la colloca all'interno della comunità dei cittadini e in particolare dei bambini da 0 a 14 anni. Nella comunità deve avvenire la lettura dei bisogni, la definizione delle priorità sociali e sanitarie. Colloca un esempio di programma all'interno della comunità del Comune di Napoli che ha 1.004.500 di abitanti, un tasso di natalità di 10,87 per mille, 171.831 abitanti tra 0 e 14 anni (17,1% della popolazione totale contro il 14,2% in Italia), 17.816 stranieri, di cui 2288 minori di 14 anni. Esamina i risultati di due anni di attività su una popolazione di 20.865 nati, di cui circa 10.144 primogeniti.

Parole chiave Programmazione sanitaria. Salute materno-infantile. Comunità

È sempre più necessario cercare di legare le trasformazioni che si sono determinate in questi anni, relativamente all'integrazione socio-sanitaria, in ambito legislativo, organizzativo e culturale, all'evoluzione, avvenuta negli ultimi dieci anni, del Progetto "Adozione sociale" (prima sperimentazione nel 1995 nel quartiere Secondigliano di Napoli).

L'integrazione dei sistemi sociosanitari infatti ha ricevuto un notevole impulso, prima con la legge 285/97, successivamente con il D.lgs 229/99 e infine con la Legge di riforma dei Servizi Sociali 328/00.

In questo contesto alcune parole chiave hanno ricevuto un rinnovato vigore ed anche il Progetto "Adozione sociale", ora Programma di sostegno genitoriale precoce, è stato inserito tra i programmi prioritari del Piano di zona del Comune di Napoli, del corrispondente Piano attuativo locale e dei Programmi delle attività territoriali della ASL Napoli 1.

Il programma può, allo stato della sua evoluzione, essere considerato un programma di promozione della salute e come tale definirsi in un paradigma rinnovato.

Tre sono gli elementi concettuali, le parole chiave, intorno a cui può essere articolata la nostra riflessione:

- ▲ la comunità (come sede)
- ▲ la salute (come obiettivo)
- ▲ la sanità (come mezzo)

La comunità

È la sede

- della lettura dei bisogni;
- dove è possibile stabilire le priorità sociali e sanitarie;
- da assumere come base della programmazione sociale e sanitaria.

Il pediatra vive e lavora in un sistema-comunità dove sono presenti e agiscono i determinanti della salute (ambiente, relazioni sociali), si realizzano comporta-

menti e stili di vita, dove le dinamiche economiche modificano velocemente le condizioni di vita dei bambini e delle famiglie, dove prendono corpo le relazioni sociali (figura 1).

Tenere conto delle specificità territoriali, identificate attraverso l'analisi territoriale e la lettura dei bisogni, rappresenta uno degli elementi fondanti dell'attuale sistema di programmazione. Le informazioni relative alle famiglie di nuova formazione, raccolte attraverso le schede del Programma di sostegno alla genitorialità, rappresentano un prezioso e tempestivo sistema di conoscenza della comunità.

La salute (come obiettivo) e la sanità (come mezzo)

I determinanti della salute sono: reddito (livello e distribuzione), stato sociale, educazione-istruzione-formazione, condizioni di lavoro, ambiente fisico, biologia-genetica, stili di vita-comportamenti, sviluppo nell'infanzia, servizi socio-sanitari-educativi.

Essi agiscono e sono presenti nel sistema-comunità, e in maniera circolare e complessa influenzano e determinano lo stato di salute.

Lo stato di salute quindi è un equilibrio dinamico tra tutti questi fattori, tenendo conto della complessità delle catene causali che portano alla riduzione e perdita delle buone condizioni di salute (figura 2).

Migliorare lo stato di salute, promuovere la salute, significa intervenire ed esercitare una influenza su tutti i fattori coinvolti, da quelli distali (condizioni socio-economiche) a quelli prossimali (inattività, dieta, l'uso di tabacco o alcool, l'alienazione, l'esclusione sociale, l'isolamento), utilizzando tutti gli strumenti disponibili e quindi anche e non solo la sanità.

Per noi pediatri la promozione della salute (riconosciuta come bene comune) rap-

Per corrispondenza:
Giuseppe Cirillo
e-mail: dipsociosanitario@libero.it

organizzazione sanitaria

FIGURA 1: IL SISTEMA COMUNITÀ

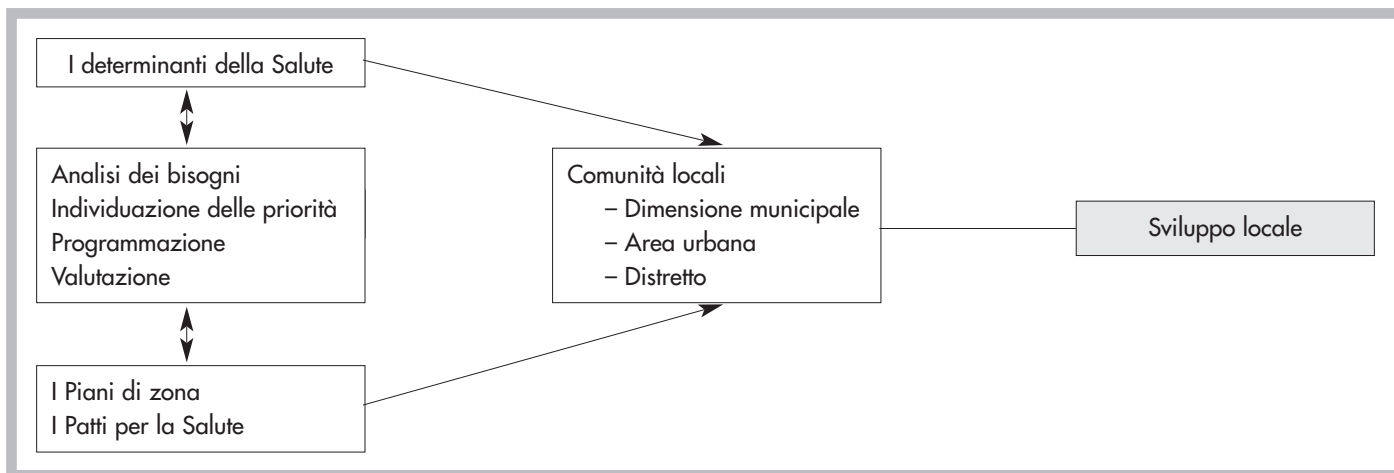
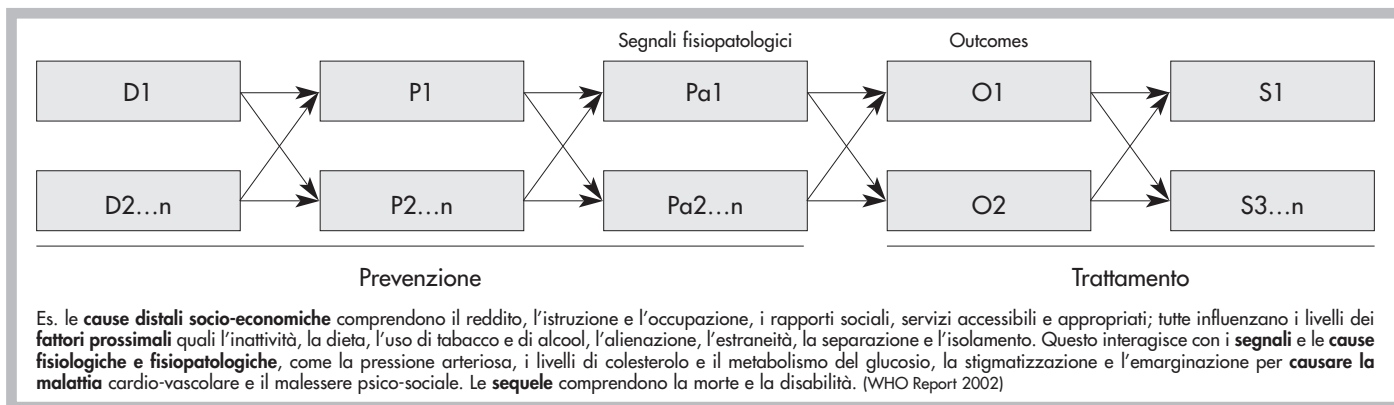


FIGURA 2: CATENE CAUSALI DI ESPOSIZIONE CHE PORTANO ALLA MALATTIA



presenta un elemento fondamentale dello sviluppo locale e il fondamento delle buone condizioni di vita. Essa viene costruita con il contributo delle politiche intersettoriali integrate e di ogni singolo individuo.

Migliorare e promuovere la salute a livello comunitario significa rafforzare le abilità e le capacità dei genitori di prendere iniziative e rafforzare la loro capacità di esercitare, attraverso la crescita della forza della società civile e del capitale sociale, un controllo sui determinanti della salute. È ovvio che il capitale sociale va inteso sia da un punto di vista strutturale (reti sociali, associazioni) sia da un punto di vista cognitivo (fiducia negli altri, norme di reciprocità generalizzate) per la costruzione di reti formali e informali.

I pediatri sono consapevoli che la salute è determinata non solo dal sistema sanitario ma da interventi sulla vita materia-

le e sui bisogni complessi dei bambini e delle loro famiglie (bambini con problemi cronici, disabilità, e altro). Da qui nasce la consapevolezza che le misure di sostegno e di presa in carico e le strategie di prevenzione e di promozione della salute per essere efficaci devono essere integrate e complesse: integrate per la collaborazione di diverse istituzioni, complesse perché progettate e realizzate per rispondere a bisogni molteplici.

È necessaria, quindi, l'integrazione socio-sanitaria ed educativa delle politiche, ma soprattutto dei modelli organizzativi che implicano non solo la continuità sequenziale verticale ospedale-territorio ma anche e soprattutto nessi orizzontali nel lavoro quotidiano in funzione di una unica persona-bambino-famiglia e dei suoi molteplici bisogni.

È quindi necessario da un lato migliorare e promuovere la salute attraverso azioni

comunitarie e dall'altro definire e organizzare processi assistenziali integrati che, attraverso protocolli clinico-organizzativi, siano condivisi tra le istituzioni, i servizi e gli operatori.

Le azioni comunitarie si svolgono, nell'ambito del governo della salute, nei Distretti territoriali, attraverso l'integrazione delle politiche e dei programmi (Piano di zona sociale dei Comuni - Programmi delle attività territoriali dei Distretti sanitari), e la riconversione delle risorse sanitarie impiegate in modo inappropriato (ricoveri ospedalieri inappropriati ripetuti, consumo inappropriato di farmaci, ecc.) in attività di promozione della salute, di educazione e formazione dei genitori, di prevenzione. È ovvio, quindi, che non si esauriscono in accettazione della domanda delle popolazioni.

Le azioni di governo hanno però bisogno di alcuni indispensabili strumenti e di un

set minimo di conoscenze e informazioni e cioè:

- un panel di dati e indicatori di tipo socio-demografico e di utenza dei servizi socio-sanitari ed educativi, declinati per residenza della popolazione (ricoveri ospedalieri, ricoveri in strutture socio-sanitarie residenziali, dispersione scolastica, ecc.) e non per struttura e servizi;
- obiettivi di salute integrativi, rispetto a quelli nazionali e regionali, in relazione alle caratteristiche territoriali;
- misure al “tempo 0”;
- monitoraggio e valutazione, coerenti con gli obiettivi definiti, delle condizioni sociali degli utenti (genitori).

I *processi assistenziali*, integrati e conditi, devono attuarsi attraverso protocolli clinico-organizzativi. È necessario prevedere una metodologia comune, sintetizzabile nelle seguenti fasi:

- accesso/contatto;
- valutazione integrata;
- presa in carico-progetto personalizzato;
- verifica;
- uscita.

Questa metodologia può essere utilizzata per molti percorsi assistenziali di presa in carico, ma anche di promozione della salute. In questo modo si possono condividere il programma di sostegno precoce alla genitorialità, l’inclusione sociale dei bambini con disabilità, la presa in carico di bambini con malattia cronica, passando da modelli territoriali di prestazione erogata a domanda, a quelli di presa in carico, sostegno e offerta attiva.

Sembra utile attualizzare i percorsi cui si è accennato in un più preciso contesto: quello di Napoli.

Il “contesto di Napoli”

La città ha 1.004.500 abitanti, un tasso di natalità di 10,87 per mille, 171.831 abitanti tra 0 e 14 anni (17,1% della popolazione totale contro il 14,2% in Italia), 17.816 stranieri, di cui 2288 minori di 14 anni.

In sintesi: si nasce di più, la mortalità neonatale è più elevata, ci sono minori servizi, maggiore abbandono scolastico, maggiore numero dei minori in difficoltà

e dunque molti bambini “hanno già fin dalla nascita pregiudicato il loro ingresso nel mondo adulto”.

Il Sistema organizzativo e le Azioni

Esiste un’unica Azienda sanitaria, divisa in dieci Distretti coincidenti con le dieci Unità territoriali di base del Piano sociale di zona e le istituende dieci Municipalità, con una popolazione ciascuna di circa 100.000 abitanti e in media con circa 1000 nati per anno (da 700 nati all’anno dei quartieri agiati ai 1400 dei quartieri disagiati).

Ci sono dieci Unità Operative materno-infantili, ventuno Centri sociali territoriali, nove ospedali e dodici cliniche convenzionate.

La sperimentazione precedentemente attuata in città con il Progetto “Adozione sociale” ha fatto sedimentare nei servizi sanitari e sociali una integrazione organizzativa e professionale abbastanza condivisa e un abbozzo di continuità informativa ospedale-territorio.

Con la infrastrutturazione sociale e socio-sanitaria che si è determinata in questi anni (nascita delle Unità territoriali di base del Piano di zona, coincidenti con i Distretti sanitari; programmazione integrata sociale e sanitaria; progressivo passaggio alle Municipalità e delega per i servizi sociali), si sono poste le basi per definire un programma non più sperimentale di sostegno genitoriale ma un programma stabile pienamente inserito nel lavoro quotidiano dei servizi e degli operatori.

Da qui nasce il Sostegno precoce alla genitorialità come programma prioritario del Piano di zona del Comune di Napoli e dei Programmi delle attività territoriali dei Distretti sanitari dell’ASL Napoli 1.

Uno degli obiettivi perseguiti è stato quello della progressiva territorializzazione e decentramento del programma, con la progressiva assunzione di responsabilità da parte dei dieci Distretti sanitari della ASL Napoli 1 (coincidente con la città di Napoli), delle relative Unità Operative materno-infantili e dei dieci Servizi sociali territoriali.

L’obiettivo del programma è di garantire una continuità assistenziale dalla sala

travaglio alla culla di casa, in modo che chi, consapevole del suo momento di fragilità, e chi, inconsapevole, possa entrare in un programma di accompagnamento fatto di accoglienza, informazione, relazione e contenimento.

I Consulenti familiari e la Pediatria di comunità hanno assunto in questo programma un ruolo centrale di promozione della salute, nel coordinamento delle azioni e degli interventi territoriali, avvalendosi di strumenti non più utilizzati, come la visita domiciliare.

Le parole chiave del lavoro sono tre: *integrazione – offerta attiva – formazione*, scritte sul medesimo rigo, perché tutte di pari dignità e importanza.

Integrazione

L’integrazione organizzativa e professionale deve avvenire tra Servizi ospedalieri e territoriali, all’interno delle Unità Operative distrettuali, e tra queste e i Servizi sociali comunali, nonché con il terzo settore convenzionato per programmi di intervento di aiuto alle famiglie. La conoscenza delle condizioni e delle caratteristiche delle famiglie di nuova formazione di ciascun Distretto (Municipalità) e l’utilizzo di strumenti omogenei di registrazione e monitoraggio, nell’ambito di un protocollo clinico-organizzativo, hanno reso disponibile un set di informazioni assolutamente innovativo che rende possibile azioni comunitarie e programmi di intervento valutabili nel tempo.

Nell’ambito del programma, tutti gli strumenti, disponibili e attivabili, oltre a quelli pediatrici e consultoriali, sono stati e sono utilizzati, per il sostegno-accompagnamento-presa in carico delle famiglie: dal raccordo con altri interventi sociali (baby care – servizio di baby-sitteraggio) a quello con gli interventi comunitari di sviluppo locale (formazione dei genitori, inserimento lavorativo dei genitori, reddito di cittadinanza), a quello con altre Unità Operative distrettuali (Salute mentale, Farmacodipendenze, Psicologia clinica) per interventi in caso di difficoltà specifiche dei genitori.

Offerta attiva

Il sostegno inizia molto precocemente, nel momento stesso in cui la donna fa il

TABELLA 1: ALCUNI DEI DATI DEL PROGETTO (MARZO 2003 - FEBBRAIO 2005)

- Su 20.865 nati, di cui circa 10.144 primogeniti, le segnalazioni pervenute dai Punti Nascita sono state 2618, di cui 1050 con indicatori di rischio positivi.
- Dunque:
 - per il 25% dei 10.144 primogeniti, "colloquio" con la madre e dimissione informata;
 - per il 70% (1850) dei 2618 bambini segnalati, accoglienza socio-sanitaria nei territori di residenza;
 - per 730 dei 1050 con indicatori di rischio positivi, visite domiciliari e per 174 di questi, inquadrati come casi complessi, la messa a punto di progetti personalizzati di intervento.

suo ingresso in ospedale e prosegue al ritorno a casa, accolta da una telefonata amica che dà al suo bambino il benvenuto e la informa di quali servizi e risorse sono presenti nel suo quartiere e di come avvalersene e della possibilità di ricevere una visita a casa, la visita di un'altra donna (assistente sociale, puericultrice, vigilatrice), capace di trasmettere un sapere legato al suo ruolo, ma soprattutto capace di trasmettere un sapere implicito, attraverso uno scambio intimo da madre a madre. Le situazioni complesse prevedono un coinvolgimento più ampio in termini di servizi interessati, di spazi operativi, di emotività in gioco, nel tentativo di contribuire a costruire equilibri accettabili per la buona riuscita del sistema familiare, nel tentativo di favorire un cambiamento in senso evolutivo e di aumentare nei genitori la capacità di controllo sullo stato di salute proprio e del piccolo, senza perdere di vista il nostro assunto iniziale degli obiettivi sicuramente raggiungibili:

- garantire un contatto-incontro precocemente;
- favorire l'allattamento al seno;
- adoperarsi per evitare che si fumi in casa;
- effettuare la prima vaccinazione a due mesi;
- insegnare le posizioni nel sonno e cantare insieme qualche ninna nanna.

Formazione

La complessità del processo di contatto-valutazione integrata-progetto personalizzato-verifica e uscita ha necessità di una formazione di accompagnamento, di laboratori permanenti di condivisione tra

tutti gli operatori coinvolti. La variabile del "come" gli operatori agiscono con le famiglie e in base a quale approccio teorico incide notevolmente sul successo o insuccesso dell'intervento. Grande attenzione è quindi rivolta all'acquisizione di competenze sul piano educativo e relazionale, che permettano un agire professionale basato sulla promozione, sul potenziamento e sulla valorizzazione delle risorse familiari esistenti; che permettano la condivisione dei saperi con le famiglie, senza per questo schiacciarle con competenze rigide; che permettano professionalità flessibili adeguate alle necessità e al bisogno da fronteggiare più che al loro ruolo specifico; che prevedano, infine, la capacità di affrontare i conflitti, trasformandoli in risorsa di dialogo e di crescita.

Nei 24 mesi considerati (2003-2005) tutti gli operatori coinvolti (circa 100) hanno seguito 60 ore di seminari, 45 ore in équipe integrate territoriali (Punti Nascita - ASL e Comune), di laboratori di discussione, di confronto e definizione di percorsi specifici per problema e per territorio, di supervisione e accompagnamento per sostenere la "genitorialità" nascente dei servizi, perché, "chi cura ha l'ineliminabile bisogno di essere curato a sua volta, per l'inevitabile contagio che gli operatori contraggono nel loro venire a contatto con il disagio".

Criticità e prospettive

Efficienza

I numeri mostrano (*tabella 1*) una scarsa efficienza del processo che perde molti dei suoi soggetti già al primo gradino, cioè nei "Punti Nascita": solo il 25% dei nati primogeniti viene segnalato. È ne-

cessario migliorare fortemente l'integrazione ospedale-territorio, condividere un protocollo di dimissione socio-sanitaria protetta, eventualmente introdurre clause premianti per le strutture accreditate.

Efficacia

Il Programma è ancora abbastanza lontano dal poter valutare i risultati, anche se le esperienze di questi anni indicano che è possibile, se gli indicatori di outcome scelti sono semplici, misurare l'efficacia di un intervento di promozione della salute.

È possibile anche che il progressivo decentramento del programma favorisca la creazione di un migliore sistema di monitoraggio e di valutazione e permetta quindi anche la valutazione dei "risultati". ♦

Bibliografia consultata

- Bartley M, Blane D, Montgomery S. Socioeconomic determinants of health. *Health and life course: why safety nets matter*. BMJ 1997;314:311-2.
- Bremberg S. Does an increase of low income families affect child health inequalities? A Swedish case study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:584-8.
- Brooks-Gunn J, Duncan J. The Effects of Poverty on Children. In: *The Future of Children Children and Poverty*, Summer/Fall Ed. 1997; vol. 7.
- Brunner E. Stress and the biology of inequality. *BMJ* 1997;314:1472-5.
- Cirillo G. Povertà e salute nell'infanzia. *Salute e Territorio* 1988;110:198.
- Kawachi I, Kennedy B. Health and social cohesion: why care about income inequality? *BMJ* 1997; 314:1030-7.
- Kawachi I, Kennedy B.P, Lochner K. Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health* 1997;9:1491-8.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Public Health* 2005;365:1099-103.
- WHO. *The World Health Report, 2004: Changing history*. World Health Organization. Geneva, 2004.
- Siani P, Cirillo G. Il diritto del minore alla salute. I *Quaderni della Fondazione, Banco di Napoli* 2005;2:73-86.
- Szwarcwald L. On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56:177-82.
- Tamburlini G. Salute, povertà, disuguaglianze. *Quaderni acp* 1999;6:46-8.
- Townsend P, Davidson N, Whitehead M. *Inequalities in Health: The Black report and The Health divide*. London: Penguin Books, 1980.