

Alcuni motivi per cambiare, insieme

Enrico Valletta*, Michele Gangemi**

Dipartimento Materno-Infantile, UO di Pediatria, Ospedale "G.B. Morgagni-L. Pierantoni", AUSL di Forlì; **Pediatria di libera scelta, ULSS 20, Verona

Abstract

Some reasons to change, all together

In Italy the reorganization of the paediatric health system as a whole is underway. Recent legislations make future developments more understandable. On the other hand, several technical documents analyze paediatric primary and hospital healthcare and put in evidence some critical aspects: the progressive decrease of paediatricians in the next ten years, the scattering of newborn's hospital services; the inappropriate use of emergency care services, the new health needs for chronic diseases, adolescence and paediatric subspecialties all this together with the need to keep children's health under the paediatric medicine responsibility strongly suggest that a profound change is needed. The economic sustainability of our health system is the background of all this. It seems now necessary that different levels of paediatric healthcare start working together in this reorganization process. A stronger network between primary paediatric care, paediatric hospital services, universities and highly specialized referral centers seems mandatory.

Quaderni acp 2014; 21(1): 21-25

La riorganizzazione dell'assistenza pediatrica in Italia è un processo che appare ormai avviato e che impegna la cosiddetta "area pediatrica" nel suo complesso. Alcuni provvedimenti legislativi e d'indirizzo lasciano intendere i possibili sviluppi. D'altra parte, esistono documenti tecnici che analizzano la realtà pediatrica territoriale e ospedaliera attuale e ne mettono in evidenza gli aspetti critici. La riduzione progressiva del numero dei pediatri nei prossimi dieci anni, la frammentazione dell'assistenza ospedaliera, l'inappropriato utilizzo delle risorse dedicate all'emergenza-urgenza, il manifestarsi di nuovi bisogni di salute nei settori delle malattie croniche, dell'adolescenza e delle subspecialità pediatriche e l'opportunità che la tutela della salute dei bambini resti nelle mani dei pediatri sono solo alcuni dei motivi che giustificano la spinta al cambiamento. Il tema della sostenibilità economica del nostro sistema sanitario fa da sfondo a tutto questo. È necessario che i diversi livelli di cure pediatriche, da sempre in stretta connessione funzionale, mettano mano congiuntamente al processo di riorganizzazione. Una maggiore integrazione tra territorio, ospedale e centri di formazione e alta specializzazione appare indispensabile.

Due temi emergono con evidenza nel dibattito sulla riorganizzazione delle cure pediatriche.

Il primo è la consapevolezza (raggiunta solo in parte) che, per governare l'attuale contingenza e riprogrammare l'attività futura, le diverse componenti della Pediatria dovranno muoversi in maniera coordinata. L'area pediatrica dovrà (ri)trovare un'identità e proporsi con una visione unitaria dell'assistenza all'infanzia nei prossimi anni.

Il secondo è riconoscere che il processo riorganizzativo è già avviato a livello politico e amministrativo e che questo processo, pur catalizzato da considerazioni economiche contingenti, trova

legittimazione in dati di fatto noti e difficilmente contestabili.

Si intuisce che la possibilità di esercitare un ruolo attivo nei cambiamenti in atto – e non, semplicemente, di subirli – stia anche nell'atteggiamento che l'area pediatrica saprà elaborare nell'immediato futuro. Proviamo ad analizzare alcune componenti del quadro.

Le disposizioni e le linee di indirizzo

Nel 2012 sono comparsi almeno tre documenti legislativi o di indirizzo che tracciano le possibili linee di sviluppo dell'assistenza sanitaria (pediatrica e non solo). Sono, rispettivamente: il D.L. 6 lu-

glio 2012, n. 95, convertito dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 (o *spending review*), che ridefinisce, tra l'altro, gli standard qualitativi, strutturali e tecnologici relativi all'assistenza ospedaliera; il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 (o *decreto Balduzzi*), che detta le "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"; il documento del Ministero della Salute "Promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale", che analizza i diversi aspetti dell'assistenza pediatrica e individua le possibili aree di intervento e di sviluppo [1]. Al netto dell'attuale situazione economico-finanziaria e delle componenti a prima vista "coercitive", questi provvedimenti (o linee di indirizzo) non sono privi di presupposti oggettivi che emergono da un complesso di dati ormai acquisiti e che sono a disposizione di chiunque ne voglia prendere atto. Ignorarli non sembra ragionevole.

Le risorse non sono illimitate...

Il Sistema sanitario si muove in un contesto di risorse non illimitate e deve porsi obiettivi di efficienza, efficacia e sostenibilità a garanzia dell'universalità e dell'equità di accesso alle prestazioni. L'appropriato utilizzo di queste risorse è un obiettivo che nessun livello di cure pediatriche può più permettersi di ignorare, pena la sopravvivenza stessa del sistema così come oggi lo intendiamo [2]. I Sistemi sanitari dei Paesi sviluppati sono affetti da un problema di sostenibilità. La complessità organizzativa, necessaria al raggiungimento di traguardi di salute sempre più ambiziosi, richiede investimenti sempre maggiori che imporranno, prima o poi, scelte economiche ed etiche cruciali. Vinte alcune importanti sfide della medicina di massa (con gli antibiotici, le vaccinazioni e i programmi di screening), grandi risorse

Per corrispondenza:
Enrico Valletta
e-mail: e.valletta@ausl.fo.it

organizzazione sanitaria

vegono oggi devolute a favore di un piccolo numero di patologie complesse che affliggono una quota proporzionalmente ridotta della popolazione. Per sostenere questo sforzo, la Pediatria (limitandoci alla parte che ci compete) deve rimodulare alcuni aspetti organizzativi e professionali per rispondere, “isorisorse” (o, forse, “ipo-risorse”), alle attuali e future esigenze di salute. Questo implica ripensare l’organizzazione della Pediatria territoriale (di libera scelta o di comunità, dove esiste) e di quella ospedaliera in termini fisici e numerici ma, soprattutto, di compiti e funzioni, di sinergie, di integrazione e di percorsi grazie ai quali gestire i pazienti e i loro problemi.

La contingenza economica ha funzionato da catalizzatore di questo processo, accelerandone i tempi. La nostra convinzione che gli investimenti sulla salute dei cittadini non debbano contrarsi, ma se possibile espandersi, non modifica i termini del problema. Le forze disponibili sono ancora molte e motivate, occorre utilizzarle al meglio.

... e non lo sono neppure i pediatri

La curva di “decadimento” dei pediatri porterà a una carenza di circa 3000 professionisti nel 2020 e di 7000 nel 2025, sui circa 18.000 attuali. Gli effetti già si avvertono: è difficile coprire alcune zone del territorio, i concorsi ospedalieri sono talora semi-deserti, gli organici si assottigliano e si precarizzano mentre le scuole di specializzazione formano un numero di pediatri insufficiente a mantenere il sistema in equilibrio.

Contemporaneamente prendono corpo ipotesi di riduzione dell’età attribuita all’assistenza pediatrica e il passaggio in cura ai Medici di medicina generale (MMG) di una quota di bambini è già un dato di fatto anche là dove la disponibilità di Pediatri di libera scelta (PLS) consentirebbe un’opzione diversa. Nel 2010 la popolazione pediatrica residente registrava un numero potenziale medio di assistiti di 1026 bambini/PLS, mentre il numero medio realmente iscritto era di “soli” 864 bambini/PLS.

Tutto questo emerge dai dati presentati nel *Libro Bianco* della SIP e dal recente documento del Ministero della Salute sulle attività gestionali ed economiche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere

TABELLA 1: BACINO DI UTENZA PER MOTIVARE UN’UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA, PER ALCUNE DISCIPLINE PEDIATRICHE, SECONDO IL REGOLAMENTO ALLEGATO ALLA LEGGE 7 AGOSTO 2012, N. 135

	Bacino minimo (milioni di abitanti)	Bacino massimo (milioni di abitanti)
Cardiochirurgia pediatrica	4	6
Chirurgia pediatrica	1,5	2,5
NPI ospedaliera	2	0,3
NPI territoriale	4	0,8
Pediatria	0,15	0,3
Neonatologia	0,6	1,2
Terapia intensiva neonatale	0,6	1,2
Neurochirurgia pediatrica	4	6
Urologia pediatrica	4	6
Oncoematologia pediatrica	2	4
Nefrologia pediatrica	4	6

dove si ribadisce il compito fondamentale della medicina distrettuale (MMG e PLS) nel “... coordinare e integrare tutti i percorsi di accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino...”, poiché “... valutando il reale bisogno sanitario del cittadino, regolano l’accesso agli altri servizi del SSN” [3-4]. Nulla di nuovo per chi giornalmente si assume questo impegno nei confronti dei propri assistiti e del SSN, ma comunque un richiamo importante a una posizione centrale di forte integrazione tra i servizi territoriali, specialistici e ospedalieri che fanno parte dell’*area pediatrica*.

La riorganizzazione della Pediatria del territorio, prefigurata dalla *legge Balduzzi*, è da molte parti criticata. Mette in luce tuttavia alcuni lati deboli della nostra disciplina che non possono essere sottaciuti e che rischiano di rendere problematica la sopravvivenza stessa della specificità pediatrica. Se davvero vogliamo occuparci anche degli adolescenti fino ai 18 anni e soddisfare nuovi bisogni di salute legati alla cronicità, all’adolescenza, al disagio psichico e sociale e alla prevenzione, dovremo uscire dall’isolamento del singolo pediatra nel proprio ambulatorio e aprirci a forme associative più funzionali.

È ormai chiaro che per questo dovremo avvalerci di figure infermieristiche con le quali integrarci, utilizzando le loro competenze, favorendone la crescita professionale e attribuendo loro compiti e funzioni che ne sanciscano l’autonomia collaborativa.

I percorsi “circolari”

Anche la Pediatria ospedaliera deve ripensare se stessa e non potrà farlo se non vedendosi all’interno di percorsi “circolari” che partono dal territorio e che al territorio debbono tornare. Le Linee Guida elaborate dal Programma nazionale o dalle società scientifiche costituiscono l’ossatura di questi percorsi. In Italia, l’assistenza ospedaliera generale viene erogata su 1165 istituti di cura, 629 (54%) pubblici, con 4,1 posti letto per 1000 abitanti, di cui 3,5/1000 dedicati all’attività per acuti (dati 2010) [4]. Dal 2007 al 2010 gli ospedali pubblici sono diminuiti dell’1,1% e le indicazioni attuali del Ministero danno come obiettivo i 3,7/1000 posti letto.

I dati disponibili per la Pediatria si riferiscono al 2007 e non tengono conto delle successive riorganizzazioni apportate dalle singole Regioni. Sono censiti oltre 500 reparti di Pediatria e un terzo circa di questi non è in grado di assicurare una guardia attiva 24/24 ore [3].

È una realtà frammentata, che rende poco rispondenti ai requisiti della qualità e della *clinical competence* le strutture più piccole e che pone inevitabilmente il tema della razionalizzazione della rete ospedaliera pediatrica. A una Pediatria territoriale dovrà fare riscontro un secondo livello ospedaliero che si relaziona funzionalmente con le strutture universitarie, gli IRCCS, gli ospedali pediatrici e le Pediatrie ospedaliere di rilievo regionale o nazionale (terzo livello), attraverso percorsi che diano risposte adeguate e

limitino lo spreco di tempi e di risorse. Alcune strutture potranno essere chiuse, altre riconvertite, ma in un territorio non immenso, come il nostro, questo è possibile. Le aree di riferimento saranno infra-regionali (*aree vaste*) ovvero regionali o sovraregionali per le Regioni più piccole. Una direttiva sulla distribuzione delle strutture e dei servizi della rete ospedaliera, in relazione ai bacini di utenza e ai tassi di ospedalizzazione per le singole discipline, è contenuta nel Regolamento sugli standard ospedalieri che fa riferimento alla Legge 7 agosto 2012, n. 135 (*tabella 1*).

Si parla oggi di modelli assistenziali di “rete”, di “*hub and spoke*” e per “intensità di cure”, ciascuno con possibilità di essere adattato alla realtà territoriale e organizzativa locale. Le diverse intensità di cure, per la Pediatria, dovranno essere immaginate in un *continuum* che va dal territorio (bassa intensità) all’ospedale (media intensità), al centro specialistico di riferimento (alta intensità). Se per la medicina dell’adulto molte di queste esigenze trovano risposta nei singoli presidi ospedalieri (pensati essenzialmente per l’adulto – i pochissimi ospedali pediatrici esistenti rappresentano un’eccezione), per la Pediatria vi è la necessità di integrazione “transmurale” per mettere in relazione tutte le competenze di cui c’è bisogno. Il tema dei percorsi è centrale e funzionale agli obiettivi di razionalizzazione di cui stiamo discutendo e la loro definizione non può che vedere coinvolte tutte le componenti pediatriche interessate. Da tutti questi ragionamenti, l’Università non è e non può essere estranea. I suoi compiti istituzionali – ricerca, assistenza ad alta specializzazione e formazione dei nuovi specialisti – sono parte integrante di qualsiasi progetto si voglia immaginare per l’area pediatrica. Va superata la tentazione, talora avvertibile nelle pediatrie universitarie, di sentirsi “fuori dalla rete”, più “soliste” che componenti effettive di un sistema coordinato e interdipendente. E tutti avranno da guadagnarne. L’area pediatrica (territoriale e ospedaliera) costituisce un bacino ancora ampiamente sottoutilizzato di ricerca clinica ed epidemiologica che l’Università potrebbe esplorare e valorizzare. Le funzioni assistenziali di terzo livello, in carico ai centri universitari, vanno realmente qualificate, rese acces-

sibili, ma anche protette dalla “rete” perché non vengano soffocate da richieste inappropriate che ne ridurrebbero inevitabilmente il grado di efficienza. Infine, è certamente ragionevole che nel programmare la formazione dei nuovi pediatri si tengano in considerazione le esigenze (quantitative) di tutti i livelli pediatrici e che, allo stesso tempo, si utilizzino tutte le risorse (qualitative) culturali che le Pediatrie territoriale e ospedaliera possono mettere a disposizione.

Nascere, dove e come

Si partorisce ancora frequentemente (7,9%) in ospedali con meno di 500 parti/anno e troppo spesso (35% negli ospedali pubblici e 58,3% nei privati accreditati) con il taglio cesareo (TC) [5-8]. Nelle strutture con meno di 500 parti/anno il ricorso al TC è più frequente (43% *vs* 37% nelle strutture con più di 500 parti/anno), cosa che non ci si aspetterebbe, attesa la minore complessità delle gravidanze che vi afferiscono. Anche qui, probabilmente, la *clinical competence* è in grado di influenzare il comportamento dei sanitari. I TC sono più frequenti nel Sud Italia (50-60% in Campania e Sicilia) rispetto al Nord (poco più del 20% nella Provincia di Bolzano, in Friuli-Venezia Giulia e in Toscana). In Sicilia i nati con APGAR 1-3 sono 200 volte più frequenti (2,16%) che nelle Marche (0,01%) e 20 volte più che in Emilia-Romagna (0,1%). Significative disparità nei tassi di mortalità neonatale si riscontrano tra le Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud [7]. Sono solo esempi della grande (e apparentemente inspiegabile) variabilità di tempi, modi e costi delle prestazioni sanitarie in diverse zone del Paese. Si impone evidentemente una riconversione dei piccoli punti nascita e delle piccole pediatrie, una redistribuzione delle Terapie Intensive Neonatali (TIN) e una migliore organizzazione del Trasporto Neonatale in tutte le Regioni. Tutto questo in un’ottica di rete che preveda non solo il trasporto dei neonati critici (meglio ancora delle gravidanze a rischio) verso le TIN, ma anche il *back-transport* del neonato che non necessita più di cure intensive, per garantire il buon funzionamento e la ricettività delle TIN stesse. E anche qui sono necessari coordinamento e fluidità dei percorsi e

un territorio che sappia accogliere, in dimissione protetta, le sempre più complesse esigenze dei neonati con gravi patologie croniche.

L’emergenza e l’urgenza (più o meno vera)

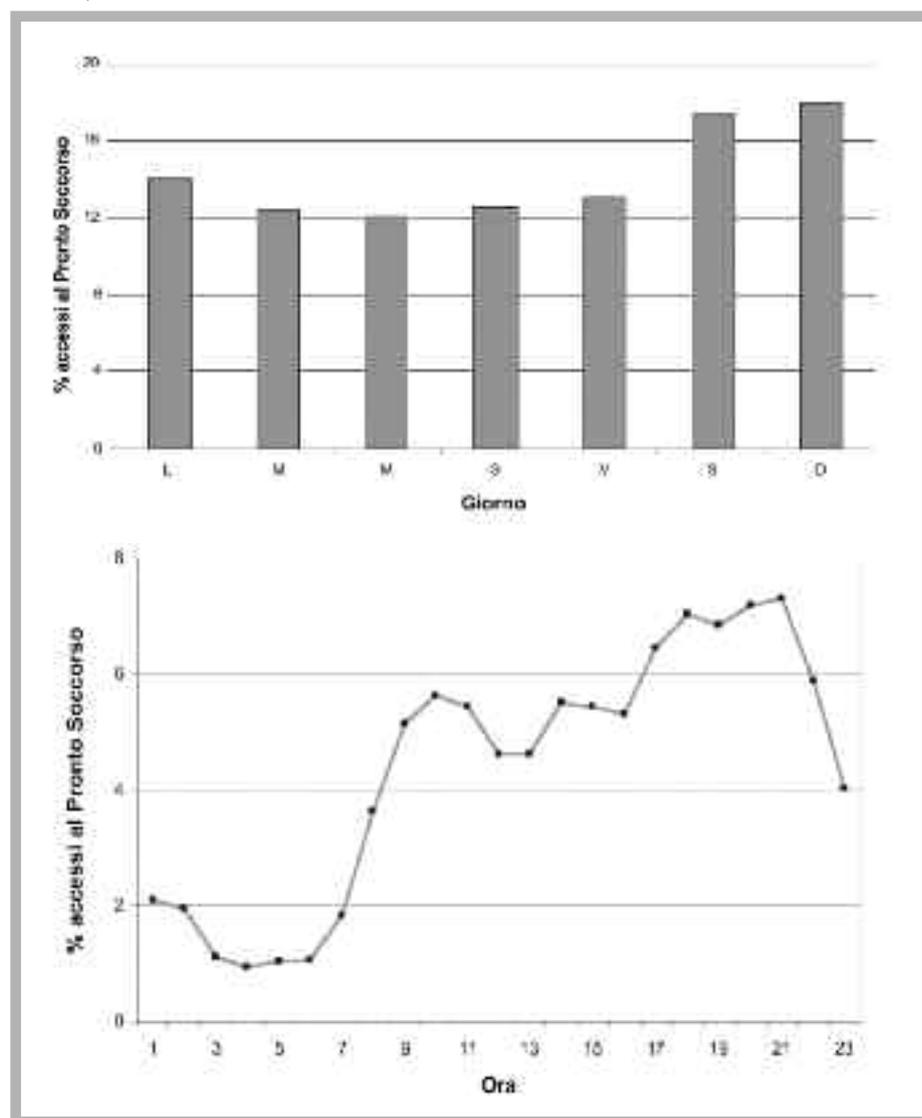
I temi dell’emergenza-urgenza non sono più eludibili. I Pronto Soccorso (PS) e le Pediatrie ospedaliere sono sottoposti a una richiesta, difficilmente sostenibile, di prestazioni inappropriate che generano ricoveri anch’essi inappropriati, dispendio di risorse, riduzione qualitativa delle cure e insoddisfazione dell’utenza. Non è un problema che può essere affrontato dal solo livello ospedaliero. E non è nemmeno pensabile che si possano istituire PS pediatrici in ogni ospedale. La Pediatria del territorio può e deve esercitare un ruolo di filtro e di “protezione” nei confronti dell’ospedale, pena il deterioramento delle prestazioni di quest’ultimo e dell’intero sistema di cure nel suo complesso. Le teorie su come far fronte a quella che potremmo chiamare “l’emergenza dell’urgenza” sono diverse e ognuna di queste ha pregi e difetti. Offriamo solo un paio di considerazioni. Se in una realtà in cui operano 27 PLS ben organizzati sul territorio, si presentano in PS 16 bambini/*die*, abbiamo una media di circa 0,6 bambini/PLS/*die*, per la gran parte affetti da patologie non urgenti. Un numero irrisorio dal punto di vista di quei PLS che hanno in carico oltre 20.000 bambini, ma non indifferente per un piccolo reparto di Pediatria che deve fare i conti con le varie incombenze della propria funzione ospedaliera. Se per ipotesi (o in una situazione territoriale solo un po’ meno organizzata) arrivassero in PS 1,2 bambini/PLS/*die* (numero ancora modestissimo e difficilmente controllabile dal singolo PLS), improvvisamente la stessa Pediatria dovrebbe gestire 32 bambini/*die* e la situazione diventerebbe subito critica. Il flusso dei bambini in PS non è poi costante nell’arco della settimana né delle 24 ore. Il sabato e la domenica gli accessi aumentano quasi del 35-40% rispetto alla media degli altri giorni. Circa il 70% degli accessi avviene tra le ore 8 e le ore 20 e il 90% tra le 8 e le 24 (*Figura 1*). Poiché è interesse di tutti, e del territorio anzitutto, che i PS e le Pediatrie ospedaliere mantengano una buona efficienza operativa, occorre pro-

muovere misure organizzative che intercettino e gestiscano al di fuori dell'ospedale le "false urgenze". Al di là di quanto ipotizzato nelle disposizioni di legge già citate, una riflessione sui dati può aiutare a trovare le soluzioni più idonee, con una certa flessibilità rispetto ai diversi contesti territoriali. Anche in questo, Pediatria territoriale e ospedaliera dovranno agire in sinergia. L'appropriatezza può essere perseguita anche attraverso la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici. È quanto è avvenuto in Veneto (Verona) dove PLS e PS hanno concordato percorsi comuni per quattro patologie (otite media, faringotonsillite, broncopneumite, infezioni urinarie) per le quali la prescrizione di antibiotici è elevata e non sempre giustificata. Il progetto, finanziato e monitorato dall'AIFA, si pone come esempio di collaborazione territorio-ospedale e come possibile modello di cambiamento che può essere riproposto e realizzato anche altrove.

Il bambino "cronico", area di integrazione per eccellenza

Il fronte dell'assistenza ai bambini con patologia cronica vede impegnate fianco a fianco la Pediatria di famiglia e di comunità (là dove esiste) nella gestione quotidiana dei bisogni assistenziali e la Pediatria dell'ospedale nel trattamento delle riacutizzazioni [1]. È internazionalmente riconosciuta come una delle sfide più importanti per l'organizzazione e la professionalità della Pediatria del futuro [9]. L'assistenza a questi bambini e alle loro famiglie dovrà avvenire, di regola, al proprio domicilio e, comunque, al di fuori dell'ospedale che rimarrà il punto di riferimento (attrezzato e preparato all'accoglienza) in caso di riacutizzazione. Il pediatra di famiglia (PdF) e lo staff infermieristico collaboreranno con l'Assistenza domiciliare, i servizi di riabilitazione e di neuropsichiatria dedicati all'infanzia e con tutte le risorse socio-sanitarie attivabili sul territorio. La creazione di una rete regionale di Cure palliative (Legge 38/2010) rappresenterà un momento importante di questo percorso. Un Centro regionale, che funge da coordinamento e supporto nell'assistenza domiciliare delle situazioni terminali, può attivare e sostenere reti curanti che consentano la morte a casa laddove vi siano le condizioni perché questo si rea-

FIGURA 1: DISTRIBUZIONE PER GIORNO DELLA SETTIMANA E PER ORA DEL GIORNO DEGLI ACCESSI 0-14 ANNI AL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE "G.B. MORGAGNI-L. PIERANTONI" DELL'AUSL DI FORLÌ (PER GENTILE CONCESSIONE DEL DOTTOR ANDREA FABBRI)



lizi. Non è un cambiamento facile e richiede un diverso approccio al tema del fine-vita e un forte sostegno della rete. Riflettere sui percorsi e sulla multidisciplinarietà è indispensabile per sviluppare l'integrazione territorio-ospedale. Integrazione che richiede governo delle risorse, definizione dei ruoli e manutenzione continua.

Universalità ed equità di accesso e di prestazioni

Un ultimo aspetto merita attenzione. La regionalizzazione della Sanità, se pure ha consentito lo sviluppo di modelli origi-

nali e spesso virtuosi di risposta ai bisogni di salute, non ha altresì impedito che si creassero forti disuguaglianze nei livelli delle prestazioni erogate a persone con medesimi diritti, ma residenti in aree diverse del Paese. Nascere, sopravvivere, crescere, avere un problema di salute acuto o cronico, poter utilizzare in maniera appropriata le risorse attribuite, in proporzione, a tutti i Sistemi sanitari regionali non è la stessa cosa in qualsiasi parte d'Italia. I dati che certificano questo fenomeno sono contenuti in quasi tutti i rapporti già citati e si rincorrono anno dopo anno nell'attesa che le disu-

guaglianze vengano affrontate e risolte. L'accesso alle cure è garantito a tutti i bambini, ma tutti i bambini hanno davvero accesso alla stessa qualità delle cure? Anche di questo cambiamento, tutte le componenti dell'area pediatrica sono chiamate a farsi carico, insieme. ♦

Siamo grati al dottor Andrea Fabbri per i dati relativi al Pronto Soccorso dell'ASL di Forlì.

Bibliografia

[1] Ministero della Salute. Promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale. *Quaderni del Ministero della Salute 2012;16(luglio-agosto)*.

[2] Valletta E, La Fauci G. Quando fare tanto è troppo, fare meno è meglio. *Quaderni acp 2013; 20(1):29-33*.

[3] Società Italiana di Pediatria. Libro Bianco 2011. La salute dei bambini. Stato di salute e qualità dell'assistenza della popolazione in età pediatrica nelle regioni italiane.

[4] Ministero della Salute. Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere. Febbraio 2013.

[5] Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita, anno 2009.

[6] Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2011, ottobre 2012.

[7] Ministero della Salute. Sistema nazionale per le linee guida. Linee guida per il taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. Linea Guida 22, gennaio 2012.

[8] Senato della Repubblica. XII Commissione Permanente (Igiene e Sanità). Sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita con riguardo all'individuazione di criticità specifiche circa la tutela della salute della donna e del feto e sulle modalità di esercizio dell'autodeterminazione della donna e della scelta tra parto cesareo o naturale "Nascere Sicuri". Doc. XVII, n. 17. <http://leg16.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/688999.pdf>.

[9] Wolfe I, Thompson M, Gill P, et al. Health services for children in western Europe. *Lancet 2013;381(9873):1224-34*. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62085-6.

"I HAVE DREAMS"

In occasione delle celebrazioni della Giornata mondiale per i Diritti dell'Infanzia, Vincenzo Spadafora, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, ha organizzato il 22 novembre a Roma un incontro con una rappresentanza delle associazioni e organizzazioni con cui collabora, tra le quali l'ACP, per fare il "punto nave" dopo i primi due anni del suo mandato.

Il Garante ha raccontato di una Italia in cui, da parte delle istituzioni, mancano l'attenzione e l'abitudine al confronto sui temi che riguardano bambini e adolescenti, a fronte dei mezzi di comunicazione che utilizzano le emergenze e criticità che riguardano i minori in modo spesso morboso, al solo scopo di ottenere "audience".

Il Garante, però, ha anche esaltato la grande quantità di esempi di comportamenti positivi, in contrasto con la mediocrità e il diffuso atteggiamento di rassegnazione del Paese.

L'incontro di Roma si inserisce nella campagna di sensibilizzazione e di promozione dei diritti di bambini e adolescenti, dal titolo *I have dreams*, avviata dal Garante il 28 agosto scorso, giorno del cinquantesimo anniversario dello storico discorso di Martin Luther King. Lo spot pubblicitario della Campagna, in onda su TV, cinema e web, è stato presentato dall'autore Ivan Cotroneo.

Per dare voce ai ragazzi e ascoltarne i pensieri, gli studenti di tre scuole romane (dai 13 ai 18 anni) sono stati sollecitati a esprimere i propri sogni e a inviarli all'Autorità garante attraverso il web.

Il sogno è stato scelto in quanto visione del presente e del futuro, diritto primario che racchiude in sé tutti i diritti fondamentali sanciti dalla convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza dell'89.

In rappresentanza delle centinaia di studenti che con loro hanno partecipato al progetto, due ragazze hanno raccontato in sala di come i ragazzi di tutte le età, anche i più piccoli, abbiano espresso la stessa esigenza di essere ascoltati dalle istituzioni, di partecipare, di essere chiamati in causa e consultati. Hanno rivendicato spazi di gioco e di aggregazione, alla cui mancanza attribuiscono l'abuso del web, con i rischi che ne conseguono. I più grandi, prossimi al voto, vorrebbero sentirsi rappresentati dai politici, rivendicano la loro attenzione, individuano nel degrado dell'edilizia scolastica una criticità da risolvere con urgenza.

Il tema dell'ascolto, soprattutto di chi ha ancora meno voce, come i minori migranti, è stato al centro anche dell'intervento del ministro Kyenge, assieme all'auspicio che anche in chi fa politica rinasca la passione e che tutti i bambini possano sentirsi presto cittadini anche attraverso l'impegno delle scuole.

L'invito a sognare è stato rivolto a tutti i ragazzi dal testimonial della Campagna, Roberto Bolle, ballerino di fama mondiale, attivo promotore e protagonista dello spettacolo di beneficenza rappresentato il 23 sera per la raccolta di fondi destinati all'acquisto di un macchinario per l'Ospedale Santobono di Napoli e alla realizzazione di una biblioteca per ragazzi a Lampedusa.

Dall'incontro del 22 novembre emerge un bello spaccato della realtà giovanile, che contrasta con quello raffigurato ogni giorno dai media: nei messaggi inviati al Garante i sogni dei ragazzi non sono altro che i loro diritti, le cose che in un Paese civile dovrebbero essere loro garantite.

L'auspicio del Garante è rafforzare l'alleanza tra tutti coloro che lavorano per l'infanzia e ottenere l'impegno delle istituzioni a dare risposte ai ragazzi e realizzare i loro sogni.

Un po' di retorica dagli adulti, una forte lezione di lucidità e concretezza dai giovani.

Anna Maria Falasconi