

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

I bilanci di salute pediatrici in Emilia-Romagna: i dati dell'anno pandemico 2020

Simona Di Mario

Pediatra, Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva – SaPeRiDoc - Regione Emilia-Romagna

Dal 2017 le pediatre e i pediatri di libera scelta (PLS) dell'Emilia-Romagna hanno a disposizione una reportistica annuale sui bilanci di salute (BdS) pediatrici da loro raccolti nell'anno precedente. Dante Baronciani, neonatologo di antica appartenenza ACP, anni prima ne preconizzò forma, uso e modalità telematica. Grazie a quella visione e all'impegno dei PLS della Regione che li eseguono, è possibile oggi avere una descrizione - forse non precisa, ma abbastanza suggestiva e sufficientemente informativa- dello stato di salute dei bambini e delle bambine, delle adolescenti e degli adolescenti del nostro territorio e del loro grado di coinvolgimento in interventi di promozione, prevenzione, screening e diagnosi precoce di condizioni patologiche passibili di trattamento. Dei più numerosi BdS normalmente eseguiti, sette sono stati oggetto di specifico accordo fra PLS e Regione (**Tabella**).

Gli item valutati nei diversi BdS spaziano dai dati di accrescimento staturò-ponderale alle competenze psico-motorie-relazionali, dalla frequenza dei servizi educativi e scolastici al lavoro materno, dall'alimentazione all'attività fisica, dalla presa in carico per patologie complesse e disturbi del neurosviluppo agli screening previsti nel periodo 0-12 anni (report disponibili all'indirizzo:

<https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1092>).

Perché una reportistica sui BdS pediatrici?

Perché la condivisione dei dati con i professionisti e le professioniste è il primo passo verso il miglioramento della qualità di cura/care della popolazione assistita, descrivendo le caratteristiche della popolazione assistita, verificando l'adesione delle proprie decisioni cliniche a standard di qualità e identificando quei gruppi che maggiormente necessitano di essere sostenuti nell'accesso ai servizi.

Di seguito una sintetica lettura dei dati relativi al 2020 seguendo due direttrici: l'impatto della pandemia di

Tabella. Età a cui vengono eseguiti i BdS oggetto di convenzione in Emilia-Romagna

Bilancio	Età
1°	2-3 mesi
2°	4-5 mesi
3°	10-11 mesi
4°	22-24 mesi
5°	33-39 mesi
6°	5-6 anni
7°	11-12 anni

SARS-CoV-2 e la differenza fra popolazione pediatrica italiana e straniera.

BdS e pandemia COVID-19

La pandemia si è associata a un ridotto accesso agli ambulatori pediatrici, soprattutto nei primi mesi di lockdown: di conseguenza la copertura dei BdS (numero di controlli eseguiti a una età definita sul totale di assistiti in quella età) si è ridotta. Il calo è più contenuto nei controlli eseguiti nel primo anno di vita (fra -1% e -4% nei diversi BdS, che hanno solitamente una copertura prossima al 90%), più marcato nei successivi (fra -7% e -12%, quando la copertura solitamente è compresa fra 70% e 50%). La buona notizia è che il calo non ha interessato maggiormente la popolazione straniera, quindi la pandemia non ha, almeno per questo aspetto, aumentato le diseguità. Altra possibile conseguenza del confinamento è l'aumento di sovrappeso e obesità rilevato a 3, 5-6 e 11-12 anni (mediamente 2-3 punti percentuali in più per ogni fascia di età e classe di BMI), in controtendenza rispetto alla lenta ma progressiva riduzione registrata negli anni precedenti. Aumenta, inoltre, la quota di adolescenti che trascorrono giornalmente più di due ore utilizzando TV, computer e cellulari (era 30% nel 2019, è 38% nel 2020), così come la quota che dichiara di non praticare alcuna attività fisica (da 11% a 14%). Ma

cambia anche il contesto più ampio in cui si genera salute: rispetto al 2019 si riduce la quota di donne che riprende a lavorare un anno dopo il parto (-5%), e la quota di bambini e bambine che frequenta i servizi educativi (-6% a due anni di vita) e scolastici (-4% a tre anni, -3% a 5 anni di vita).

BdS nella popolazione italiana e straniera

Da quando si analizzano i dati distinguendo fra popolazione pediatrica nata da donne italiane e popolazione pediatrica nata da donne straniere (si intende donna nata in paese diverso dall'Italia, indipendentemente dalla cittadinanza) si rilevano costantemente delle differenze: ad eccezione dei primi due BdS, per tutti i restanti la copertura è inferiore nella popolazione che definiamo straniera (Figura 1).

È anche maggiore la quota di adolescenti stranieri in carico ai medici di medicina generale (18% vs 11%). Meno donne straniere lavorano prima della gravidanza (39% la quota di albanesi, 14% di africane del Maghreb e 62% di cinesi rispetto a 81% delle italiane), minore è la frequenza dei servizi educativi e scolastici nella prole di donne straniere (Figura 2), maggiore la quota di inattività fisica a tutte le età (ad esempio a 11-12 anni: 27% vs 12%) e di esposizione agli schermi (ad esempio a 5-6 anni: 44% vs 25%), oltre che di sovrappeso e obesità (pari a meno del 6% per entrambi gli indicatori nella popolazione italiana, aumenta fino a triplicare fra gli stranieri in base ai paesi di provenienza).

Limiti della raccolta dati e potenzialità future

I questionari, ideati prima del 2014, devono essere aggiornati anche sulla base delle nuove conoscenze scientifiche (come quelle relative agli strumenti per l'identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo, o l'utilizzo delle domande di Whooley per lo screening del disagio emotivo nel post-parto, o la sempre più ampia diffusione di strumenti elettronici il cui utilizzo è necessario monitorare). Per migliorare la qualità dei dati raccolti è necessario sostenere e motivare i pediatri e le pediatre: rendendo lo strumento informatico più agevole, condividendo i risultati regolarmente tramite eventi formativi-informativi e coprogettando interventi di miglioramento dell'attività clinica basati sulla lettura dei dati. L'obiettivo per la nostra regione è di approdare quanto prima a una cartella informatizzata pediatrica regionale, che ci consenta di poter modificare e aggiornare più agevolmente le schede dei BdS e di linkarle ad altri flussi informativi poten-

Figura 1. Copertura dei diversi BdS nella popolazione italiana e straniera

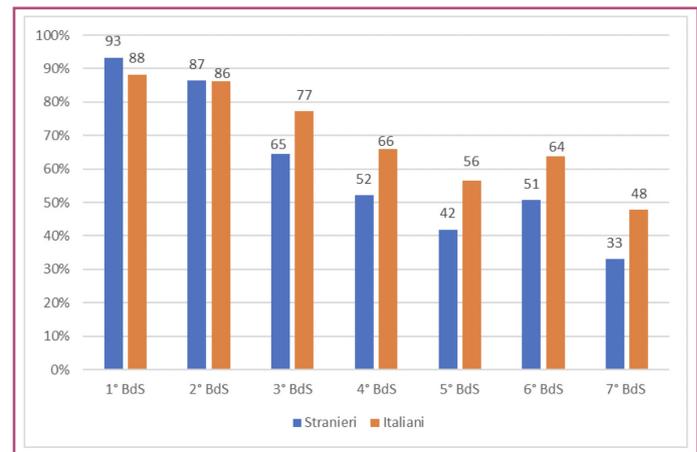
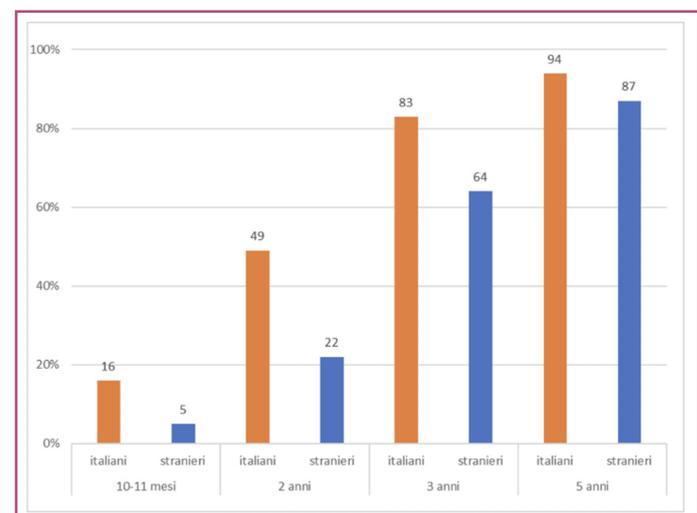


Figura 2. Frequenza dei servizi educativi e scolastici nella popolazione italiana e straniera



zialmente cruciali per migliorare l'assistenza, come ad esempio la cartella della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza.

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

I bilanci di salute pediatrici in Emilia-Romagna: i dati dell'anno pandemico 2020

Commento a cura di Monica Pierattelli

Pediatra di famiglia, Campi Bisenzio (Firenze) - Presidente SICuPP Toscana

Il commento è quello di una pediatra di famiglia di una Regione del Centro che trova nei Bilanci di Salute (BdS) una delle attività più specifiche e qualificanti della nostra professione. I BdS sono da anni appuntamenti scadenziati (una vera e propria medicina di iniziativa, concordata con i livelli istituzionali di ogni singola Regione) per intercettare precocemente patologie fisiche, neurosensoriali e psichiche, per fare promozione di salute ed educazione sanitaria sulle singole famiglie. Un cambiamento epocale è avvenuto quando i BdS sono stati concordati nei contenuti e trasferiti in schede sui singoli gestionali utilizzati dai pediatri, perché sono diventati guida indispensabile per eseguire quanto necessario nelle singole visite e, tramite l'invio, una messe di dati inimmaginabile. Dati utilissimi se accuratamente letti ed interpretati per "i decisori" e per i pediatri se restituiti e poi condivisi. I dati presentati dalla Regione Emilia-Romagna, che vanno in questa direzione, hanno due obiettivi:

- 1.** verificare i contenuti dei BdS e l'applicazione nelle diverse provincie in un'ottica di salute collettiva e di possibile miglioramento;
- 2.** confrontare i dati del 2020 con quelli degli anni precedenti per provare a capire gli effetti sulla salute della pandemia.

Quindi un report annuale che esiste da diversi anni, già di per sé un'evoluzione. Ho affrontato il documento più volte perché i dati sono tanti, anche se i box grigi e azzurri aiutano. Mentre non mi ha aiutato nella lettura la lodevole idea di uscire dalla logica di genere, che ho trovato confondente. La mia sarà una lettura da "single", una riflessione su alcuni passi, e li confronterò e li commenterò rispetto alla mia singola esperienza.

Guardando le tempistiche dei BdS in Emilia-Romagna, noto le differenze con quelle della mia Regione che ne conta due in più nei primi 3 anni: un bilancio di "presa in carico" (entro i 25 giorni di vita) e un bilancio ai 18 mesi circa, cruciali per la promozione di

salute e per la valutazione dello sviluppo neuroevolutivo. Ho apprezzato conoscere la copertura dei BdS nelle diverse fasce di età e le differenze fra famiglie straniere e italiane: un utilissimo indice per aumentare la sensibilizzazione sul tema, non dando tutto per scontato e agendo di conseguenza, per esempio con una chiamata attiva. Per altri item che la Regione Emilia-Romagna ritiene di dover trarre dai BdS (numero nati pretermine, difficoltà nel puerperio, quante donne lavorano prima o dopo) il rischio di avere dati poco affidabili è alto. Le fonti informative dovrebbero infatti essere forse più mirate. Per sondare la prevalenza dell'allattamento materno e la tempistica sull'introduzione degli alimenti complementari nella mia Regione i dati vengono esclusivamente dalle schede dei pediatri di famiglia che compilano una form precisa a tutti i BdS fino all'anno. I risultati ci sono e credo siano sufficientemente rappresentativi. Altro elemento che emerge dalla visione complessiva che il report fornisce e che invita a sollevare le antenne è che non pochi bambini sfuggono a screening fondamentali per interventi precoci (screening per ipoacusia, disturbi dello spettro) che sono indispensabili per cambiare il loro destino.

Sullo sviluppo psico-motorio, affettivo e relazionale infatti molto è stato fatto in termini di formazione: la valutazione neuroevolutiva, soprattutto nei primi 3 anni, si è arricchita di conoscenze (portate alla comunità pediatrica con corsi dedicati) e nello stesso tempo ristretta a ciò che è veramente utile osservare ed annotare per definire un bambino con sviluppo tipico da uno con sviluppo atipico nel contesto del "tempo visita". Nei gestionali della mia Regione le schede guida per un corretto esame neuroevolutivo ci sono e sono utilissime.

Sulla valutazione della vista con lo stereotest, concordo che sia un'attività di primo livello, configurandosi anche come competenza per la valutazione dello sviluppo psicomotorio. Anche il Boel test, che supera il

significato della sola valutazione uditiva, è diventato nella mia Regione un vero e proprio momento di valutazione globale dell'ottavo mese. Ma al BDS dei 6 anni circa non credo che gli strumenti disponibili in un ambulatorio siano sufficienti ad una valutazione completa dell'apparato visivo così come per la valutazione del cavo orale. In ambedue i percorsi, sarebbe molto più efficace disporre di un secondo livello pubblico di qualità. Ci sono altri dati poi che stento a capire come possano essere realmente significativi se non contestualizzati: il rendimento scolastico per esempio. Troppe variabili esistenti nel mondo della scuola e troppe variabili nelle singole famiglie. Se può interessare l'età del menarca nel suo complesso (?) ovvio che i dati possono provenire facilmente dai pediatri di famiglia, ammesso che questi seguano tutta la popolazione fino a 16 anni. Nella visita il rachide va sempre valutato dai 6 anni in poi, tutti gli anni fino a maturazione quindi la segnalazione sul BDS dedicato, in Emilia-Romagna, sarà presumibilmente in difetto. Così come la presa in carico di pazienti complessi. L'invio, fra l'altro, dipende da molte variabili che solo una complessa riflessione congiunta può mettere a

fuoco. Sulla crescita staturale i risultati 2020 sono immaginabili: è bastato parlare con ogni singola famiglia in questi 2 anni per confermare che la pandemia ha determinato grossi cambiamenti sugli stili di vita (aumento delle ore passate davanti agli schermi, restrizione al movimento sia libero che organizzato e tanti disordini alimentari) tali da spiegare da soli così tanti eccessi ponderali. Se si vogliono percentuali regionali sul sovrappeso questa è la strada. L'aumento in questo periodo invece di altri disturbi del comportamento alimentare con deficit ponderale, fa pensare che un indicatore del "sottopeso", che nella mia Regione non c'è, possa dare un'altra informazione utile. Su questi item il reale problema comunque non è sapere e quantificare, ma cosa fare per prevenire e arginare questa terribile deriva. La conclusione più importante di questo report, a mio parere, è stata rendere concrete le immaginabili variazioni indotte dalla pandemia. I pediatri e i loro BDS si confermano una grande risorsa che deriva da un'assistenza pubblica universale, migliorabile nelle procedure sicuramente, ma con un limite. Limite dato dal fatto che i BDS rimangono una attività, pur avanzata e coordinata, di singoli professionisti su tanti singoli. E i bias sono e saranno inevitabili. Ma chi ha scritto questo report, ricco fra l'altro di tante citazioni bibliografiche ad hoc preziosissime, ne è consapevole e ovviamente si comporterà di conseguenza, con occhio pubblico. E infatti il finale non poteva essere diverso e lo condivido pienamente: dopo la fotografia dell'esistente, pur un po' sfuocata, per indurre cambiamenti sui determinanti esaminati, i pediatri non possono essere soli. "C'è la necessità di coinvolgere il secondo livello, il sociale e le altre agenzie quali la scuola, le infrastrutture, per affrontare le necessità e ridurre le disuguaglianze che emergono, ogni anno, da questi dati".

NB. In questo articolo quando scrivo di "bambini" mi riferisco sempre ad ambedue i generi.

