

# Pediatria e neuropsichiatria infantile: quale risposta a una domanda crescente?

Rubrica a cura di Angelo Spataro

Intervista di Angelo Spataro a Francesco Ciotti

***I disturbi della mente, soprattutto dopo l'epidemia Covid-19, hanno avuto un incremento? Esiste una risposta soddisfacente da parte dei servizi?***

Soprattutto dopo l'epidemia Covid-19 i pediatri territoriali e ospedalieri denunciano un incremento dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva, dell'apprendimento e del comportamento sia nella prima infanzia sia in adolescenza. Insieme denunciano una grande difficoltà nel trovare a questi una risposta nel servizio pubblico e anche nel privato, vuoi per la carenza numerica dei professionisti dedicati, vuoi per una loro non affidabile formazione specialistica o per la loro difficoltà in una collaborazione aperta con il pediatra. Questa carenza del servizio sanitario nazionale si accompagna, in un circolo vizioso, a un aumento delle disuguaglianze e a una dilatazione della disgregazione familiare e sociale con rischi evolutivi sempre maggiori per la salute mentale degli individui e della comunità del nostro Paese. Purtroppo il servizio sanitario nazionale (trasformatosi lentamente in regionale o subregionale) ha difficoltà a fornire dati epidemiologici significativi a sostegno di questo crescente disagio denunciato dai pediatri.

***Esistono dati epidemiologici sulla incidenza dei disturbi?***

In verità alcuni dati di attività raccolti dal sistema informatico in dotazione ai Servizi NPI della Emilia Romagna, già molto prima dell'epidemia Covid-19, nel periodo 2010-2015, avevano accertato un incremento medio del 50% degli utenti al servizio NPI con diagnosi di DSA, DSL, ADHD, autismo, disturbi affettivo-relazionali. Va precisato comunque che l'incremento registrato per le diverse diagnosi restava ben al di sotto dei dati epidemiologici in una popolazione 0-18, ossia per esempio sotto il 3% atteso per i DSA o l'1% per mille atteso per l'autismo. Si poteva dire quindi che, nel quinquennio, al servizio pubblico di NPI accedeva un maggior numero dei bambini attesi, ma che ne restavano ancora un bel numero o non riconosciuti o diagnosticati nel privato, quindi sottratto a ogni riscontro epidemiologico.

***Come rispondono i servizi pubblici quando i bambini con disturbo devono eseguire un trattamento terapeutico?***

Nello quinquennio 2010-2015 la raccolta dei dati relativi alle prestazioni terapeutiche di presa in carico da parte degli operatori dei servizi NPI della Emilia-Romagna, medici NPI, psicologi, logopedisti e fisioterapisti risultava immutata, a documentare che a un incremento di diagnosi non corrispondeva un aumento delle prese in carico e addirittura il numero di psicoterapie si era ridotto a un numero irrilevante. Questo perché il numero di operatori dedicati nel periodo è rimasto immutato, quando non è diminuito, per la difficoltà di reperire per esempio i medici NPI e per i risparmi di budget operati. Questo ha comportato di fatto che nei servizi NPI dell'Emilia Romagna: le logoterapie sono limitate alla fascia 0-6; le

psicoterapie sono offerte in misura irrilevante; i tempi di attesa per diagnosi e presa in carico sono dell'ordine di 6 mesi-un anno. Fanno eccezione percorsi privilegiati per sospetto autismo e disturbi dirompenti dell'adolescente per i quali il tempo di attesa è di circa 3 mesi. Ne deriva che per logoterapia e psicoterapia le famiglie che possono rivolgersi al privato e le famiglie povere restano senza assistenza.

***Esiste a livello nazionale una rete tra pediatri e neuropsichiatri infantili? Quanto sono lunghe le liste di attesa? Esistono criticità nella presa in carico da parte dei centri di riferimento dei bambini con disturbi?***

Nel recente convegno pediatrico "ParmaPeratoner" (17 febbraio 2023) la sessione parallela di un gruppo di lavoro era dedicata alla rete operativa esistente tra pediatria e neuropsichiatria infantile e ai problemi emergenti. Più di trenta i pediatri partecipanti di tutte le Regioni italiane. Dalle loro testimonianze è emerso il quadro molto variegato e sconcertante di una rete che spesso non esiste o al massimo esiste solo per i disturbi più selettivi e rari come i disturbi dello spettro autistico (che sono molto sotto l'1%, mentre il totale dei disturbi NPI oscilla tra il 10 e il 20% a seconda degli studi). Ma anche quando esiste, come in Lombardia e in Trentino, un progetto regionale dedicato ai disturbi precoci dello spettro autistico e che fa seguito all'esecuzione a 16-20 mesi della CHAT da parte del pediatra, il tempo di chiamata del centro dedicato è di circa 3 mesi affinché gli operatori prendano in carico il bambino. Inoltre la durata del progetto, finanziato dalla Regione, è limitato nel tempo. Ne deriva un continuo cambio di operatori, che inficia i risultati della presa in carico, la cui efficacia è notoriamente correlata alla durata e alla stabilità della alleanza terapeutica. Per la generalità dei disturbi prevale ovunque il modello delle strutture NPI accreditate dalle Regioni con diverso organico e organizzazione che offrono i servizi diagnostici e terapeutici gratuitamente fino a un certo numero di persone accoglibili e poi, raggiunto un numero prefissato, redigono una lista di attesa di bambini con problemi che a quel punto vi devono accedere a pagamento. Non si conosce o non è omogeneo il costo pubblico per la ASL della prestazione offerta, né si conoscono la qualità della prestazione, la professionalità e la produttività degli operatori coinvolti. Rete e comunicazione pediatra-NPI sono aleatori. I tempi di attesa variano da sei mesi a un anno.

***A livello locale esistono singole esperienze positive?***

Nel marasma generale tuttavia ci sono esperienze guida, alle quali la politica sanitaria potrebbe guardare per il futuro se fosse lungimirante. La prima è quella della Casa della Salute di Langhirano (ASL di Parma), dove gratuitamente come servizio pubblico tre pediatri di famiglia operano insieme a un neuropsichiatra infantile, due psicologi, due logopedisti, uno psicomotricista in risposta ai problemi neuropsichiatrici delle famiglie e della scuola che si rivolge per iscritto al servizio, previa autorizzazione dei genitori. Unica figura significativa assente per l'emergenza dei problemi psicosociali legati a immigrazione e mamme sole è l'assistente sociale, presente in Comune e cui il gruppo può nel caso rivolgersi. Altra esperienza è il modello svizzero, illustrato a Parma da un pediatra di famiglia che vi opera. Qui ogni cittadino ha le cure assicurate attraverso il pagamento annuale di un'assicurazione sanitaria dal costo elevato e che aumenta ogni anno. I professionisti sanitari sono dunque pagati dalle assicurazioni sanitarie per le ore svolte, pediatra compreso. I cittadini poveri (quelli veri) sono assistiti per intero da Stato o Cantone. Il pediatra lavora in rete con l'ostetrica, che segue madre e bambino per il primo mese, e l'infermiera nursing successivamente anche a casa. In caso di problema NPI, la famiglia insieme al pediatra decide i professionisti da consultare per diagnosi e presa in carico.

Nella presa in carico i professionisti coinvolti fanno rete e periodicamente fanno il punto sugli interventi in atto. I tempi di attesa sono accettabili. Il problema della carenza di personale esiste anche qui.

#### *Da quanto detto si possono trarre delle conclusioni?*

Da questa riflessione si possono trarre alcune conclusioni provvisorie per un'azione futura:

1. Nel territorio nazionale vi è una assoluta difformità di modelli di servizio NPI pubblico o privato o misto e una generale carenza di una comunicazione o di una rete pediatria-neuropsichiatria infantile. Le soluzioni aziendali a questo caos sono solo organizzative e quindi non impossibili da mettere in atto a parità di spesa: l'appartenenza allo stesso dipartimento trans murale dell'età evolutiva, l'utilizzo di un sistema informatico comune di consultazione e di scambio, processi formativi aziendali comuni tra i professionisti sanitari dell'infanzia.
2. Invece per la carenza cronica di personale nel servizio pubblico è ineludibile, per la salute mentale del Paese, un piano di investimenti nazionale massiccio, simile a quello at-

tuato di recente in Gran Bretagna, specie per gli specialisti di logoterapia e psicoterapia, riservati comunque in prima istanza alle fasce a reddito basso.

3. A livello territoriale il modello della casa della salute, orientata alla cura della salute della famiglia residente nel territorio, sembra a oggi il modello di cura integrata più promettente per la soluzione della crisi assistenziale di oggi e della comunicazione pediatria di base-équipe di salute mentale.
4. Infine, per i problemi emergenti di apprendimento e di comportamento in età scolare e adolescenziale, va costruita una rete stretta con le scuole per definire possibili interventi psicopedagogici da attuare da parte degli insegnanti con consulenza e supervisione del personale sanitario (NPI, psicologo, logopedista, pediatra, infermiere), anche per definire piani formativi condivisi. ■

spataro.angelo2014@libero.it

## blister

### Frutta e verdura: dieci minuti in più per migliorare la qualità della dieta

Una vasta revisione sistematica della letteratura ha valutato le caratteristiche presenti nei pasti cosiddetti sani consumati in famiglia; dai 50 studi selezionati (49.137 partecipanti) sono stati analizzati 61 dimensioni e sono state eseguite metanalisi per 6 componenti identificate in relazione alla salute nutrizionale dei bambini; infine, sono state considerati come moderatori l'età, la qualità della dieta, lo stato socio economico. Dai risultati sono emerse associazioni positive con: 1) spegnere la TV durante i pasti, 2) lo stile genitoriale per un'alimentazione sana, 3) la qualità del cibo in tavola, 4) un'atmosfera positiva a tavola, 5) il coinvolgimento dei bambini nella preparazione dei pasti e 6) una più lunga durata dei pasti [1]. Intuitivamente si pensa che prolungando la durata del pasto aumenti l'esposizione al cibo e, di conseguenza, avvenga un aumento di introito calorico (questo in realtà è vero per gli adulti e per la generosità dei menù dei pasti festivi). Per verificare l'effetto del tempo dedicato al pasto, alcuni ricercatori tedeschi hanno esaminato, tramite un RCT, l'effetto della durata in tempo del pasto sull'assunzione di frutta e verdure. Sono state arruolate 50 famiglie di Berlino con bambini di età compresa tra i 6 e 11 anni; al gruppo di intervento è stato chiesto di aumentare del 50% la durata del pasto (in media 10 minuti in più) in occasione dei pasti serali in famiglia. Nel gruppo "slow", con più lunga durata della cena, i bambini hanno mangiato più frutta ( $p=0,01$ ) e verdura ( $p<0,001$ ), mentre non differiva il consumo di altri alimenti (pane e salumi). Inoltre, nei bambini sottoposti al pasto lento, il numero dei bocconi al minuto era significativamente più basso ( $p<0,001$ ) e il senso di sazietà era maggiore ( $p<0,001$ ) [2]. La frutta e la verdura era offerta a pezzi (più invitante da mangiare) e i 7 pezzi mangiati in più corrispondevano a circa 100 grammi, una porzione abbondante delle cinque consigliate al giorno (5 porzioni al giorno da 80 grammi di frutta/verdura ciascuna per la popolazione adulta). È bene quindi che il genitore offra più tempo a disposizione per il pasto in famiglia (e, aggiungiamo noi, non sia avaro di sorrisi e carezze) e che, soprattutto, non si dimentichi di offrire frutta e verdura a pezzi, pronta da sbocconcellare.

1. Dallacker M, Hertwig R, Mata J. Quality matters: A meta-analysis on components of healthy family meals. *Health Psychol.* 2019 Dec;38(12):1137-1149.
2. Dallacker M, Knobl V, Hertwig R, Mata J. Effect of Longer Family Meals on Children's Fruit and Vegetable Intake: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2023 Apr 3;6(4):e236331.