



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice BIANCHI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 MAGGIO 2008

Disposizioni in materia di modello assistenziale per gli adolescenti

ONOREVOLI SENATORI. - Sebbene precise indicazioni legislative indichino nei servizi pediatrici, territoriali ed ospedalieri, l'ambito più adeguato per il soddisfacimento di salute degli adolescenti, l'assistenza medica a questa fascia di età rimane, nel nostro Paese, ancora troppo frammentata e non adeguata ai moderni *standard* di cura, anche per le carenze nell'ambito della formazione curriculare del medico in medicina dell'adolescenza. Inoltre, dal punto di vista assistenziale ospedaliero, circa l'85 per cento degli italiani di età tra quattordici e diciotto anni viene ricoverato in reparti per adulti, mentre la minoranza ricoverata in area pediatrica è accolta in spazi non adeguati per i loro bisogni di *privacy* e crescita.

A livello territoriale, i circa 7.400 pediatri di famiglia assistono meno del 50 per cento degli adolescenti con età compresa tra gli undici e i quattordici anni, mentre i rimanenti sono in carico a medici non adeguatamente formati sui bisogni di questa fascia di età, come quelli di medicina generale, e spesso trovano come unica risposta, ma inadeguata, i servizi di emergenza/urgenza (pronto soccorso, medici della continuità assistenziale).

Altre rilevanti criticità sono rappresentate dalla mancata definizione di modalità di transizione dalle cure pediatriche a quelle dell'adulto, dall'inadeguata assistenza ai ragazzi con patologia cronica e i suoi bisogni e dall'abolizione della medicina scolastica.

Negli ultimi anni il sistema sanitario pediatrico è profondamente cambiato con notevole riduzione dei tempi di degenza e incremento delle attività in *day hospital* ambulatoriali. Inoltre, le degenze di media e lunga durata si verificano prevalentemente per malattie piuttosto complesse, che necessitano di prestazioni di eccellenza.

Inoltre, l'area della salute materno-infantile presenta alcune specificità di cui è necessario tener conto nell'organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria, in particolare per quanto riguarda quelli rivolti agli adolescenti:

a) in tutti i casi di infermità e/o di patologia complessa, l'assistenza psicologica si è dimostrata utile per migliorare i tempi e la qualità della guarigione. L'ospedalizzazione rappresenta infatti un momento di disadattamento per la persona ed in particolare per i pazienti adolescenti;

b) infanzia e adolescenza, insieme a gravidanza, parto e allattamento, rappresentano situazioni delicate e particolari della vita, ma non (tranne che in rari casi) patologiche. È importante che l'interazione con i servizi sanitari, tradizionalmente rivolti verso la patologia, non ne stravolga il significato;

c) l'assistenza, sia in termini di programmi di diagnosi che di trattamenti deve quindi essere modulata nel rispetto della fisiologia di questi eventi e saper cogliere e trattare tempestivamente la patologia senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria;

d) l'interazione con i servizi sanitari in momenti così sensibili della vita può rappresentare un'utile occasione d'educazione alla salute e prevenzione.

È necessario, quindi, dedicare una particolare attenzione alle problematiche adolescenziali, in quanto sono evidenti le «fragilità» insite in questa fascia d'età, l'emergere di situazioni di disorientamento e di potenziali rischi di malattia e di devianze, su cui occorre intervenire precocemente al fine di garantire uno stato di maggiore benessere psico-fisico e sociale e porre le basi di una migliore qualità della vita futura.

Il piano sanitario nazionale (PSN) 2006-2008 prevede tra «Gli obiettivi di salute del Servizio sanitario nazionale» (capitolo 5) delle specifiche indicazioni per «La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza» (capitolo 5.1). Tra gli obiettivi fissati per il triennio meritano di essere ricordati i seguenti punti:

- riorganizzazione dei servizi di emergenza-urgenza pediatrica;

- educare i giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'infezione da HIV, della tossicodipendenza e dell'alcolismo, alla procreazione responsabile, sollecitando il contributo della scuola, attivando anche interventi, in particolare nei consultori familiari e negli spazi destinati agli adolescenti, di prevenzione e di lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori e alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici;

- prevenire la patologia andrologica e ginecologica nell'età evolutiva;

- migliorare l'assistenza ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie croniche mediante lo sviluppo di modelli integrati tra centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali, quali l'assistenza psicologica e sociale, la scuola, le associazioni dei malati e il privato *no profit*;

- valutare con attenzione e contrastare il fenomeno del *doping* che sembra interessare sempre di più anche i giovanissimi che praticano lo sport a livello dilettantistico e amatoriale.

Il coinvolgimento dei pediatri di famiglia (PdF) nei percorsi assistenziali concordati tra ospedale e territorio, sia per le patologie croniche che per gli aspetti chirurgici, costituisce, poi, un elemento di grande importanza sia per ottimizzare l'attività di assistenza sia per ampliarne il campo di applicazione. Il PdF, infatti, opportunamente infor-

mato ed inserito nel percorso assistenziale, è in grado di agevolare la scelta del regime di ricovero più opportuno per le varie condizioni patologiche grazie alla sua insostituibile conoscenza del paziente e dell'ambiente socio-familiare in cui vive. Il PdF deve poi svolgere un ruolo primario anche nell'assistenza postoperatoria domiciliare, anche se attualmente in parte condizionato dal tipo di organizzazione dell'assistenza sanitaria sul territorio nazionale.

Il tema dell'appropriatezza costituisce una delle principali sfide che il Servizio sanitario nazionale sta affrontando e una delle dimensioni della qualità in campo sanitario più critiche in quanto in essa si deve tener conto, nello stesso tempo, sia del bisogno espresso dalla popolazione sia delle esigenze di efficienza e di corretto uso delle risorse.

Inoltre, un altro ambito di intervento è quello in materia di informazione e prevenzione, finalizzato a promuovere la salute nelle fasce adolescenziali tramite interventi mirati (ad esempio nelle scuole) o con l'offerta all'interno dei consultori di spazi e sportelli a cui gli adolescenti possono rivolgersi per ricevere informazioni e risposte ai problemi e ai quesiti propri dell'età (confronta il sopra citato PSN 2006-2008).

L'obiettivo del presente disegno di legge è quello di proporre un modello organizzativo assistenziale per gli adolescenti che, considerando la peculiarità delle esigenze dei ragazzi di età compresa tra i dieci e i diciotto anni, garantisca una maggiore correttezza ed efficacia delle cure ospedaliere e territoriali in un momento della vita dell'individuo in cui si compie un processo di maturazione biologica, in rapporto a profonde modificazioni dell'assetto ormonale, e contemporaneamente si ha un'evoluzione del pensiero cognitivo e morale.

A tal fine, l'articolo 2 prevede che il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali sancisca delle intese con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano affinché il modello organizzativo

assistenziale per gli adolescenti venga articolato su due livelli. Il primo è identificato con i medici pediatri di famiglia e i servizi territoriali di medicina scolastica ed educazione sanitaria, con compiti di educazione sanitaria, prevenzione, filtro e trattamento delle condizioni più comuni nell'età adolescenziale. Il secondo è identificato con le strutture multidisciplinari localizzate all'interno dell'Area pediatrica che sono chiamate ad attivare, oltre ai servizi ambulatoriali e di *day hospital*, un numero adeguato di posti letto per adolescenti in aree di degenza specifiche, programmate in base a dati epidemiologici regionali.

L'articolo 3 prevede che ogni istituto ospedaliero debba essere dotato di almeno uno specialista pediatra con preparazione specifica in medicina dell'adolescenza e che il ricovero degli adolescenti avvenga in reparti idonei, attraverso l'istituzione, dove attualmente non presente, dell'Area pediatrica per l'adolescenza e attraverso l'attivazione, all'interno del pronto soccorso, di appositi percorsi di erogazione dei servizi di emergenza e urgenza con personale specialista di pediatria.

Inoltre, l'articolo 4, oltre a prevedere che la continuità assistenziale è garantita dal pediatra di libera scelta e dal pediatra consultoriale, stabilisce che la competenza assistenziale del pediatra di famiglia si protrae obbligatoriamente fino al quattordicesimo anno di età e fino al compimento dei diciotto anni di età per gli adolescenti affetti da documentata patologia cronica o disabilità, congenita ed acquisita.

L'articolo 5 prevede un coinvolgimento del pediatra ospedaliero e di quello territoriale nelle attività connesse alla promozione della salute, valorizzando così il ruolo di medico dello sviluppo dell'educazione che prende in carico l'adolescente e lo guida a condurre la propria vita in modo da saper riconoscere ed evitare le principali situazioni a rischio capaci di comprometterne la salute e il benessere fisico, psichico e sociale.

Un tale sistema assistenziale potrà assicurare un miglioramento dello stato di salute di una importante fascia di popolazione con riflessi anche sulla riduzione di patologie in età adulta e quindi con riduzione sostanziale dei costi per la salute pubblica nel medio-lungo periodo.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità e definizioni)

1. La presente legge ha come finalità quella di promuovere la correttezza e l'efficacia dell'assistenza ospedaliera e territoriale nei confronti degli adolescenti, tenuto conto che l'adolescenza, definita ai sensi del comma 2, costituisce una fase della vita dell'individuo in cui si compiono un processo di maturazione biologica, in rapporto a profonde modificazioni dell'assetto ormonale, e un'evoluzione del pensiero cognitivo e morale.

2. Ai fini della presente legge, per adolescenza si intende il periodo della vita di un individuo compreso tra i dieci e i diciotto anni di età.

Art. 2.

(Modello organizzativo)

1. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali sancisce delle intese con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano al fine di articolare il modello organizzativo assistenziale per gli adolescenti sui seguenti livelli:

a) primo livello, identificato con i medici pediatri di libera scelta e i servizi territoriali di medicina scolastica ed educazione sanitaria, con compiti di educazione sanitaria, prevenzione, filtro e trattamento delle condizioni più comuni nella età adolescenziale sia in ambito individuale che collettivo, con particolare attenzione al mondo della scuola. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sviluppano dei pro-

getti di salute dell'adolescente ai sensi dell'articolo 4, comma 3, in cui prevedono la stesura di bilanci di salute dedicati all'età adolescenziale, anche attraverso modalità di chiamata attiva. Al fine di svolgere tali funzioni, gli operatori coinvolti, in particolare medici pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, pediatri di medicina scolastica, infermieri pediatrici, devono possedere specifiche conoscenze e competenze di adolescentologia, accreditate da percorsi di educazione continua in medicina (ECM), certificati dalla Società italiana di medicina dell'adolescenza (SIMA);

b) secondo livello, identificato con le strutture multidisciplinari localizzate all'interno dell'area pediatrica per l'adolescenza, che attivano, oltre a servizi ambulatoriali e di *day hospital*, un numero adeguato di posti letto per adolescenti in aree di degenza specifiche, programmate in base a dati epidemiologici regionali. Tali strutture sono dirette da un medico pediatra con riconosciuta competenza in medicina dell'adolescenza, anche sulla base di un percorso formativo e di accreditamento individuato dalla SIMA e validato dalle istituzioni sanitarie. Le strutture multidisciplinari hanno anche i seguenti compiti: produrre cultura e collaborare con le strutture di primo livello di cui alla lettera a) che si occupano di adolescenti, in un modello integrato a rete attraverso l'utilizzo di appositi sistemi informativi, e, ove esistenti, di quelli delle aziende sanitarie competenti per territorio.

2. Con le intese di cui al comma 1 sono definite le modalità di passaggio assistenziale tra i medici pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale, nonché tra i reparti e i servizi pediatrici e i reparti e i servizi dell'adulto attraverso protocolli, sulla base di uno schema sanitario pediatrico, riconosciuti in ambito di contrattazione nazionale, che consentano al nuovo curante, oltre che la presa in cura dell'adolescente, anche l'acquisizione

di informazioni socio-sanitarie corrette e rilevanti per la sua condizione di salute.

3. Le strutture multidisciplinari di cui al comma 1, lettera *b*), provvedono alla transizione presso i centri specialistici dell'adulto degli adolescenti affetti da patologie croniche complesse, che necessitano di essere presi in carico da questi ultimi, secondo percorsi condivisi ai sensi dell'articolo 4, comma 4.

Art. 3.

(Assistenza ospedaliera)

1. Ogni istituto ospedaliero è dotato di almeno un medico specialista pediatra con preparazione specifica in medicina dell'adolescenza.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano che il ricovero degli adolescenti avvenga in reparti idonei per i soggetti in fase di crescita istituendo, ove non presente, l'area pediatrica per l'adolescenza, e garantendo all'adolescente il rispetto del proprio bisogno di *privacy*.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano l'attivazione, all'interno del pronto soccorso, di appositi percorsi di erogazione dei servizi di emergenza e urgenza con personale specialista in medicina pediatrica.

Art. 4.

(Assistenza territoriale)

1. La continuità assistenziale territoriale è garantita dal medico pediatra di libera scelta e dal medico pediatra consultoriale.

2. La competenza assistenziale del medico pediatra di libera scelta si protrae obbligatoriamente fino al compimento del quattordicesimo anno di età e fino al compimento del diciottesimo anno di età per gli adolescenti

affetti da documentata patologia cronica o da disabilità.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, attivano dei progetti di salute dell'adolescente, anche con l'ausilio delle società scientifiche del settore e i rappresentanti regionali della SIMA, integrando sinergicamente le competenze ospedaliere e quelle territoriali, rispettivamente rappresentate dal medico pediatra specialista ospedaliero e dal medico pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale per i soggetti che hanno già compiuto il quattordicesimo anno di età.

4. Gli adolescenti con patologia cronica sono inseriti in un circuito a rete tra i vari centri specialistici e territoriali, che istituiscono appositi sistemi informativi di dialogo e di interscambio di dati per orientare i processi assistenziali.

5. Le aziende sanitarie locali svolgono attività di medicina scolastica gestita da personale con formazione in medicina pediatrica, come momento di educazione, prevenzione, verifica e ispezione di eventuali disagi e patologie che interessano l'adolescente. Tali attività sono svolte da medici pediatri con riconosciuta competenza in medicina dell'adolescenza, sulla base di un percorso di accreditamento e validazione effettuato da parte della SIMA e validato dalle istituzioni sanitarie.

6. È fatto obbligo di integrare sinergicamente nel percorso preventivo i medici pediatri di libera scelta e i servizi territoriali di medicina scolastica ed educazione sanitaria, garantendo percorsi di istruzione nel campo adolescenziale.

Art. 5.

(Promozione della salute)

1. La promozione alla salute è l'intervento volto a impedire o limitare il verificarsi e il

diffondersi di avvenimenti sfavorevoli e dannosi per l'adolescente e si esplica attraverso l'azione preventiva, da sviluppare anche mediante interventi in ambito collettivo con particolare riguardo al mondo della scuola e ai consultori destinati ai giovani.

2. Il medico pediatra ospedaliero e il medico pediatra dei servizi territoriali di medicina scolastica ed educazione sanitaria sono coinvolti nell'attività di cui al comma 1, attraverso la valorizzazione del ruolo di medico dello sviluppo e dell'educazione, che si occupa dell'adolescente al fine di istruirlo a saper riconoscere ed evitare le principali situazioni a rischio capaci di compromettere la salute ed il benessere fisico, psichico e sociale.

Art. 6.

(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge valutati in 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

Art. 7.

(Applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge, si applicano le disposizioni contenute nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 8.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

