

Valutazioni Anaaò dello "Studio di Fattibilità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino - aggiornamento Luglio 2018",

Criticità e considerazioni su ambito Pediatrico.

Premessa:

- la pediatria si occupa di pazienti con peculiarità clinico/anatomiche (es. patologia malformativa congenita, metabolica, genetica, ecc.) avulse se non ignote alla medicina dell'adulto (in cui vi è la prevalenza di patologie degenerative), peculiarità determinanti ai fini diagnostici, terapeutici e di outcome, tralasciando in questa sede il valore preventivo;

- Storia:

La nuova visione del problema "infanzia malata" diede i suoi frutti neppure troppo in ritardo rispetto al resto d'Europa, perché già nel 1843 il conte L. Franchi fondava a *Torino l'Ospedale infantile Regina Margherita Il primo ospedale pediatrico italiano*, destinato specificamente a bambine rachitiche e scrofolose dai 3 ai 12 anni, dotato di **40 letti**;

- I numeri:

Italia, decessi sotto i 5 anni di vita:

- nel 1887: 399.505

- nel 2011: 2.084

La mortalità sotto i 5 anni di vita è quindi passata dal 347 ‰ al 2.8 ‰ (dato del 2014).

L'85% dei decessi sotto i 5 anni avviene nel primo anno, di cui la metà delle morti nei primi sette giorni di vita.

Oggi il tasso di mortalità dei bambini sotto i 5 anni in Italia è inferiore a quello medio europeo e a quello degli Stati Uniti;

- al calo della natalità su base nazionale e regionale, non è corrisposto un calo della domanda assistenziale. Al contrario, in alcuni ambiti pediatrici se n'è osservato un sensibile aumento (es accessi in ps)

Regione Piemonte:

Popolazione pediatrica 0-14, anno 1975: 1.050.000/ accessi PS OIRM: circa 18.000

Popolazione pediatrica 0-14, anno 2018: 358.794/ accessi PS OIRM: circa 45.000

- l'adozione della medicina EBM e l'utilizzo di LG e PDTA specifici, ha permesso un significativo abbattimento dell'indice di ricovero dal Pronto Soccorso OIRM, risultando inferiore alla media nazionale (8% vs 11.5%). Nonostante l'attuale dotazione di **286 posti letto** e la riduzione del rapporto accessi /ricoveri, la permanenza media dei pazienti in PS risulta analoga alla media nazionale (circa 5 ore). Idem dicasi per i pazienti in attesa di ricovero programmato;
- l'OIRM è il polo di riferimento Regionale per la Pediatria, fungendo sia da Hub che da Spoke territoriale, garantendo la continuità assistenziale anche oltre l'età pediatrica. Idem dicasi per il Pronto Soccorso.
- i percorsi pediatrici di I ma sptt di II livello, presuppongono competenze non vicariabili da figure altre, se non dal pediatra o dallo specialista con cultura pediatrica specifica (PDTA e Linee Guida stilate da Consensus e Società Scientifiche Pediatriche);
- Tutte le specialità attualmente presenti nel presidio, si fanno carico dei pazienti in regime ambulatoriale, di DS, DH e di ricovero, quest'ultimo utilizzato soprattutto alla diagnosi o, per le patologie a carattere cronico, in caso di recidiva/riacutizzazione (5.876 ricoveri/anno)
- differentemente dagli adulti, l'OIRM non usufruisce e non dispone di strutture convenzionate, RSA o di strutture esterne a cui demandare la lungodegenza o la cronicità;
- la collocazione di adulti e bambini negli stessi reparti specialistici, contravviene al [Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari](#), rispondente agli enunciati richiamati più volte nelle premesse del piano presentato. Inoltre, in quanto frutto di attività progettuale e non emergenziale, tali situazioni di convivenza e comorbilità, si presterebbero facilmente a contenziosi legali a carico degli operatori e della struttura.
- l'OIRM oltre ad essere sede della scuola di specializzazione di Pediatria, è divenuto nel tempo polo di attrazione, frequenza e formazione a livello nazionale, al pari di altri policlinici pediatrici nazionali (Mayer, Gaslini, Bambin Gesù), tanto noti, quanto autonomi ed indipendenti dalla realtà "adulta" di riferimento;
- realtà virtuose, quali Lombardia e Veneto, in cui la pediatria è frammentata, vanno verso la creazione di poli pediatrici polispecialistici, l'opposto di quanto prospettato dallo Studio di fattibilità del Parco della Salute 2018;

- segnaliamo inoltre che i poli Pediatrici Europei si stanno organizzando in Network di eccellenza (European Children's Hospital Organization – ECHO, per l'Italia il Mayer di Firenze) al fine di tutelare il diritto di cura del bambino costituendo percorsi e standard assistenziali comuni;

Criticità:

- nel Piano aggiornato, i letti destinati alla Pediatria nel Parco della Salute, seppur aumentati rispetto alla prima ipotesi, sono **un totale di 90**

- il documento fornisce una proiezione riduttiva della richiesta assistenziale nel 2023 pari al 30%, a fronte una riduzione immediata dei posti letto di circa il 50%;

- il documento giustifica la riduzione proiettiva non con un calo della richiesta, ma bensì con un aumento della capacità assistenziale del territorio e l'aumento della spea out of pocket. Nonostante gli auspici del Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2015, ad oggi non esiste ad oggi un progetto esecutivo di Area Pediatrica Territoriale tangibile, in grado cioè di assorbire il gap assistenziale ipotizzato, premessa fondamentale per una riduzione dei p.l. così radicale;

- eccezion fatta per le discipline Oncologia e Neuropsichiatria, non vi è menzione di moduli dedicati ad altre specialità, i cui pazienti inevitabilmente saranno destinati ai reparti degli adulti, probabilmente con una/due camere e/o qualche letto dedicato;

- i posti letto di isolamento indicati nell' area pediatrica, risultano essere in totale 4, contro gli attuali 16; ricordiamo che in Pediatria l'isolamento si rende necessario sia per specificità di patologia, che per età;

- il pronto Soccorso disporrà di 3 +1 sale visita, condizione già ampiamente insufficiente ante ristrutturazione dell'attuale PS, idem dicasi per l'OBI con i 6-8 posti letto, open space;

- mentre per la Terapia Intensiva viene individuato un modulo specifico, i moduli di subintensiva (non neonatale) risultano non diversificati per età ed ambienti, prestandosi pertanto a promiscuità gestionale e rischio clinico elevato (es. lattante accanto ad anziano con elevata comorbidità)

- l'ipotesi di Divisioni funzionali, multidisciplinari, orizzontali organizzate per intensità di cura di bambini e adulti appare tutto sommato plausibile, per competenze e specificità, non è auspicabile un' analoga organizzazione verticale per la gestione adulto-bambino;

Conclusioni:

- mentre prevedibilmente l'accorpamento fisico della medicina dei servizi, con adeguati correttivi e specifici protocolli, comporterà benefici in termini di efficacia e disponibilità, per quanto argomentato, altrettanto non si può affermare rispetto agli spazi dedicati alla Pediatria, soprattutto specialistica;

- i clamorosi numeri della riduzione della mortalità infantile nel primo anno di vita, hanno radici anche di carattere socio-culturale, ma il primum movens è indubbiamente riconducibile nella creazione di un'area pediatrica specifica, autonoma e non derivata dalla medicina dell'adulto, con approcci, PDTA, LG e competenze dedicate;

- la creazione di Network Europei rappresenta l'evoluzione culturale, di specializzazione e progresso a cui non si potrà ambire e aderire, in assenza di un policlinico pediatrico autonomo;

- L'interdisciplinarietà dimostrata in questi anni, vedi trapianto d'organo o oncologico, non va confusa con sostituibilità;

- Il ridimensionamento dei posti letto associato all'accorpamento con gli adulti, sposterebbe culturalmente di fatto indietro le lancette dell'orologio della Pediatria esattamente di 200 anni, quando si pensava che il bambino fosse un piccolo adulto;

Proposte:

riduzione dei posti letto solo del 30%, in linea con la previsione di riduzione assistenziale, sempre che questo gap venga concretamente assorbito dal territorio con una riforma contestuale, sia dei centri di primo livello che della pediatria di famiglia ;

- Creazione di *Polo/Palazzina Pediatrica o Materno/Infantile indipendente*, collocata nell'ambito del Parco della Salute, al cui interno dovrebbero trovare spazio, moduli di Pediatria generale, come già previsto, e moduli misti polispecialistici.
- aumento dei posti letto di isolamento all'interno dei moduli
- creazione di reparti per lungodegenti presso strutture già esistenti (CTO, Regina Margherita o altrove)

"I bambino non è un piccolo adulto"

"Il Pediatra è il medico che si occupa di piccoli pazienti .. non è un piccolo medico.."