

# Politiche sanitarie e salute infantile

## La numerosità delle strutture di Pediatria e di Terapia Intensiva Neonatale

LODOVICO PERLETTI

*Pediatra, Esperto di Organizzazione sanitaria nel settore materno-infantile*

*Una riorganizzazione vera del sistema ospedaliero pediatrico (collegato strettamente alle cure primarie) potrebbe migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza riducendo, come aspetto secondario, anche le spese sanitarie. L'articolo riporta numeri precisi e modelli per rendere attuativo questo progetto, prospettando un tavolo tecnico di lavoro nazionale. Saremo capaci di uscire da un immobilismo non solo istituzionale?*

Il presente lavoro è stato elaborato sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute che offrono una panoramica aggiornata sulla numerosità delle strutture di pediatria e terapia intensiva neonatale in Italia. Tali dati, insieme ai mutamenti avvenuti nell'epidemiologia delle patologie pediatriche, alle acquisizioni medico-scientifiche negli ultimi decenni e agli sviluppi dei modelli assistenziali che si stanno realizzando in Italia e in altri Paesi europei, consentono di formulare alcune riflessioni e suggerimenti utili per orientare le politiche sanitarie per l'età evolutiva per un miglioramento dell'assistenza.

In tal senso, presso il Ministero della Salute, è stata istituita una Commissione, che ha operato negli anni 2012-2013, con il compito di elaborare le "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale". Il documento è al momento in fase di finalizzazione per armonizzarlo con le previsioni del nuovo Patto della Salute 2014-2015, recentemente oggetto di intesa Stato-Regioni.

### LA PRIMA RIFORMA SANITARIA OSPEDALIERA

Una non corretta politica sanitaria condotta intorno agli anni '70 nel nostro

### HEALTH POLICY AND CHILDREN'S HEALTH IN ITALY

*(Medico e Bambino 2014;33:652-658)*

#### **Key words**

*Paediatric departments, Neonatal intensive care unit, Numbers, Appropriateness*

#### **Summary**

*In Italy the number of departments of Paediatrics and Neonatal Intensive Care Centres is still high. This study analyzes the causes of this phenomenon, which in many cases leads to low quality care and reduced levels of performance safety. This phenomenon occurs especially in smaller facilities that do not provide round the clock doctor-obstetrician and paediatric-neonatal services in the delivery room, in the wards and in the emergency unit. This problem contributes to keep a high rate of hospitalization for the inpatient, at risk of inappropriateness, with an irrational use of available resources, even during the neonatal period. The study also reiterates that the mortality in infants weighing less than 1,500 g is higher in facilities with low volumes of activity. A rationalization of hospitalization in the paediatric area could improve the quality of performance and lead to a reduction in the sanitary expenses.*

Paese ha determinato una proliferazione delle strutture pediatriche e ostetrico-neonatali. La legge n. 132 del 12-02-1968 e successivi decreti (Legge Mariotti)<sup>1</sup> inseriva l'ostetricia-ginecologia e la pediatria fra le specialità di base, definendo come ospedali di zona quelli dotati di distinte divisioni di medicina e chirurgia e almeno una sezione di pediatria e di una sezione di ostetricia-ginecologia con i relativi servizi speciali.

Il **Piano regionale ospedaliero** (Art. 29) doveva prevedere l'esistenza di almeno un ospedale di zona che fosse in grado di servire una popolazione di 25.000 fino a 50.000 abitanti, un ospedale provinciale per una popula-

zione fino a 400.000 abitanti e un ospedale regionale fino a un milione di abitanti, con almeno un ospedale regionale in ogni regione. Per i neonati immaturi dovevano essere organizzati presidi di cura intensiva nelle divisioni di pediatria degli ospedali generali regionali o provinciali, negli ospedali pediatrici specializzati regionali e provinciali, nelle sezioni autonome di assistenza neonatale degli ospedali ostetrici specializzati regionali e nelle cliniche ostetriche e pediatriche universitarie, secondo le prescrizioni del Piano regionale ospedaliero.

Questi standard organizzativi, molto lontani dai modelli ospedalieri già rea-

lizzati o che si stavano realizzando nella maggior parte dei Paesi del Nord Europa, negli USA e Canada, dove il bacino di utenza minimo per giustificare una struttura ostetrica e pediatrica era calcolato generalmente tra i 150.000 e i 250.000 abitanti, hanno favorito un'abnorme proliferazione delle divisioni e/o sezioni di pediatria e ostetricia che, soprattutto negli ospedali zonali, non erano in grado di garantire i requisiti qualitativi minimi per la sicurezza della mamma e del bambino in sala parto e nelle sezioni di degenza pediatrica, soprattutto a causa della mancanza di una guardia attiva medico-ostetrica e pediatrico-neonatologica 24 ore su 24.

Nel 1971 il numero delle strutture pediatriche (divisioni o sezioni), che era nel nostro Paese già pari a 637, saliva nel 1981 a 695, una ogni 80.000 abitanti circa<sup>23</sup>. Sempre nel 1971, ben 267 reparti avevano meno di 300 ricoveri all'anno, mentre ben 330 avevano meno di 500 ricoveri (52%).

Il numero dei posti letto per la pediatria era pari a oltre 20.000 unità, mentre la degenza media era di circa 10 giorni, con ricoveri inappropriati o prolungati. Il tasso di occupazione dei posti letto pediatrici in Italia in quegli anni si aggirava intorno al 50%, a dimostrazione di una programmazione sanitaria profondamente da rivedere.

Per quanto si riferisce alle **strutture di terapia intensiva neonatale (TIN)**, se intorno agli anni '70 si rilevava in tutto il Paese una carenza di strutture e di personale medico e infermieristico qualificato, molto rapidamente si è realizzato in molte regioni un aumento progressivo dei reparti o sezioni di TIN, senza alcun vero controllo di qualità. Nel 1998 avevamo, secondo una prima valutazione dell'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute<sup>4</sup>, 111 strutture.

Diventava sempre più evidente il fenomeno della denatalità, destinato in Italia a dimezzare il numero dei nati nell'arco di circa 20 anni, da un milione di nati all'anno nel 1964 a circa 500.000 nel 1984. Emergevano, inoltre, sensibili differenze interregionali fra Nord e Sud del Paese, sia per quanto si riferisce agli standard assistenziali sia per

quanto riguarda alcuni indicatori importanti della salute della madre, del neonato e del bambino nel primo anno di vita, quali i tassi di mortalità neonatale e infantile.

Dati più recenti<sup>5,6</sup> confermano ancora una notevole dispersione delle cure, sia pediatriche che neonatali, indice di rilevante rischio clinico e sicuro indicatore di inappropriato utilizzo delle risorse disponibili.

La diminuzione del numero dei nati (515.000 nel 2013) riprende a partire dal 2009 (568.000 nati all'anno), dopo una breve inversione di tendenza.

In una realtà sociale e sanitaria che si modificava rapidamente, i maggiori contributi al cambiamento sul versante tecnico, organizzativo ed etico da parte pediatrica sono venuti dal Progetto obiettivo materno-infantile dell'anno 2000<sup>7</sup>, dai Documenti dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP): *I servizi sanitari per l'età evolutiva* degli anni 1999 e 2005<sup>8</sup>, dalle Linee di indirizzo sul percorso-nascita del 2010<sup>9</sup>, dal Libro bianco 2011<sup>10</sup>: *La salute dei bambini. Stato di salute e qualità dell'assistenza della popolazione in età pediatrica nelle regioni italiane*, elaborato dall'Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane e dalla Società Italiana di Pediatria (SIP), e recentemente (2014) dalle proposte dell'ACP: *La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria?*<sup>11</sup>

Cercheremo ora di analizzare gli aspetti legislativi che hanno riguardato, più strettamente, la numerosità delle strutture ospedaliere di pediatria e di terapia intensiva neonatale.

## IL PROGETTO OBIETTIVO MATERNO-INFANTILE (POMI)

Il Progetto obiettivo materno-infantile-POMI (GU 7 giugno 2000, n. 131 suppl. n. 89)<sup>7</sup> costituisce una parte integrante del Piano sanitario nazionale 1998-2000. Esso rappresenta il primo e più importante documento di programmazione sanitaria approvato nel nostro Paese in tema di politiche sanitarie nel settore materno-infantile.

Dopo un'introduzione dedicata allo stato della salute materno-infantile in quegli anni nel nostro Paese, vengono

indicati i principali obiettivi del Progetto, in gran parte ancora oggi, dopo 14 anni, validi e molto spesso disattesi.

Per quanto si riferisce alla sola numerosità delle strutture di pediatria e di terapia intensiva neonatale, riportiamo quanto indicato dal POMI.

### Numerosità delle Unità Operative Pediatriche

Le Unità Operative Pediatriche devono soddisfare le esigenze di ricovero e di day hospital di un'area di circa 200.000 abitanti, salvo condizioni orografiche disagiate.

### Numerosità delle Unità Operative o Funzionali di Neonatologia

Il POMI prevedeva tre livelli assistenziali.

Nel *I livello*, con un numero di parti/anno non inferiore a 500, si garantiva in realtà la sopravvivenza di piccoli punti nascita con bassi livelli assistenziali; infatti non era prevista la guardia attiva medico-ostetrica e pediatrico-neonatologica.

Il *II livello* prevedeva un numero di parti annuo non inferiore a 800 e la guardia pediatrica attiva 24/24 ore da parte del pediatra-neonatalogo, oltre che dell'ostetrico e dell'anestesista.

Nel *III livello* il bacino di utenza doveva corrispondere ad almeno 5000 parti annui, con non meno di 1000 nati/anno nella struttura, la guardia attiva come sopra indicato e tutte le funzioni legate alla terapia intensiva neonatale.

A distanza di 14 anni dall'approvazione del POMI, molti capitoli dovrebbero essere rivisti e aggiornati, non solo per adeguare gli interventi alle nuove conquiste in campo scientifico, ma anche per razionalizzare e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e sociale in tutta l'area materno-infantile, soprattutto in alcune regioni del Sud Italia.

### LE LINEE DI INDIRIZZO PER IL PERCORSO NASCITA

La Conferenza unificata tra Stato, regioni e province autonome approvava, il 16 dicembre 2010 (GU 152° n 13), un importante documento che aggiorna di fatto, per gli aspetti neonatali, il

Progetto obiettivo materno-infantile e adotta, in particolare, misure per la riorganizzazione dei punti nascita.

Per quanto si riferisce al problema della numerosità delle strutture neonatologiche, l'Atto di indirizzo raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite all'anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore, e comunque non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate.

È necessario che, in connessione con la riorganizzazione dei punti nascita si proceda a un parallelo ridisegno delle Unità Operative di assistenza neonatale, nonché all'assicurazione dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).

Per quanto si riferisce alle strutture di neonatologia e TIN, vengono date le seguenti indicazioni:

#### Unità Operative di ostetricia e pediatriche/neonatologiche di I livello

- nati/anno 500-1000;
- presenza di personale ostetrico-ginecologico e pediatrico-neonatologico 24 h;
- assistenza anestesiologicala 24 h.

#### Unità Operative di ostetricia e neonatologia di II livello

- bacino di utenza, comprensivo delle strutture di I livello afferenti, corrispondente ad almeno 5000 parti/anno;
- parti/anno > 1000;
- standard assistenziali più elevati rispetto al primo livello.

#### Unità Operative neonatologiche di III livello (Centri TIN)

- bacino di utenza di almeno 5000 nati/anno;

- 1000 nati/anno nella struttura (In-born); almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita < 1500 g.

Si raccomanda di evitare l'attivazione di sub-UO di TIN con meno di 6 posti letto per bacini inferiori a 4000 nati/anno, salvo in casi con ridotta densità di popolazione e condizioni orografiche disagiate.

## LA SITUAZIONE ATTUALE

### Le strutture pediatriche

La distribuzione regionale delle strutture pediatriche pubbliche ed equiparate con reparti di pediatria, secondo la numerosità dei posti letto nell'anno 2012, è riportata nella *Tabella I*. Si tratta verosimilmente di reparti o sezioni di pediatria, ora più correttamente indicati come Unità Operative complesse o semplici. Non sono evidentemente compresi i letti per la patologia neonatale di I livello, stabiliti

### DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE ED EQUIPARATE CON REPARTI DI PEDIATRIA SECONDO LA NUMEROSITÀ DEI POSTI LETTO - ANNO 2012

Regione	Strutture per numerosità dei posti letto di pediatria					Totale	Bacino di utenza medio	Bacino di utenza medio -80
	1-5	6-15	16-25	26-50	50 +			
Piemonte	7	17	3	1	2	30	148.578	190.176
Valle d'Aosta	-	1	-	-	-	1	128.230	127.844
Lombardia	3	23	25	10	2	63	157.424	163.242
P. A. Bolzano	3	3	-	1	-	7	72.522	127.406
P. A. Trento	2	-	1	1	-	4	132.364	265.154
Veneto	4	22	6	2	1	35	127.406	141.082
Friuli Venezia Giulia	4	5	2	-	-	11	112.346	174.551
Liguria	1	5	1	-	1	8	202.099	223.589
Emilia Romagna	9	10	3	5	-	27	164.164	243.193
Toscana	7	8	9	3	1	28	133.922	175.848
Umbria	6	5	1	-	-	12	75.541	147.706
Marche	3	11	-	1	-	15	104.356	128.762
Lazio	4	18	7	3	-	32	179.022	198.474
Abruzzo	1	7	4	-	-	12	111.864	119.318
Molise	-	3	-	-	-	3	106.593	104.447
Campania	4	25	6	4	2	41	142.294	155.939
Puglia	9	17	17	-	1	44	92.983	115.737
Basilicata	1	3	2	-	-	6	97.920	115.238
Calabria	3	8	5	1	-	17	118.317	139.874
Sicilia	8	36	6	2	2	54	93.538	108.694
Sardegna	1	8	1	4	-	14	119.672	126.183
<b>ITALIA</b>	<b>80</b>	<b>235</b>	<b>99</b>	<b>38</b>	<b>12</b>	<b>464</b>	<b>130.660</b>	<b>155.430</b>

Tabella I. Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario. Rielaborazione dati Istat 2013.

nella misura di 4,5 ogni 1000 nati/anno, aggregati ai reparti di pediatria, e le culle dei neonati sani pari a 15 ogni 1000 nati/anno.

Se esaminiamo il numero delle strutture ospedaliere pediatriche in Italia negli ultimi 10 anni, rileviamo, nei primi 7 anni, un numero complessivo intorno alle 500 Unità. Negli ultimi 3 anni la revisione della spesa sanitaria, con un taglio lineare complessivo dei posti letto e delle Unità ospedaliere complesse, ha contribuito a ridurre il numero ancora molto elevato delle strutture di pediatria, 464 nel 2012 (circa il 7,2%). Dai dati riportati appare evidente la presenza di 80 piccole, piccolissime sezioni ospedaliere pediatriche con un numero di posti letto da 1 a 5 (17,2%), con l'assoluta impossibilità di garantire le misure minime per la sicurezza del neonato in sala parto, e del bambino in Pronto Soccorso e nella degenza pediatrica: la guardia attiva medico-ostetrica e pediatrico-neonatologica 24 ore su 24. Complessivamente la guardia pediatrica attiva è presente 24 ore su 24 nel 70% delle strutture pediatriche, ma solo 167 hanno il Pronto Soccorso pediatrico (circa il 36%).

Dati interessanti emergono anche dall'analisi del bacino di utenza medio della popolazione generale per struttura pediatrica, che per l'Italia è pari a 130.660 abitanti. Solo 4 regioni hanno un bacino superiore a 150.000 abitanti, mentre 5 hanno un bacino di utenza inferiore a 100.000 abitanti. Si deve evidentemente tenere conto delle diverse condizioni oro-geografiche delle singole regioni, ma vale la pena ricordare che il Progetto obiettivo materno-infantile dell'anno 2000 raccomandava bacini di utenza pari a circa 200.000 abitanti, e norme rigorose per la sicurezza del paziente pediatrico.

È questo l'obiettivo che gradualmente dobbiamo raggiungere, tenuto conto di quanto avvenuto negli anni più recenti in ambito pediatrico, la diminuzione delle patologie acute, l'affermarsi di nuovi modelli assistenziali (il *day hospital*, l'osservazione breve intensiva ecc.) con una caduta della stessa natalità, destinata a prolungarsi nel tempo. Il primo passo potrebbe es-

sere quello di riconvertire le 80 piccole e pericolose strutture pediatriche ospedaliere, con una maggiore integrazione con il territorio, del resto prevista dal decreto Balduzzi e convertito in legge 8 novembre 2012, n. 189<sup>12</sup>. Devono essere infatti realizzate le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le Unità complesse di cure primarie (UCCP) con la creazione di nuclei complessi di cure primarie attive 24 ore su 24 per 7 giorni su 7 e la possibilità di eseguire esami diagnostici e accertamenti specialistici, come previsto dall'Art. 5 del Patto della salute per l'assistenza territoriale. Questa potrebbe essere una straordinaria occasione per riconvertire le piccole strutture ospedaliere.

Se i pediatri di famiglia, come prevede la legge, e i pediatri dipendenti sapranno inserirsi in modo attivo in questi nuovi modelli assistenziali, potranno non solo acquisire maggiore professionalità, ma anche contribuire forte-

mente a razionalizzare tutta l'assistenza pediatrica sia a livello ospedaliero che di territorio.

Un tentativo di verifica di quanto si potrebbe modificare il bacino di utenza medio riconvertendo le 80 piccole strutture dimostra un'evidente razionalizzazione dell'intero sistema assistenziale ospedaliero pediatrico. Il bacino medio nazionale si porta a circa 155.000 abitanti, tre regioni avrebbero un bacino di utenza medio di oltre 200.000 abitanti, 6 oltre i 150.000 e nessuna sotto i 100.000. La bozza del Decreto del Ministero della salute nel Regolamento recante la "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", attualmente in discussione alla Conferenza Stato-Regioni indica per la pediatria uno standard minimo del bacino di utenza pari a 150.000 abitanti e uno massimo di 300.000, a seconda della densità della popolazione.

**NUMERO DELLE STRUTTURE DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE ESISTENTI NELLE SINGOLE REGIONI E RAPPORTO CON I NATI VIVI ANNO 2012**

Regione	Numero delle strutture TIN	Nati vivi/Centri TIN
Piemonte, Valle d'Aosta	10	3793
Lombardia	19	4762
P. A. Bolzano	1	5035
P. A. Trento	1	5086
Veneto	12	3672
Friuli Venezia Giulia	2	4504
Liguria	5	2298
Emilia Romagna	9	4354
Toscana	7	4854
Umbria	2	3220
Marche	1	12.813
Lazio	12	4400
Abruzzo	4	2777
Molise	1	2266
Campania	16	3455
Puglia	9	3779
Basilicata	1	4328
Calabria	5	3437
Sicilia	17	2724
Sardegna	2	7786
<b>ITALIA</b>	<b>136</b>	<b>3880</b>

Tabella II. Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario. Rielaborazione dati Istat 2013.

## Le strutture di Terapia intensiva neonatale

Il numero complessivo delle strutture di TIN nell'anno 2012 (*Tabella II*) è pari a 136, una ogni 3880 nati vivi, con notevoli differenze interregionali: solo 4 regioni hanno un Centro per più di 5000 nati vivi (P.A. Bolzano, P.A. Trento, Marche e Sardegna), 6 ne hanno uno ogni 4000, 6 uno ogni 3000, e 4 regioni hanno un Centro ogni 2000 nati circa (Liguria, Abruzzo, Molise e Sicilia).

Un lavoro importante che descrive la situazione italiana è stato pubblicato da C. Corchia e M. Orzalesi nel 2007<sup>13</sup>. Il numero delle strutture di Terapia intensiva considerate era pari a 125 e comprendeva circa il 90% dei nati vivi. Il numero medio annuo di assistiti di peso inferiore a 1500 g per Centro è pari a 34, ma un quarto delle strutture ricovera meno di 16 piccoli pazienti all'anno. Se esaminiamo le realtà regionali, ritroviamo sezioni di TIN con pochi letti (2-3 letti), inserite nell'ambito di Unità complesse di pediatria. Quindi piccole sezioni di TIN con bassi volumi di attività e scarse qualità assistenziali. La mortalità era più elevata nelle regioni del Sud Italia a causa delle condizioni socio-economiche più svantaggiate, ma anche per la differente qualità delle cure e dei modelli organizzativi adottati.

Studi internazionali, pubblicati sul *NEJM* nel 2007<sup>14</sup>, e non solo<sup>15,16</sup>, dimostrano che i livelli di mortalità nei neonati con peso alla nascita molto basso (meno di 1500 g) sono strettamente correlati con la qualità delle cure, ma anche con i volumi di attività (il numero dei bambini di peso inferiore a 1500 g assistiti all'anno). Livelli accettabili di assistenza si avevano solo con almeno 50 soggetti ad alto rischio assistiti all'anno, anche se i risultati migliori si realizzavano con volumi superiori a 100 neonati di peso inferiore a 1500 g all'anno, senza evidentemente considerare le assai probabili economie di scala.

La Conferenza unificata Stato-Regioni ha pubblicato sulla *GU* del gennaio 2011 le Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appro-

priatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Fra gli standard operativi indica almeno 50 neonati di peso inferiore a 1500 g all'anno e un bacino di utenza di almeno 5000 nati all'anno. In altri Paesi il bacino di utenza è indicato fra i 7000 e i 12.000 parti all'anno. Nelle grandi aree urbane e nelle regioni virtuose (valga come esempio la regione Marche) potrebbero essere previsti questi standard che permetterebbero di migliorare la qualità dell'assistenza con importanti economie di scala.

Nelle aree disagiate (che in Italia sono molto poche) si potrebbero prevedere standard più bassi, ma non inferiori a 3500 parti all'anno. Sarebbe sufficiente in Italia rendere obbligatorio lo standard di almeno 50 neonati di peso inferiore a 1500 g all'anno per Centro per determinare la chiusura di almeno il 20-25% delle attuali strutture o sezio-

ni di terapia intensiva neonatale con bassi volumi di attività e standard qualitativi non adeguati.

Rimane poco modificata la situazione relativa al trasporto in emergenza del neonato, già indagata nel 2007 in collaborazione con il Ministero della Salute. Siamo passati da 12 a 14 regioni con copertura totale (si è aggiunta la regione Molise con un progetto finalizzato e la regione Piemonte che, pur con problemi di coordinamento, ha avviato il trasporto neonatale in emergenza); copertura parziale o inadeguata in Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna; copertura assente in Abruzzo, Umbria, Basilicata e Calabria.

## L'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri

Il numero troppo elevato di piccole strutture ospedaliere pediatriche interferisce profondamente e negativamente su qualità e sicurezza delle prestazioni assistenziali. Non vi è inoltre

### DIMISSIONI OSPEDALIERE NEONATALI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO - ANNO 2011

Regione di residenza	Dimissioni 0-28 giorni	Numero totale di nati	Percentuale sui nati
Piemonte	14.840	37.551	39,5
Valle d'Aosta	309	1204	26,6
Lombardia	36.078	90.676	39,8
P.A. Bolzano	1384	5272	26,2
P.A. Trento	1166	5295	22,0
Veneto	10.229	44.927	22,8
Friuli V.G.	2430	9622	25,2
Liguria	4202	11.128	37,7
Emilia Romagna	12.541	39.751	31,5
Toscana	8192	31.366	26,1
Umbria	2421	7734	31,3
Marche	3188	13.542	23,5
Lazio	16.666	52.089	32,0
Abruzzo	4076	10.179	40,0
Molise	964	2218	43,4
Campania	14.306	55.674	25,7
Puglia	14.251	33.788	42,2
Basilicata	1404	4301	32,6
Calabria	5204	17.131	30,4
Sicilia	12.785	44.672	28,6
Sardegna	4856	12.650	38,4
<b>ITALIA</b>	<b>171.492</b>	<b>530.770</b>	<b>32,3</b>

Tabella III. Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario. Elaborazione dati Istat 2013.

**MESSAGGI CHIAVE**

- ❑ Una non corretta politica sanitaria ha determinato un'abnorme moltiplicazione delle strutture pediatriche e neonatologiche nel nostro Paese.
- ❑ Al contrario, la natalità, negli ultimi 50 anni, si è praticamente dimezzata, mentre sono diminuite le patologie acute ed emergono, con sempre maggiore rilevanza, le patologie croniche.
- ❑ Le piccole strutture pediatriche e neonatologiche, prive di una guardia attiva pediatrico-neonatologica e medico-ostetrica, con una casistica insufficiente ad assicurare una buona professionalità degli operatori, aumentano notevolmente il rischio clinico e quello di inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri.
- ❑ Una riorganizzazione del sistema assistenziale ospedaliero pediatrico, con un modello "hub and spoke" che utilizzi correttamente l'osservazione breve intensiva, il day-hospital e le funzioni ambulatoriali, strettamente collegate con le Unità complesse di cure primarie e i pediatri di libera scelta, potrebbe migliorare notevolmente la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza pediatrica, riducendo anche le spese ospedaliere (fare meglio con meno).
- ❑ È indispensabile l'istituzione di un Tavolo tecnico presso il Ministero della Salute per condividere un progetto unitario tra Società Italiana di Pediatria, Federazione Italiana Medici Pediatri e Associazione Culturale Pediatri per migliorare la sicurezza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria nell'area pediatrica e adolescenziale.

*L'Autore è stato Primario di Pediatria presso l'Ospedale di Melegnano (MI) e ha fatto parte della Commissione nazionale per i Livelli essenziali di assistenza.*

**Conflitto di interesse:** nessuno

**Indirizzo per corrispondenza:**

Lodovico Perletti

e-mail: [lodovicoperletti@virgilio.it](mailto:lodovicoperletti@virgilio.it)

dubbio che questa situazione comporti anche un elevato rischio di inappropriatazza clinica e organizzativa delle prestazioni e in particolare dei ricoveri ospedalieri.

Nel 2011 il tasso di ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario per soggetti 0-14 anni era ancora molto elevato, complessivamente pari al 75,9%<sup>17</sup>, in lieve diminuzione nel 2012 e 2013 (-3,5% circa all'anno). Molte regioni hanno tassi più elevati, pressoché doppi rispetto ad altri Paesi europei come Spagna e Inghilterra che hanno valori tra il 40% e il 50% circa. Queste regioni non sono solo nel Sud Italia, dove tali tassi potrebbero in parte essere giustificati da difficili realtà sociali ed economiche.

Non vogliamo qui affrontare questa importante criticità del Sistema Sanitario; riportiamo tuttavia alcuni dati mai pubblicati (*Tabella III*) relativi alle dimissioni ospedaliere neonatali in regime di ricovero ordinario nell'anno 2011 (la percentuale delle dimissioni ospedaliere 0-28 giorni) rispetto al numero dei nati nelle singole regioni.

A fronte di uno standard ottimale intorno al 22-25%, e a una media nazionale, già alta, del 32,3%, colpiscono le percentuali molto elevate di ricovero neonatale (circa il 40%) in 7 regioni italiane: Piemonte, Lombardia, Liguria, Abruzzo, Molise, Puglia e Sardegna.

### **LA CRISI DI UN SISTEMA SANITARIO: QUALCHE SPERANZA PER IL FUTURO**

Dai dati riportati appare evidente che il numero delle strutture ospedaliere pediatriche in Italia è stato determinato più da scelte di politica sanitaria regionale e locale che da una vera e corretta programmazione a livello nazionale. La riforma del Titolo V della Costituzione ha determinato una forte autonomia delle regioni in tema di organizzazione sanitaria, senza che fossero previsti adeguati controlli di qualità e la definizione di standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni e delle strutture, al fine di garantire l'appropriatezza, la sicurezza e l'uniformità dell'assistenza sanitaria in tutto il Paese.

Il Ministero della Salute, con la collaborazione delle Società scientifiche di pediatria e neonatologia e con il contributo dell'Associazione Culturale Pediatri, ha elaborato negli anni Linee guida, Progetti obiettivo, Atti di indirizzo, e più recentemente Accordi Stato-Regioni che sono stati in gran parte disattesi. Basti pensare che, malgrado l'Accordo del 20 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione e l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" prevedesse la chiusura dei punti nascita in cui si effettuano meno di 500 parti all'anno, sono ancora 128 le strutture che non raggiungono tale numero minimo di parti<sup>18</sup>.

In realtà nella maggior parte dell'area pediatrica ospedaliera è possibile, con una buona organizzazione, fare meglio migliorando la qualità dell'assistenza, riducendo anche i costi (fare meglio con meno). La popolazione stessa, quando coinvolta da operatori sanitari seri e preparati, di solito accetta il cambiamento, sempre che vengano garantiti buoni livelli qualitativi in un ospedale vicino, anche se non proprio sotto casa.

Non dobbiamo tuttavia disperare; i provvedimenti legislativi previsti dal Parlamento potranno favorire un cambio di direzione. Si parla insistentemente di riforma del Titolo V, con regolamentazione a livello centrale per la definizione degli standard, il controllo e la valutazione delle attività assistenziali; verrà inoltre realizzato un elenco unico dei Direttori generali il cui profilo professionale dovrà essere legato a un preciso curriculum e non a soli meriti politici. Il Direttore generale sarà tenuto a rispondere del raggiungimento di obiettivi economici, ma anche al rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Infine, in ambito più strettamente pediatrico, dovrà essere istituito un Tavolo tecnico presso il Ministero della Salute per condividere un progetto unitario tra SIP, FIMP e ACP. L'obiettivo deve essere quello di migliorare la sicurezza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria nell'area pediatrica e adolescenziale.

**Bibliografia**

1. Legge 12 febbraio 1968, n. 132, Enti Ospedalieri e assistenza ospedaliera, GU 12 marzo 1968.
2. Perletti L, Gargantini G, Nedbal M, Martelli A, Focarile F. La realtà pediatrica ospedaliera italiana agli inizi degli anni '90. Indagine condotta dal Gruppo di lavoro di pediatria ospedaliera. Riv Ital Pediatr 1991;17(6):712-7.
3. Perletti L, Gargantini G, Camera T, et al. Lo stato attuale dell'assistenza pediatrico-ospedaliera in Italia. Riv Ital Pediatr 1995; 21(Suppl. al n. 3):23-34.
4. Lispi L, Alfò M. L'assistenza ospedaliera pediatrica: il quadro generale della situazione italiana. Ospedale e Territorio 2000;1:1-8.
5. Longhi R, Minasi D. Indagine della Società Italiana di Pediatria sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia: dati preliminari. Genova 15-18 ottobre 2008 - 64° Congresso Nazionale SIP. Minerva Pediatrica Atti 2008; 60(5):823-35.
6. Tamburini G, Macaluso A, Ronfani L. Rapporto sullo stato di salute dei bambini in Italia. Centro per la Salute del Bambino-onlus, 2005.
7. Il Progetto obiettivo materno-infantile. GU 7 giugno 2000, 131 Suppl. n. 89.
8. I servizi sanitari per l'età evolutiva. Associazione Culturale Pediatri, Documenti ACP 1999 e 2005.
9. Atto di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Accordo 16 dicembre 2010, GU 152°, n. 13.
10. Libro bianco 2011 - La salute dei bambini. Stato di salute e qualità dell'assistenza della popolazione in età pediatrica nelle regioni italiane. Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane e Società italiana di Pediatria. Ed. Prex 2011. [http://sip.it/wp-content/uploads/2012/01/Libro\\_Bianco\\_2011.\\_La\\_salute\\_dei\\_bambini.pdf](http://sip.it/wp-content/uploads/2012/01/Libro_Bianco_2011._La_salute_dei_bambini.pdf).
11. Documento dell'ACP - La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria? Il punto di vista e le proposte dell'ACP. Giugno 2014.
12. Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. G U n. 263, 10 novembre 2012.
13. Corchia C, Orzalesi M. Geographic variations in outcome of very low birth weight infants in Italy. Acta Paediatrica 2007; 96:35-8.
14. Phibbs CS, Baker LC, Caughey AB, Danielson B, Schmitt SK, Phibbs RH. Level and volume of neonatal intensive care and mortality in very-low-birth-weight infants. N Engl J Med 2007;356:2165-75.
15. Phibbs CS, Bronstein JM, Boxton E, Phibbs RH. The effects on patient volume and level of care at the hospital of birth on neonatal mortality. JAMA 1996;276(13): 1054-9.
16. Cifuentes J, Bronstein J, Phibbs CS, Phibbs RH, Schmitt SK, Carlo WA. Mortality in low birth weight infants according to level of neonatal care at hospital of birth. Pediatrics 2002;109:745-51.
17. Ministero della Salute. Direzione generale Sistema informativo e statistico sanitario. SDO 2013.
18. Marchetti F (a cura di). News box. Ancora 128 punti nascita con meno di 500 parti all'anno. Avrebbero dovuto chiudere tre anni fa. Medico e Bambino 2014;33(3): 155-6.