

CHI SI DEVE PRENDERE CURA DEI BAMBINI CRITICI E DOVE

Sono ancora rari gli ospedali in Italia in cui sia possibile accogliere adeguatamente un bambino critico. Spesso, dopo la stabilizzazione, i bambini vengono ricoverati in Centri per adulti che non sempre soddisfano i migliori criteri di eccellenza per l'assistenza pediatrica.

Secondo uno studio recente pubblicato dal Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva (GiViTi), tra il 2003 e il 2007, 1265 bambini con patologia grave (per l'85% provenienti dallo stesso ospedale) sono stati ricoverati in Terapie Intensive (TI) per adulti, ricevendo uno standard di cure inferiore a quello di una Terapia Intensiva Pediatrica¹. Per ragioni che vanno dalla scarsa esperienza con i bambini critici alla mancanza di attrezzature idonee, il bambino ricoverato in TI adulti risulta infatti esposto a potenziali errori nella valutazione e negli interventi, soprattutto se il ricovero è prolungato. Negli ultimi anni, lo spostamento epidemiologico della patologia pediatrica acuta e critica da acuzie infettive, simili a quelle dell'adulto, ad acuzie correlate a patologia cronica e rara decisamente più complesse, ha messo sempre più in evidenza i limiti di questo sistema assistenziale. La risposta organizzativa a questa difficoltà è stata avanzata dalla Società Italiana di Pediatria che recentemente ha proposto di riformare l'organizzazione pediatrica ospedaliera per livelli crescenti di intensità di cure di modo che sia sempre possibile un riferimento ad un livello superiore da parte di ciascun nodo della rete²:

- Pronto Soccorso e Pediatria d'Urgenza del DEA pediatrico;
- Terapia Sub-Intensiva Pediatrica (TsIP), per l'assistenza dei bambini non critici ma che richiedono un monitoraggio intensivo delle funzioni vitali;
- Terapia Intensiva Pediatrica (TIP), per il trattamento intensivo dei bambini critici.

È stato inoltre proposto che laddove l'Ospedale non disponesse di TIP, la Terapia Intensiva Neonatale (TIN), con posti di terapia intensiva per la prima infanzia, dovrebbe farsi carico dei ricoveri dei bambini più piccoli mentre le terapie intensive degli adulti dovrebbero essere di supporto ai bambini più grandi in attesa del trasporto in TIP.

Se attuata, questa proposta sarà un'autentica rivoluzione per il mondo della pediatria, non solo perché spingerà a ridefinire l'assetto interno dei reparti ospedalieri, ma anche perché porterà inevitabilmente a reinterpretare le competenze del pediatra.

La nascita di questo nuovo modello assistenziale dovrà infatti essere necessariamente affiancata dall'istituzione di un percorso formativo volto a definire la figura del pediatra intensivista, così come è avvenuto per il neonatologo quando sono nate le terapie intensive neonatali. Anche se per molti pediatri la figura dell'intensivista è ancora considerata un mito inavvicinabile, nella pediatria internazionale è già da molti anni una realtà.

Negli Stati Uniti, nel Regno Unito, in Canada, in Germania, e in molti altri Paesi del cosiddetto mondo occidentale il pediatra intensivista è una figura "certificata" dalle società scientifiche dopo un preciso processo formativo che inizia durante la specializzazione e si completa nei tre anni successivi.

Ma in che cosa è specializzato un pediatra intensivista³? Prima della nascita delle terapie intensive pediatriche anche nei Pa-

si più avanzati vigeva l'antica e venerata tradizione dell'attesa vigile al letto del malato, non sempre compresa dai genitori che spesso si domandavano se non si potesse fare qualcosa di più in attesa che facessero effetto le cure. Rispetto al pediatra che tratta la patologia, il pediatra intensivista si occupa di gestire l'insufficienza d'organo prescindendo dalla patologia di base, sostenendo le funzioni vitali finché la patologia non si è risolta. Il pediatra intensivista gestisce ogni tipo di criticità, aiutando in particolare la funzione cardiorespiratoria, si occupa di facilitare il compito degli altri specialisti rendendo procedure invasive o fastidiose più sopportabili, aiuta in caso di accessi vascolari difficili e si adopera per alleviare le sofferenze nelle condizioni di fine vita.

In Italia, in questi ultimi venti anni, la Direzione della Scuola di Specializzazione ha prediletto inizialmente le diverse specialità della Pediatria, per poi orientarsi in tempi più recenti verso una visione olistica, globale, delle cure del bambino. È evidente che per i molteplici sbocchi lavorativi cui può indirizzarsi il pediatra nessun modello formativo potrà mai essere interamente soddisfacente. Tuttavia, la riorganizzazione della rete pediatrica ospedaliera potrebbe stimolare i Direttori delle Scuole di Specializzazione a ridefinire il percorso dello specializzando in Pediatria, consentendo una maggiore personalizzazione delle rotazioni.

Per un giovane che intenda avvicinarsi alla terapia intensiva pediatrica, la complessità delle procedure da utilizzare (intubazione, accessi vascolari centrali), la difficoltà ad entrare in una mentalità più diretta e attiva, ma soprattutto l'ansia di inserirsi in un ambiente ancora colonizzato da altri specialisti sono tutti ostacoli che appaiono insuperabili. In realtà i progressi tecnologici (ecografia, fibre ottiche), le nuove metodologie di formazione, e la possibilità di addestrarsi in terapie intensive gestite interamente da pediatri, possono aumentare notevolmente le prestazioni dei giovani volenterosi e metterli in condizione, in poco tempo, di turnare in terapia intensiva pediatrica, come testimoniano le scuole di Roma, Padova e Verona.

In conclusione, è verosimile che la necessità di offrire cure migliori rispettando il tetto della spesa sanitaria porterà a ridefinire le competenze della pediatria ospedaliera che sempre più dovrà limitare l'attività alle patologie acute complesse e alle croniche riacutizzate. Non appena questo processo di riorganizzazione si diffonderà in tutte le realtà ospedaliere il pediatra intensivista sarà una priorità formativa della Pediatria. Per fortuna oggi abbiamo tutti gli strumenti perché questo possa avvenire in tempi brevi.

Bibliografia

1. Cogo PE, Poole D, Codazzi D, et al. Outcome of children admitted to adult intensive care units in Italy between 2003 and 2007. *Intensive Care Med* 2010;36:1403-9.
2. Malattie acute complesse e terapia intensiva e subintensiva pediatrica: rapporti con la rete. Quaderni del Ministero della Salute n. 16, luglio-agosto 2012, p. 49.
3. Pollack MM, Katz RW, Ruttimann UE, Getson PR. Improving the outcome and efficiency of intensive care: the impact of an intensivists. *Crit Care Med* 1988;16:11-7.

Paola Papoff, Corrado Moretti

*UOC Pediatria d'Urgenza e Terapia Intensiva
Policlinico Umberto I, Università "La Sapienza", Roma*