

# Il ricovero dei bambini in ospedale

Paolo Siani<sup>°</sup>, Giuseppe Cirillo<sup>°°</sup>

<sup>°</sup> AORN "A. Cardarelli", UOC di Pediatria, ACP Campania

<sup>°°</sup> Servizio di Programmazione - Dipartimento Socio-Sanitario ASL Na 1, Centro Studi Interistituzionale del Comune di Napoli ASL Na 1, ACP Campania

## Abstract

### Children's hospitalization in Italy

*In the year 2001, 1.443.000 children aged under 18 have been discharged from public and private hospitals, with an hospitalization rate of 104 every 1000 children in ordinary hospital stay (116 in 1998) and 39 every 1000 children for day-hospital admissions. These are data notified by the Italian Ministry of Health and extracted from the hospital discharge forms now used in every local health district. Respiratory disease are the main cause of hospital admission for children under 14 years of age (20.5%), followed by perinatal diseases (12.3%), accidents and poisonings (27.4%), gastroenteric diseases (13.4%), osteoarticular diseases not due to trauma (6.9%), genitourinary diseases (5.4%), neurological diseases (4.6%), oncological diseases (2.8%). The medium hospital stay was 4.47 days (in 1999 was 4.62 days), going from a medium of 3.6 days for children from 1-14 years to 4.3 days for adolescents. Moreover, almost 30% of children 0-14 years of age were admitted in adult wards and only 12.2% of adolescents (15-17 years) were treated in paediatric wards.*

Quaderni acp 2004; 11(3): 103-105

**Key words** Children hospital admission. Diagnosis. Hospital stay. Social needs. Hospital migration.

*Il numero di bambini con età inferiore a 18 anni, dimessi nel 2001 da tutte le strutture di ricovero, pubbliche e private, è stato di 1.443.000, con un tasso di ospedalizzazione di 104 per 1000 bambini in degenza ordinaria (era 116 nel 1998) e 39 per 1000 per i ricoveri in day hospital. Questi i dati resi noti dal Ministero della Salute, rilevati dalle schede di dimissione ospedaliera utilizzate ormai da tutte le UO di Pediatria. La principale causa di ricovero per i bambini fino a 14 anni di età è costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio (20,5%); seguono le condizioni morbose di origine perinatale (12,3%), i traumatismi e gli avvelenamenti (27,4%), poi le malattie dell'apparato gastroenterico (13,4%), le patologie osteoarticolari non traumatiche (6,9%), le malattie dell'apparato genitourinario (5,4%), le malattie neurologiche (4,6%), i tumori (2,8%). La degenza media è stata di 4,47 giorni (nel 1999 era di 4,62), ma si passa da 3,6 giorni per i bambini di età 1-14 anni a 4,3 giorni per l'età adolescenziale. Inoltre, quasi il 30% dei bambini con età 0-14 anni viene ricoverato in reparti per adulti e solo il 12,2% degli adolescenti (15-17 anni) viene assistito in reparti pediatrici.*

**Parole chiave** Ricoveri dei bambini. Causa di ricovero. Durata della degenza. Disagio Sociale. Migrazione ospedaliera

Il Ministero della Salute ha reso noto i dati sull'ospedalizzazione dei bambini in Italia nel 2001, analizzando le schede di dimissione ospedaliera utilizzate ormai da tutte le UO di Pediatria. Si tratta di un rapporto utile per chi si occupa della salute dei bambini, gli operatori ospedalieri, ma soprattutto per chi si occupa di programmazione, di razionalizzazione delle risorse, gli assessori alla sanità, i direttori generali delle aziende ospedaliere.

Nell'introduzione breve panoramica sui due dati più importanti per chi si occupa di cure pediatriche: il tasso di fecondità e la

mortalità infantile, denominatori indispensabili per poter leggere i dati sull'ospedalizzazione pediatrica.

Il tasso di fecondità totale è attualmente di 1,24 figli per donna in età feconda, l'età media al parto per le donne italiane è di 30 anni (nel 1960 era di 26). Questi due dati collocano l'Italia tra i Paesi a più bassa fecondità nel mondo.

Se le regioni meridionali (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia) hanno un tasso di fecondità superiore alla media nazionale che varia da 1,47 della Campania a 1,41 della Sicilia, tutte le Regioni dell'a-

rea centro-settentrionale, con l'eccezione del Trentino, della Valle d'Aosta e del Veneto, hanno livelli di fecondità inferiori alla media nazionale: 1 per Liguria; 1,1 per Toscana, Friuli, Piemonte, Umbria ed Emilia-Romagna; 1,2 per Veneto e Lombardia. La mortalità infantile è scesa negli ultimi 25 anni di quasi l'80%: da 20,5 per 1000 nati vivi nel 1975 a 4,3 nel 2000. Se si considera la sola mortalità neonatale (cioè decessi avvenuti nelle prime 4 settimane di vita), si registrano tassi molto bassi in Friuli (1,5 per 1000 nati vivi), 2 in Veneto, 2,3 in Toscana e Marche; la Sicilia fa registrare 4,8 morti per 1000 nati vivi, Molise e Calabria 4,6, Puglia 4,1. Circa il rapporto fra struttura ed efficacia in Friuli-Venezia Giulia l'identificazione di 2 poli di Terapia intensiva neonatale, il trasporto neonatale in emergenza e il trasporto in utero (cioè la concentrazione dei parti a rischio nelle due strutture di riferimento) hanno reso il piano sanitario regionale un esempio di buone pratiche per tutte le altre regioni, con una riduzione esemplare del tasso di mortalità neonatale (1,1 per mille).

## Ospedali e ricoveri

Ci sono in Italia 13 ospedali pediatrici (cioè strutture ospedaliere dedicate ai soli bambini), definiti di eccellenza. Questi dovrebbero avere valenza sovrazionale, bacini di utenza non inferiori ai 5 milioni di abitanti e servizi speciali complementari: laboratori, radiodiagnostica, rianimazione, cardiologia, oculistica, otorino, dermatologia, reumatologia, endocrinologia, urologia, nefrologia, emodialisi, neurochirurgia, gastroenterologia, centro ustioni, chirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia plastica, cardiocirurgia, malattie infettive, neurologia e neuropsichiatria, terapia intensiva e terapia intensiva neonatale. Invece solo pochi rispondono a queste caratteristiche, penalizzando fortemente l'assistenza ospedaliera ai bambini.

Il numero di bambini con età inferiore a 18 anni dimessi nel 2001 da tutte le strutture di ricovero, pubbliche e private, è stato di 1.443.000, con un tasso di ospedalizzazione di 104 per 1000 bambini in degenza

Per corrispondenza:  
Paolo Siani  
e-mail: [paolo.siani@fastwebnet.it](mailto:paolo.siani@fastwebnet.it)

organizzazione sanitaria

ordinaria (era 116 per mille nel 1998) e 39 per 1000 per i ricoveri in day hospital (DH). In verità, se al 104 per mille di oggi aggiungiamo il 39 per mille dei ricoveri in DH, la riduzione diventa molto dubbia, anzi assente.

Nonostante rispetto agli anni precedenti ci sia stata una riduzione di circa il 2,5% nel numero complessivo di ricoveri in regime di degenza ordinaria, il tasso di ospedalizzazione pediatrica nel nostro Paese è ancora molto superiore a quello del Regno Unito e della Spagna, che si attestano su 50-60 ricoveri per 1000 bambini, e degli USA che hanno un tasso di ospedalizzazione per i bambini fino a 15 anni, esclusi i neonati, di 40 per 1000. Se poi si considera il tasso di ricovero solo nel primo anno di vita, si arriva a 547 per mille, in sostanza più della metà dei bambini nel nostro Paese viene ricoverato! Su questo dato il rapporto ministeriale nulla dice.

La situazione è eterogenea nelle varie Regioni: si passa da un tasso di ospedalizzazione di 161 per mille in Liguria, Sicilia, Marche e Abruzzo; da 100 a 112 per mille in Campania, Calabria, Emilia e Veneto, al 63 per mille in Friuli-Venezia Giulia.

Le cause di ricovero sono raccolte in base alle classi di DRG che sono usati per valori economici, ma poco ci dicono sulla realtà clinica. Riferiamo semplicemente che la principale causa di ricovero per i bambini fino a 14 anni di età è costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio (20,5%); seguono le condizioni morbose di origine perinatale (12,3%), i traumatismi e gli avvelenamenti (27,4%), poi le malattie dell'apparato gastroenterico (13,4%), le patologie osteoarticolari non traumatiche (6,9%), le malattie dell'apparato genitourinario (5,4%), le malattie neurologiche (4,6%), i tumori (2,8%). Quasi il 50% della casistica trattata in modalità di ricovero ordinario è rappresentata dai 10 DRG elencati in *tabella 1*, i quali, ancora, non ci danno informazione sulla qualità della casistica e tanto meno sulla sua appropriatezza ospedaliera.

La degenza media è stata di 4,47 giorni (nel 1999 era di 4,62), ma si passa da 3,6 giorni per i bambini di età 1-14 anni a 4,3 giorni per l'età adolescenziale.

Quanti di questi bambini potevano essere trattati senza troppe difficoltà al proprio domicilio, e non con 4 giorni di degenza? Per quanti si è trattato di ricoveri impropri, come ammettono gli stessi estensori del rapporto? Essi si limitano ad auspicare per

**TABELLA 1: I DIECI DRG PIÙ FREQUENTI**

Esofagite, gastroenterite e miscelanea app. digerente	DRG	184	(10,8%)
Neonati a termine con affezioni maggiori	"	389	(6,3%)
Tonsillectomia	"	60	(6%)
Otite media e infezioni alte vie respiratorie	"	70	(5,6%)
Neonati con altre affezioni significative	"	390	(5,4%)
Bronchite e asma	"	98	(5%)
Cefalea e convulsioni	"	26	(3,5%)
Polmonite semplice e pleurite	"	91	(2,8%)
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	"	467	(2,7%)
Appendicectomia non complicata	"	167	(2,1%)

un efficace filtro e un contenimento di questo fenomeno un'osservazione breve in pronto soccorso e la presenza di una guardia pediatrica 24/24 ore nei reparti pediatrici. L'utilizzo della modalità del ricovero in day hospital è molto eterogeneo nelle varie regioni; il Molise non utilizza, abbastanza inspiegabilmente, né il day hospital né il day surgery. Le regioni centro-settentrionali utilizzano questa modalità di ricovero molto più frequentemente di quelle meridionali. Secondo gli autori del rapporto i day hospital non dovrebbero superare il 25% dei ricoveri ordinari nei reparti di pediatria generale, così come non si dovrebbero far passare per day hospital prestazioni a carattere esclusivamente ambulatoriale. L'attività di day surgery nel 2001 è stata utilizzata solo nel 30% della patologia chirurgica infantile. Solo Friuli, Veneto, Umbria e Trento hanno valori superiori al 50%; Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana sono al 45%; tutte le altre e tutte le regioni meridionali hanno valori molto bassi. In Canada, Regno Unito e Australia il numero degli interventi chirurgici in day surgery supera il 50%. Il rapporto porta una critica del tutto condivisibile al sistema dei DRG (introdotto in Italia nel 1995) che ha di fatto generato, per mancanza di adeguati controlli, un aumento dei ricoveri non necessari e il trasferimento opportunistico di prestazioni verso i livelli assistenziali più remunerativi.

Gli estensori del rapporto in pratica si pongono il problema dell'appropriatezza dei ricoveri pediatrici e ricordano come nel DPCM del novembre 2001 vengano individuati 43 DRG come ad alto rischio di inappropriatezza, per i quali occorre individuare altre modalità di erogazione delle prestazioni. Inoltre quasi il 30% dei bambi-

ni con età 0-14 anni viene ricoverato in reparti per adulti e solo il 12,2% degli adolescenti (15-17 anni) viene assistito in reparti pediatrici. Noi speriamo che una risposta più accurata venga dalla indagine dell'ACP, ormai prossima ad essere pubblicata, sulla appropriatezza dei ricoveri nelle UO di Pediatria.

#### La migrazione

Un altro fenomeno preso in considerazione nel rapporto è quello della mobilità ospedaliera, fenomeno abbastanza rilevante nel nostro Paese. Essa si attesta sull'8,3%, e può essere utilizzata come indicatore di ineguaglianze nell'accesso ai servizi. Le Regioni di fuga sono Valle d'Aosta, Basilicata, Molise, Umbria, Trentino, Abruzzo e Calabria. Per alcune di queste va detto che si tratta di piccole aree, e quindi la scelta di ricoveri in sedi altrettanto vicine rispetto a quelle di area difficilmente può essere considerata una "fuga". Le aree di attrazione sono la Lombardia, il Lazio, il Veneto e la Liguria. Vengono suggerite al termine del rapporto alcune possibili soluzioni per una migliore utilizzazione delle risorse, e vengono indicati: il potenziamento delle attività ambulatoriali a scapito di quelle di ricovero, l'istituzione nei PS di un'area di osservazione breve, e il riconoscere un maggior ruolo al pediatra di libera scelta.

#### Un commento

Il tasso di ospedalizzazione relativo al 2001, reso noto dal Ministero della Salute (104 per mille più il DH), è uno dei più alti in Europa, ma quello che viene messo in evidenza è l'eterogeneità del valore nelle varie regioni d'Italia.

Gli estensori del rapporto sottolineano che gli elevati tassi di ospedalizzazione pongono

no qualche dubbio sui modelli organizzativi adottati dalle varie Regioni che appaiono poco attente a un corretto utilizzo delle risorse disponibili e alle vere necessità del bambino e della sua famiglia. Inoltre viene sottolineata la mancanza di una vera continuità assistenziale sul territorio e in ospedale e di un efficace filtro. Su questo punto essenziale non si avanzano però suggerimenti di soluzioni: in sostanza sono i pediatri di libera scelta che devono estendere la loro attività in tutta l'area delle cure primarie o devono essere i PS ospedalieri ad aumentare struttura e personale? Il Ministro Sirchia pensa di seguire quest'ultima strada. Le regioni non accettano di aumentare gli organici dei PS istituendone di pediatrici. La variabilità regionale viene sottolineata, ma il rapporto non prende in considerazione lo stato sociale dei bambini che vengono ricoverati nei nostri ospedali.

Nell'accesso al ricovero in età pediatrica gioca un ruolo rilevante la condizione sociale della famiglia, come maggior ricorso ai servizi ospedalieri piuttosto che ai servizi di primo livello. Numerose ricerche hanno dimostrato che i bambini e le famiglie in stato di disagio psicosociale si rivolgono al PS ospedaliero per ogni bisogno di salute e spesso i bisogni espressi non riguardano la salute in senso stretto (1).

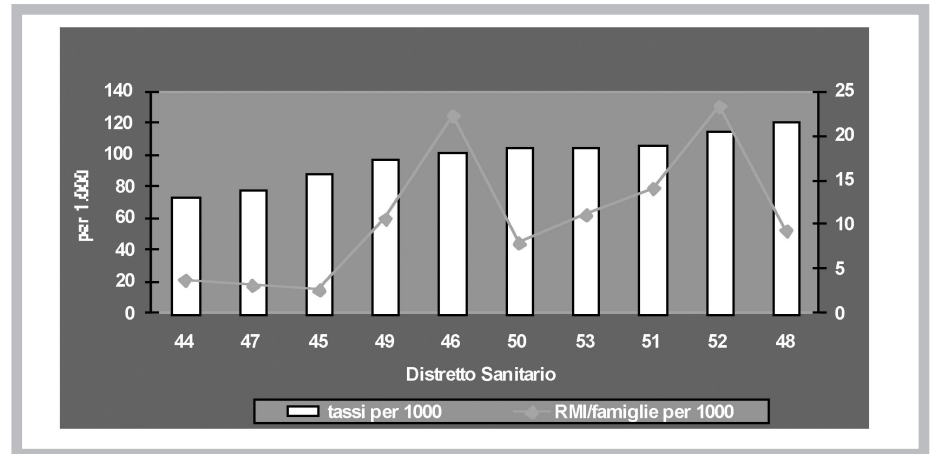
Ogni operatore ospedaliero sa che le UO pediatriche sono affollate di bambini a rischio sociale che bypassano il pediatra di famiglia e che chiedono il ricovero per patologie banali che potrebbero essere affrontate e risolte al proprio domicilio; ma non avendo queste famiglie i mezzi, economici e culturali, per affrontare questi problemi, demandano tutto all'ospedale. Numerosi ricerche hanno anche dimostrato che questi bambini si ricoverano anche 2-3 volte in un anno per le stesse banali patologie (2).

L'ospedale in pratica diventa un contenitore di disagio sociale, che non potrà far altro che ricoverare in maniera "inappropriata" questi bambini, dando così risposte sanitarie a quelli che sono prevalentemente bisogni sociali (3).

In quest'ottica le differenze regionali riscontrate (con l'eccezione della sola Liguria) potrebbero rappresentare, oltre che differenti attitudini regionali al ricovero (dei cittadini e/o delle strutture), una diversa concentrazione di fasce sociali disagiate nelle varie Regioni. (bias di confondimento per condizione sociale).

Nel tentativo di comprendere questa com-

**FIGURA 1: RICOVERI 0-14 ANNI E CORRELAZIONE CON RMI (R = 0,64; P = 0,05) RMI (REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO)**



ponente nell'ambito del Piano di zona 2002-2004 del Comune di Napoli, all'interno di un set di indicatori integrati, utilizzato come sostegno alle decisioni programmatiche, è stato definito il fenomeno dei ricoveri pediatrici relativi all'anno 2001, articolati per residenza delle famiglie nei dieci distretti sanitari della città (coincidenti con le unità territoriali di base del Piano di zona e comprendenti ciascuno due o tre quartieri).

I ricoveri pediatrici ordinari per acuti, per tutte le cause e per le cause a forte rischio di inappropriatazza, risultano più alti nei quartieri a maggiore concentrazione di disagio sociale. Ma soprattutto c'è una forte correlazione con il numero di soggetti che percepivano il Reddito Minimo di Inserimento (RMI). L'approccio al fenomeno "ricovero pediatrico" deve tener conto, quindi, anche della condizione sociale ed è necessario ricondurlo anche alla dimensione territoriale e popolazionistica e non alla sola dimensione meramente ospedaliera (figura 1).

### I correttivi

I correttivi per contrastare il ricovero improprio in Pediatria che vengono suggeriti nel rapporto, che sono in realtà molto generici, come si è detto sopra, non possono non tener conto dei determinanti sociali del ricovero ospedaliero e non possono limitarsi a misure interne alla struttura ospedaliera, che hanno sempre mostrato limiti invalicabili nella valutazione della necessità del ricovero quando i familiari non mostrano di essere in grado di curare il proprio figlio in modo adeguato.

Se non si realizza concretamente l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale, se non si mettono in pratica percorsi socio-assistenziali integrati e condivisi da tutti gli operatori, se non si rilancia l'assistenza sociale all'infanzia nel nostro Paese fornendo risposte sociali adeguate ai bisogni delle popolazioni (e i tagli al welfare dell'attuale governo certo non miglioreranno le condizioni dei bambini e delle loro famiglie), se non si riqualifica e rigenera la Pediatria di comunità che deve occuparsi in maniera specifica e prioritaria di queste fasce di popolazione, sarà difficile comprimere il numero di ricoveri e l'ospedale avrà sempre di più una funzione vicariante il sostegno sociale.

Come è facilmente intuibile, l'uso inappropriato dell'ospedale e il grande numero di ricoveri pediatrici impropri hanno non solo risvolti psicologici sui bambini e sulle loro famiglie, ma anche risvolti economici su tutta la comunità.

Di entrambi questi fattori, crediamo, bisogna tener conto. ♦

### Bibliografia

- (1) Siani P. I segni del disagio sociale nell'utilizzo dell'ospedale. In: *Bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale*. Edizioni Scientifiche Italiane, 1996:110
- (2) Tamburlini G. L'intervento del pediatra. In: *Bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale*. Edizioni scientifiche Italiane, 1996:110
- (3) de Campora E, Cirillo G. L'Ospedalizzazione infantile a Napoli. *Relazione al Convegno sul bambino a rischio sociale*. Napoli, maggio 2003, in corso di pubblicazione