UFFICIO COMUNICAZIONE
Responsabile: dott.ssa Tiziana Guidetto
tel. 0125 414726 – 011 9176594
cell. 335 5812438
e-mail: tguidetto@aslto4.piemonte.it

COMUNICATO STAMPA

Polmoniti acquisite in comunità dell'età pediatrica:
approvato il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale condiviso
tra ospedale, territorio e centro di riferimento regionale

Con una delibera del Direttore Generale di oggi, mercoledì 5 agosto, è stato approvato il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) sulle polmoniti acquisite in comunità dell'età pediatrica (da 4 settimane a 13 anni). Un percorso condiviso tra ospedale, territorio e centro di riferimento regionale: le Pediatrie e Neonatologie degli Ospedali di Chivasso, di Ciriè e di Ivrea – dirette dai dottori Ettore Rossi e Adalberto Brach del Prever –, i Pediatri di famiglia convenzionati con l'ASL TO4 e il presidio ospedaliero Regina Margherita di Torino (la Chirurgia generale pediatrica, la Pediatria 2 universitaria, la Pediatria d'Urgenza, la Pneumologia pediatrica).

Si definisce polmonite acquisita in comunità (CAP, acronimo in lingua inglese di Community Acquired Pneumonia) dell'età pediatrica qualunque forma di polmonite pediatrica acquisita in ambiente extraospedaliero da un soggetto precedentemente sano, non ospedalizzato e senza fattori di rischio predisponesti.

In Europa, l'incidenza delle CAP per i piccoli di età inferiore a 5 anni è stimata pari a 30-40 casi su 1.000 bambini, mentre nei soggetti di età compresa tra 5 e 16 anni è di 11-16 casi su 1.000 bambini. Le CAP costituiscono uno dei principali motivi di visita presso il medico curante e di accesso al Pronto Soccorso, con frequente necessità di ricovero. Il picco di incidenza si verifica nei mesi più freddi, sia per la maggior circolazione dei principali agenti virali associati alle CAP, sia per il maggior affollamento tra i bambini (all'asilo e a scuola). In Italia, il picco massimo delle forme dovute allo pneumococco si osserva tra gennaio e febbraio. La stessa variazione stagionale con picchi in inverno si registra anche per le forme causate da virus respiratorio sinciziale, virus influenzale e parainfluenzale 1 e 2, non per il

virus parainfluenzale 3, il cui picco si raggiunge tra la fine dell'inverno e l'inizio della primavera. Al momento, comunque, l'8-40% delle CAP infantili sono dovute a infezioni miste (virali e batteriche).

In considerazione dell'elevata rilevanza clinica, sociale ed economica delle CAP, una diagnosi tempestiva e un'impostazione terapeutica appropriata sono essenziali per contenere l'impatto della malattia. In assenza di linee guida nazionali in merito e a fronte di un comportamento spesso disomogeneo nelle scelte diagnostiche e terapeutiche, si è ritenuto importante giungere alla stesura di un documento, condiviso tra tutti i professionisti coinvolti, che definisca il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale di riferimento. Nella consapevolezza che condividere un percorso di questo tipo non implichi perdere autonomia e flessibilità, ma avere a disposizione uno strumento che sia di supporto nella quotidianità operativa.

"Proseguiamo – commenta il Direttore Generale dell'ASL TO4, dottor Lorenzo Ardissone –, *anche dal punto di vista clinico, un'azione di coinvolgimento, di integrazione e di sinergia tra tutti gli attori interessati a una tematica, compreso, e lo voglio sottolineare, Cittadinanzattiva, in qualità di rappresentanza della popolazione".*

"Lo strumento elaborato – aggiunge il dottor Ardissone – *può aiutarci a mantenere la qualità dell'assistenza sanitaria e, contemporaneamente, ad attuare tutte le strategie per ridurre varie tipologie di sprechi, tra cui il sovra-utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici, la mancata prescrizione di interventi sanitari efficaci e appropriati e l'utilizzo di interventi inefficaci e inappropriati".*

Per poter procedere alla stesura del documento PDTA è stata svolta una valutazione conoscitiva dell'orientamento diagnostico-terapeutico adottato dai pediatri (ospedalieri e del territorio) operanti nell'ASL TO4. Valutazione che è stata realizzata attraverso la compilazione di un sintetico questionario online, reso anonimo nella fase di estrazione dei dati, con l'obiettivo di ottenere un'immagine reale della pratica clinica corrente e una definizione condivisa di CAP, di identificare potenziali ostacoli al cambiamento e di costruire indicatori idonei a misurare la qualità delle cure. A questa prima fase, è seguita un'attenta e puntuale revisione della letteratura nazionale e internazionale sulla tematica.

"L'obiettivo di questo percorso – riferisce il Direttore Sanitario dell'ASL TO4, dottor Giovanni La Valle – *è quello di migliorare l'approccio al piccolo paziente con polmonite acquisita in comunità che acceda al pediatra o al medico di famiglia oppure al Pronto Soccorso. Miglioramento che si raggiunge uniformando l'atteggiamento clinico a livello ambulatoriale, di Pronto Soccorso, di Osservazione Breve Intensiva e di reparti di Pediatria. Ma anche favorendo, nel contempo, l'aderenza alle linee guida nella scelta dell'antibioticoterapia in funzione di efficacia e di costi e riducendo l'esecuzione di esami radiologici ed ematici non indicati, nel rispetto dei bisogni di salute del piccolo utente".*

“Propedeutico all’elaborazione di questo percorso – conclude il dottor La Valle – *è stato il Convegno sulle polmoniti acquisite in comunità dell’età pediatrica, che abbiamo organizzato per lo scorso 15 novembre a Ciriè e che ha visto l’intervento dei massimi esponenti clinici a livello regionale e nazionale sull’argomento”.*

Chivasso, 5 agosto 2015