

RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA PEDIATRICA

LE PROPOSTE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI (ACP)

Premessa

La crescente complessità sociale, il cambiamento radicale dell'epidemiologia delle malattie con l'aumento delle patologie croniche e delle condizioni di disabilità e di disagio psichico, ed infine la difficile congiuntura rappresentata dal ricambio generazionale dei pediatri italiani rischiano di determinare una crisi dell'assistenza pediatrica nel nostro Paese. Occorre realizzare nuove e più efficaci forme organizzative assistenziali che diano valore a due imprescindibili caposaldi:

- 1) **la tutela della salute del bambino e della sua famiglia all'interno della comunità;**
- 2) **la conferma dell'Area Pediatrica** intesa come sede di confronto e di integrazione tra tutti i professionisti che si occupano della salute e del benessere dei bambini e delle loro famiglie, anche come strumento per il **contrasto delle disuguaglianze** che influenzano lo stato di salute.

Tutto ciò all'interno della nostra formazione culturale che ha da sempre privilegiato una visione dell'assistenza caratterizzata da un'attenzione globale ai problemi organici, psicologici e di sviluppo del bambino e dell'adolescente nel contesto della famiglia. Già da oggi, però, molti segnali indicano che questa concezione rischia di essere sostituita da un approccio biomedico – la cosiddetta medicina d'organo – che si occupa dell'organo malato – invece di utilizzare un approccio che guarda la persona nella sua interezza

I principi guida e le priorità

I principi guida dell'organizzazione dell'assistenza pediatrica sono:

1. La prevenzione e la cura delle malattie nel singolo e nella comunità;
2. La realizzazione e razionalizzazione dei percorsi assistenziali adeguati nell'area dell'emergenza/urgenza;
3. L'assistenza integrata ai bambini ed adolescenti con gravi cronicità e/o disabilità;
4. Il sostegno alla genitorialità, l'intercettazione e la gestione del disagio psico-relazionale, particolarmente del periodo adolescenziale.

- 1. La prevenzione e la cura delle malattie nel singolo e nella comunità**
I professionisti della salute devono svolgere il proprio ruolo considerando fra i propri compiti anche l'uso adeguato delle risorse: curare le malattie acute con un uso razionale dei presidi diagnostici e terapeutici, svolgere un quotidiano lavoro educativo nei confronti delle famiglie, gestire con equilibrio le situazioni di cronicità e complessità assistenziale. (*“Fare meglio con meno”*)
- 2. La razionalizzazione dei percorsi assistenziali nell’area dell’emergenza/urgenza**
L'attuale organizzazione della pediatria territoriale e del servizio di continuità assistenziale non riesce a contenere il numero d’accessi impropri ai Pronti Soccorsi per problemi “sentiti” come urgenti dalle famiglie. Ogni Pediatra di Libera Scelta deve essere impegnato a sensibilizzare i propri assistiti a leggere criticamente i segni/sintomi d'allarme ed a contenere le preoccupazioni eccessive e l'ansia di rapida risoluzione d’ogni problema. E’ quindi necessario affrontare la gestione delle urgenze in maniera coordinata fra pediatri del territorio, ospedalieri e medici di continuità assistenziale, garantendo una maggiore accessibilità degli ambulatori territoriali ed una maggiore integrazione delle cure, riconoscendo altresì la necessità di una strategia comune ospedale-territorio per una educazione della famiglia verso un utilizzo corretto dei servizi sanitari.
- 3. L’assistenza integrata ai bambini ed adolescenti con gravi cronicità e/o disabilità**
Le migliorate cure perinatali ed intensive, unite ad uno sviluppo delle tecnologie a supporto delle funzioni vitali hanno comportato un aumento considerevole delle possibilità di sopravvivenza di bambini con gravi patologie congenite ed acquisite. Si registra, quindi, un aumento della prevalenza di minori ad alta intensità assistenziale a livello domiciliare, con famiglie che hanno difficoltà crescenti a gestire le cure e ad orientarsi nella complessità organizzativa per ricevere adeguati sostegni e supporti. Queste famiglie sono ad alto rischio d’implosione e di frammentazione, con gravi ripercussioni anche su eventuali fratelli e sorelle sani.
- 4. Il sostegno alla genitorialità, l’intercettazione e la gestione del disagio psico-relazionale, particolarmente del periodo adolescenziale**
La riduzione della natalità (oggi circa 1.3 figli per donna fertile), l'aumentata età media delle primigravide (superiore ai 30 anni), il crescente numero di famiglie in cui entrambi i genitori lavorano, la ormai definitiva scomparsa della famiglia patriarcale allargata, l'aumento considerevole del numero di bambini/adolescenti affidati ad un solo genitore (quasi 90.000 secondo i dati ISTAT del 2011) hanno comportato importanti difficoltà nell'espressione di uno stile educativo autorevole da parte dei genitori. Questi stessi mutamenti sociali hanno modificato le caratteristiche ed il modo di vivere dei bambini e degli adolescenti aprendo ampi spazi di fragilità, solitudine e disagio relazionale con i coetanei e con i familiari.

Le soluzioni organizzative

L'integrazione ospedale-territorio rappresenta il punto qualificante che deve orientare la riorganizzazione dell'Area pediatrica. Provvedimenti parziali o settoriali, che coinvolgano soltanto parte della rete assistenziale, sono destinati all'insuccesso o, paradossalmente, ad aggravare distribuzione dei servizi. Il progetto di integrazione tra area ospedaliera e territoriale può essere garantito da un **Dipartimento Materno-Infantile Transmurale** che comprenda le Unità Operative Ospedaliere e Territoriali esistenti nell'area Materno-Infantile, come già previsto nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile del 2000. Il Dipartimento Materno-Infantile Transmurale predispone un programma triennale volto a realizzare obiettivi strategici per il miglioramento della salute Materno-Infantile che sarà perseguito da tutte le Unità Operative Ospedaliere e Territoriali.

1. **Nell'organizzazione ospedaliera le Unità Operative di pediatria** collocate all'interno del Dipartimento devono essere orientate ad un'assistenza per livelli di complessità adeguati al bacino d'utenza. Il riorientamento organizzativo deve portare al superamento/accorpamento delle Unità operative di piccole dimensioni e all'individuazione di strutture di 2°/3° livello che garantiscano la presenza delle subspecialità pediatriche. Si possono delineare i seguenti obiettivi specifici:
 - 1.1 **potenziare/riconvertire le Unità operative** in modo da offrire un'assistenza di miglior livello qualitativo. Nell'ambito di Macro-aree queste Unità Operative andranno collegate in una rete orizzontale, affidando a ciascuna lo sviluppo di competenze assistenziali complementari in modo che nell'ambito della Macro-area siano disponibili tutte le discipline specialistiche pediatriche. Questa organizzazione orizzontale consentirà l'assistenza semi-intensiva ai bambini con malattie acute e la consulenza specialistica a bambini con malattie croniche complesse;
 - 1.2 **garantire centri d'eccellenza intesi come strumenti per il miglioramento continuo della qualità delle cure attraverso:** a) valutazione continua; b) raccolta dei dati; c) utilizzo delle informazioni; d) audit; e) formazione; f) accreditamento; h) ricerca; i) rapporti con i cittadini. *In particolare "la via per l'eccellenza sanitaria deve basarsi su tutti gli elementi sopra esposti; ma va eliminato anche un equivoco derivante dall'associare l'eccellenza esclusivamente alla possibilità di erogare cure o effettuare interventi di altissima specializzazione (ad es. trapianti d'organo); bisogna invece riconoscere che l'eccellenza può caratterizzare i vari livelli di cure, anche quelle di base, e che non necessariamente l'eccellenza è legata all'erogazione di prestazioni di altissima specializzazione. Centri di eccellenza che dovranno lavorare secondo il modello "hub and spoke" con le Cliniche Pediatriche Universitarie che devono rappresentare il motore di queste attività specialistiche e della relativa formazione.*

2 Nell'organizzazione territoriale la pediatria delle cure primarie deve essere organizzata in **Unità Pediatriche di Cure Primarie**. Queste rappresentano la nuova struttura organizzativa/gestionale che sovrintende ad ogni attività pediatrica territoriale. Vi fanno parte i Pediatri di Libera Scelta (PLS), gli infermieri e i Pediatri di Comunità (PdC), ove esistenti. Si struttura operativamente in Gruppi Pediatrici Territoriali. (GPT) formati da un congruo numero di pediatri e infermieri pediatrici. Si prevede, quindi, un'unica figura di **Pediatra delle Cure Primarie** che svolge funzioni assistenziali e preventive rivolte al singolo ed alla comunità. Nell'ambito delle Cure Primarie il rapporto medico-paziente-famiglia è personale e basato sulla fiducia reciproca e sulla libera scelta dei genitori. L'infermiere pediatrico collabora con il Pediatra delle Cure Primarie in modo da costituire il nuovo nucleo organizzativo di base della assistenza nell'area delle cure primarie al bambino a all'adolescente.

Le funzioni dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie sono le seguenti:

- 2.1. Programmazione dell'assistenza, governo della domanda e valutazione della qualità dell'assistenza;
- 2.2. Organizzazione e coordinamento dell'assistenza pediatrica territoriale;
- 2.3. Rapporto con le altre realtà assistenziali del territorio (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Consultorio Familiare, Medici di continuità assistenziale);
- 2.4. Ricerca epidemiologica e valutazione dei bisogni;
- 2.5. Formazione ed aggiornamento.

I suaccennati **Gruppi Pediatrici Territoriali** rappresentano l'unità di base per l'erogazione dell'assistenza pediatrica a livello territoriale. Essi sono costituiti da una équipe multiprofessionale composta da Pediatri delle Cure Primarie e dal Personale Infermieristico Pediatrico. I Gruppi Pediatrici Territoriali operano garantendo una maggiore e più continua presenza sul territorio con i Gruppi Pediatrici Territoriali, fermo restando che in ogni Gruppo è attivo il triage telefonico.

I Gruppi Pediatrici Territoriali garantiscono le seguenti funzioni sanitarie:

- assistenza ambulatoriale e domiciliare;
- esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;
- educazione sanitaria al singolo paziente ed ai gruppi d'assistiti;
- sostegno alla genitorialità ed al disagio;
- assistenza integrata ai malati cronici e/o ad alta complessità assistenziale in collaborazione con i presidi ospedalieri attraverso percorsi e protocolli condivisi.

All'interno del Gruppo Pediatrico Territoriale il personale infermieristico con formazione pediatrica svolge il triage telefonico e ambulatoriale, collabora con il pediatra nei controlli di crescita e nell'educazione sanitaria e gestisce le vaccinazioni. Questo modello di lavoro in équipe permette ai pediatri di acquisire un maggior numero di pazienti, di estendere l'assistenza all'età adolescenziale, di coordinare il percorso di cure dedicato ai pazienti con patologie croniche complesse, di potenziare la continuità dell'assistenza e di integrarsi logisticamente con i Medici di Continuità Assistenziale e con le funzioni della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza e della Riabilitazione Pediatrica.