



Congresso Associazione culturale pediatri: i casi clinici raccontati dai professionisti dedicati ai bimbi

Pediatri, l'unione fa la forza

Cruciale il dialogo con le scienze sociali ed educative - Etica al centro

La novità più bella del 24° Congresso nazionale dell'Associazione culturale pediatri, che si è svolto a Torino dall'11 al 13 ottobre, è stata l'aver raccontato casi clinici a più voci, coinvolgendo cioè tutti i professionisti che si occupano di bambini; bambini in terapia intensiva neonatale, e quindi neonatologi e pediatri di famiglia che li accolgono alla dimissione, bambini a rischio psicosociale e quindi pediatri di comunità, assistenti sociali, volontari, bambini acondroplastici e quindi bioeticisti.

Abbiamo così voluto richiamare l'attenzione su un nuovo modo di fare il pediatra oggi, sottolineando il bisogno e la necessità di un continuo dialogo con le scienze sociali ed educative per una piena comprensione dello stato di salute del bambino. Perché ancora oggi nascono in un certo quartiere o in famiglie a rischio psicosociale determina gravi disparità nella salute dei bambini, come ha spiegato Ivo Picotto, coordinatore del Gruppo Acp Nord-Ovest, che ha aperto il congresso, e che ripercorrendo la storia dell'impegno dell'associazione a livello territoriale in oltre 30 anni di attività, ha sottolineato la necessità di passare dal prendersi cura del bambino a una cultura dell'accoglienza, in cui ogni piccolo paziente è una storia a sé, da affrontare nel contesto in cui le condizioni patologiche si sviluppano.

Questo è stato il "core" del congresso, che ha visto la partecipazione di oltre 250 iscritti e che i colleghi del gruppo Acp Nord-Ovest hanno organizzato alla perfezione e nei minimi particolari curando tutto con precisione perfetta.

L'apertura del convegno è stata affidata a sorpresa a don Luigi Ciotti, presidente di Libera e fondatore del gruppo Abele di Torino, che ha invitato i pediatri a essere consapevoli che la scienza e la capacità tecnica non esauriscono il ruolo e la responsabilità del medico, richiamando la politica a investire maggiormente nel sociale. Abbandonare le politiche sociali significa creare le condizioni per un peggioramento del quadro sanitario, aumentando l'esclusione di chi è già a rischio. Infine il forte richiamo all'etica che si misura nei comportamenti pubblici e nell'impegno di ogni professionista.

E noi anche quest'anno siamo riusciti

LA PROPOSTA ACP DI RIORGANIZZAZIONE DELL'AREA PEDIATRICA

L'integrazione ospedale-territorio rappresenta il punto qualificante che deve orientare la riorganizzazione dell'area pediatrica. Prowedimenti parziali o settoriali sono destinati all'insuccesso o, paradossalmente, ad aggravare distribuzione dei servizi. Il progetto di integrazione può essere garantito da un Dipartimento materno-infantile trasversale che comprenda le Uo ospedaliere e territoriali esistenti nell'area, come già previsto nel Progetto obiettivo del 2000. Il Dipartimento predispone un programma triennale volto a realizzare obiettivi strategici per il miglioramento della salute materno-infantile che sarà perseguito da tutte le Uo.

1. Nell'organizzazione ospedaliera le Uo di pediatria collocate nel Dipartimento devono essere orientate a un'assistenza per livelli di complessità adeguati al bacino d'utenza. Il riorientamento organizzativo deve portare al superamento/accorpamento delle Unità di piccole dimensioni e all'individuazione di strutture di 2°/3° livello che garantiscano la presenza delle specialità pediatriche. Si possono delineare i seguenti obiettivi specifici:

1.1. potenziare/ricostituire le Uo in modo da offrire un'assistenza di miglior livello qualitativo. Nell'ambito di macro-aree queste Unità 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 (a es. trapianti d'organo); bisogna invece riconoscere che l'eccellenza può caratterizzare i vari livelli di cure, anche quelle di base. 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, la nuova struttura organizzativa/gestionale che sovrintende a ogni attività pediatrica territoriale. Vi fanno parte i pediatri di libera scelta, gli infermieri e i pediatri di comunità (Pcd), 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 e alla comunità.

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 e aggiornamento.

I 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 da personale infermieristico pediatrico. Operano garantendo una maggiore e più continua presenza sul territorio, fermo restando che in ogni Gruppo è attivo il triage telefonico.

I Gruppi garantiscono le seguenti funzioni sanitarie:

- assistenza ambulatoriale e domiciliare;
- esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;
- educazione sanitaria al singolo paziente e ai gruppi d'assistiti;

- sostegno alla genitorialità e 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. ●

ti senza sponsor a organizzare il nostro congresso nazionale che ha mostrato un'associazione viva e ben presente nel territorio nazionale.

Molto apprezzate le relazioni di Beppe Magazzù sul percorso decisionale e di Andrea Biondi sulle cellule staminali che hanno aperto con la massima puntualità le sessioni di venerdì e sabato.

Gianni Tognoni, che da un po' non partecipava al nostro congresso nazionale ha ribadito quello di cui spesso si

discute all'interno dell'Acp, e cioè che da una ventina d'anni in Italia assistiamo alla trasformazione della salute da un'area di diritto a una voce dei bilanci pubblici, secondo regole aziendali. Questo determina un impoverimento del diritto alle cure e della libertà del medico che deve disporre delle cure secondo logiche di risparmio e di rimborsabilità, con il rischio che il diritto universale alla salute si trasformi nel diritto del più forte, ossia di chi può pagare.

Anche in Europa, ci ha detto Giorgio Tamburlini, si registra un quadro generale di peggioramento delle aree della cronicità, con il rischio di un arretramento delle condizioni di salute per la prima volta dal dopoguerra. Insufficienti gli investimenti pubblici e permanentemente il gap tra bisogni e risposte nell'ambito della salute mentale, oltre che di un cronicizzarsi degli abusi sui minori. Per fare fronte a queste emergenze occorre rispondere con una precoce pre-

sa in carico dei bambini, un investimento più deciso nelle politiche sociali e di salute pubblica.

Le sfide di domani riguardano le malattie rare, la salute mentale e tutta la sfera degli abusi psico-fisici sui minori. Su questo si dovrà lavorare, e su questi temi si dovranno formare le nuove generazioni di pediatri.

Alta la partecipazione dei soci all'assemblea (120 i soci presenti), che è stata come al solito molto vivace con la presentazione della revisione del codice di autoregolamentazione nei confronti dell'industria e del documento sulla riorganizzazione dell'area pediatrica. La presentazione del bilancio sociale, che potrete consultare sul sito dell'associazione, affidata al presidente, al tesoriere e al revisore dei conti, è stata apprezzata da tutti i presenti.

Accolta con piacere la proposta di Fabio Sereni, già presidente Acp, di finanziare con un bando pubblico una ricerca dell'Associazione, proposta ripresa in assemblea anche da un altro presidente Acp presente a Torino, Marcello Orzalesi.

Sono state rinnovate le cariche sociali con l'elezione del presidente e di nuovi quattro consiglieri e per la prima volta siede nel direttivo nazionale una specializzanda in pediatria a dimostrazione che l'Acp ha molto a cuore gli specializzandi e con molto piacere li accoglie nel suo direttivo nazionale.

Nella tre giorni sono stati infine presentati all'assemblea dei soci due documenti in via di definizione: l'aggiornamento del codice di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria; le proposte Acp al ministro della Salute per la riorganizzazione dell'area pediatrica (si veda il box).

Infine l'apericena elegante ed essenziale in uno splendido circolo dei lettori con il ricordo di Liliana Pomi emozionante affidato al professore Biasini.

Ma già a Torino arrivavano notizie molto preoccupanti sulla salute di Franco Panizon, e tutti noi abbiamo sperato in un miracolo, perché eravamo davvero convinti che non potesse abbandonarci mai.

Paolo Siani
Presidente

Associazione culturale pediatri (Acp)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE RICHIESTE DEI TECNICI

Allarme audioprotesisti: «Pochi posti a bando»

Se la crisi può e deve essere un'opportunità, quali orientamenti si dovranno dare gli audioprotesisti e il comparto audioprotesico che, tuttora in controtendenza, offre molti posti di lavoro, ma si trova di fronte una cronica carenza di posti a bando della laurea in tecniche audioprotesiche?

Una domanda necessaria in una situazione perversa che genera un forte abusivismo incontrollato, un danno per l'appropriatezza, l'etica professionale e la trasparenza, e un grande rischio per i pazienti più fragili come gli anziani, indifesi e in balia di persone che agiscono fuori da ogni controllo. Parte da questo assunto il nostro 17° Congresso nazionale, che si svolge a Rimini dal 23 al 25 novembre.

Nel frattempo va detto che la

Il tecnico laureato audioprotesista è una professione sanitaria relativamente giovane, riconosciuta nel 1994 dal ministero della Sanità. Il dottore audioprotesista per svolgere l'attività deve essere in possesso di titolo di laurea in tecniche audioprotesiche, conseguita presso la facoltà di Medici-

na e chirurgia e del titolo abilitante. La figura è dotata di un codice deontologico e di un "profilo" che indicano ambiti e obblighi professionali, e ha l'obbligo dell'aggiornamento professionale continuo in medicina (Ecm). Inoltre la categoria che vuole agire e proporsi con la massima trasparenza

nei confronti degli utenti, le istituzioni e gli opinion leader si è dotata autonomamente anche di una propria carta etica e dei valori che ha avuto il patrocinio del ministero della Salute. Tutte le informazioni sono su <http://www.audioprotesista.it> e www.anaporienta.it

riforma delle professioni sanitarie in Italia - con le leggi 42/1999, 251/2000 e 3/2006 - ha introdotto anche un'alta formazione in ambito universitario (la più alta e qualificata anche verso l'Europa e non solo) e le tecnologie digitali audioprotesiche hanno funzionato, elevando la preparazione dei professioni-

sti e la soddisfazione dei pazienti. Un dato importante, messo in rilievo anche dal Censis con un'indagine recente ("Non solo farmaci e ospedali: i dispositivi medici migliorano la vita degli italiani") e da una ricerca dell'Università di Verona che certifica che l'audioprotesista è visto dai propri pazienti, per importan-

za e competenza, al pari o superiore al proprio medico di famiglia.

Ma la sordità in Italia è ancora negletta e sottovalutata, se un Paese come l'Olanda con 16 milioni di abitanti, per fare un facile confronto, l'anno scorso ha fornito al proprio mercato 285mila apparecchi acustici e

l'Italia con 60 milioni di abitanti, ne ha forniti in tutto 300mila. In Italia o l'ipoacusico è sordo profondo, e quindi entra nella schiera degli "aventi diritto", o deve pagarsi interamente l'apparecchio. In Olanda, ma anche in molti altri Paesi europei e non solo, i fondi sanitari integrativi contribuiscono alla spesa e, di

conseguenza, alla prevenzione: fondi e prevenzione (e medici di famiglia) in Italia sono pilastri che ignorano totalmente l'ipoacusia.

Con la riduzione degli "aventi diritto" che ci si aspetta a partire già da oggi, senza un intervento contributivo da parte dei nuovi fondi, il numero delle persone ipoacusiche in Italia che rimediano al loro problema è destinato a diminuire ancora, con gravi costi - e non risparmi - per la società. Ovvero, come mandare in giro o al lavoro milioni di persone con problemi alla vista, ma senza occhiali.

Gianni Gruppioni
Presidente Associazione nazionale audioprotesisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA