

Soluzioni organizzative tra territorio e ospedale nell'ASL del Verbano, Cusio, Ossola



Andrea Guala¹, Fabrizio Comaita², Michelangelo Barbaglia¹, Eleonora Castelli³, Giuse Ballardini¹, Raffaella Visentin¹, Elisabetta Poletti³, Laura Minioni³, Edoardo Quaranta⁴, Enrico Finale⁵, Alberto Arnulfo⁵, Romano Ferrari⁶, Paolo Borgotti⁶

¹SOC Pediatria, Ospedale Castelli, Verbania, ASL VCO; ²PLS ASL VCO; ³SOS Attività Consultoriali ASL VCO;

⁴SOC SISP, ASL VCO; ⁵SOC Ostetricia-Ginecologia, Ospedale Castelli, Verbania, ASL VCO; ⁶SOC Distretto, ASL VCO

La carenza di medici pediatri in Italia è stata prevista più di 20 anni fa e si sta drammaticamente concretizzando. Fare meglio con meno è la sfida che abbiamo cercato di attualizzare nel nostro territorio (Verbano-Cusio-Ossola, Regione Piemonte), cercando soluzioni anche creative per l'area materno-infantile e sfruttando le possibilità che la tecnologia ci mette a disposizione. Si riportano alcuni esempi di collaborazione ospedale e territorio come il Country Hospital Pediatrico, il monitoraggio dell'allattamento al seno ai bilanci di salute dei pediatri di libera scelta, gravidanze e parti seguiti in autonomia dalle ostetriche e la rapida diffusione della vaccinazione antipertosse in gravidanza.

The shortage of pediatricians in Italy predicted more than 20 years ago is dramatically materializing. Doing better with less is the challenge that we have tried to actualize in our territory (Verbano-Cusio-Ossola, Piedmont Region), looking for creative solutions and exploiting the possibilities available from technology. The Pediatric Country Hospital, the monitoring of breastfeeding during pediatricians' well child visits, pregnancies and deliveries taken care by midwives and the diffusion of pertussis vaccination in pregnancy are some examples of this kind of solutions.

La carenza di medici pediatri in Italia è stata prevista più di 20 anni fa e si sta drammaticamente concretizzando. Nei prossimi 4 anni circa 5.300 pediatri andranno in pensione (sugli attuali 16.000 circa) mentre se ne specializzeranno circa 2.900. Numerose sono le analisi e le soluzioni proposte da parte delle società scientifiche e non solo [1-4] ma poco viene realmente messo in atto dalla politica. Fare meglio (prendere in cura i bambini, soprattutto quelli con patologie croniche) con meno (pediatri), ecco una sfida che parte da lontano [5] e che abbiamo cercato di attualizzare nel nostro territorio (Verbano-Cusio-Ossola, Regione Piemonte), trovando soluzioni anche creative per l'area materno-infantile e sfruttando le possibilità che la tecnologia ci mette a disposizione. Gli argomenti che seguono sembrano slegati tra loro, ma in realtà la comunione di obiettivi del gruppo di operatori allargato permette di avere un volano di moltiplicazione della efficacia sul campo anche in aree che sembrano distanti. Per esempio la rapida ed efficace promozione della vaccinazione antipertosse in gravidanza è il frutto di un'azione del servizio di igiene del terri-

torio che "fisicamente" effettua i vaccini, ma la diffusione delle linee ministeriali è stata comune a tutto il personale afferente al dipartimento materno infantile e a cascata a tutte le gravide che in ogni occasione vengono in contatto con l'ASL in ospedale e nei consultori, ma anche con le gravide già con un figlio che contattano per qualunque motivo il loro pediatra di libera scelta.

Il territorio ASL corrisponde grosso modo alla provincia di Verbania, è molto esteso (2.332 kmq) e in gran parte montano; gli abitanti residenti sono al 31 dicembre 2019 167.973, di cui 25.761 tra 0 e 19 anni (0-14 anni 11%) con densità abitativa di 72 abitanti/kmq; nel 2019 sono nati 836 neonati in 2 punti nascita dell'ASL VCO (Verbania e Domodossola) e nei punti nascita di Borgomanero e Novara (Hub), molto vicini verso sud. L'ASL VCO ha un unico distretto, suddiviso in 3 aree e il dipartimento materno infantile è unico. Nel 2019 i pediatri ospedalieri sono 6 e i pediatri di libera scelta sono 15; i ginecologi ospedalieri sono 9 e i ginecologi consultoriali 3; le ostetriche ospedaliere sono 16 e le ostetriche consultoriali 8.

Country Hospital Pediatrico

I primi Country Hospital – in Italia definiti ospedali di comunità – nascono in Gran Bretagna negli anni Venti gestiti da medici di medicina generale. In Italia il primo Country Hospital pediatrico nasce nel 2008 a Domodossola e l'esperienza rappresenta il risultato di un processo di riconversione di una struttura pediatrica ospedaliera. Un primo tentativo di disciplinare l'attività degli ospedali per l'adulto definiti ospedali di comunità avviene nel 1998 con le "Linee guida per un modello di Country Hospital" adottate dal sindacato italiano dei medici del territorio SIMET e nel PSN 2006-2008, dove l'ospedale di comunità viene espressamente citato.

Il Country Hospital Pediatrico è nato a Domodossola dopo la chiusura della SOC Pediatria-Nido avvenuta nel 2006. È una struttura di degenza "territoriale", gestita dai pediatri di libera scelta per l'attuazione di cure non domiciliari attuate in un ambiente protetto. Il responsabile "formale" è il direttore di distretto, mentre il responsabile "scientifico" è il direttore del dipartimento materno infantile. Presso il Country Hospital Pediatrico sono seguiti pazienti con età inferiore ai quattordici anni a bassa/media intensità di cure e/o bassa/media complessità diagnostica; la patologia deve essere medica e la degenza prevista non deve superare le quarantotto ore e deve essere seguita da invio al medico curante o ricovero in struttura ospedaliera. Al Country Hospital Pediatrico accedono pazienti inviati dai PLS/MMG (pediatri di libera scelta/medici di medicina generale) o pazienti dimessi dal DEA che hanno bisogno di assistenza pediatrica non affrontabile al domicilio.

Complessivamente la struttura è composta da sei posti letto al terzo piano dell'Ospedale San Biagio di Domodossola e comprende anche una sala giochi, una cucina, due ambulatori (ove i pediatri esercitano

la personale quotidianità ambulatoriale), una sala medica e una sala riunioni. Sono a carico dell'ASL: la gestione delle utenze elettriche, informatiche e telefoniche; il riscaldamento; la pulizia dei locali; la fornitura dei farmaci, della mensa e della cancelleria; la manutenzione ordinaria e straordinaria dell'immobile e delle attrezzature sia mediche che non, oltre al costo del personale infermieristico e ausiliario. Il pediatra opera H24 in regime di reperibilità; fornisce anche consulenze pediatriche al PS e gestisce il Nido, che è rimasto aperto con deroga regionale e nazionale rinnovata anno per anno (parti nel 2019: 118). Tutti i 7 pediatri che hanno aderito all'assistenza in sala parto e al Nido hanno conseguito un master di secondo livello in Neonatologia presso l'Università Amedeo Avogadro del Piemonte Orientale. Per realizzare questa progettualità è stato sottoscritto un accordo aziendale in rispetto all'art. 25 dell'ACN per la pediatria di libera scelta del 15 dicembre 2005 nell'ambito del "Programma attività territoriali", ritenendo possibile l'affidamento di una serie di attività volte a una rimodulazione dell'assistenza pediatrica, con una forte integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera. In questo accordo è stata prevista una retribuzione economica specifica. Prima dell'ingresso del bambino il genitore viene informato, con sottoscrizione di un documento conoscitivo, di essere "ospiti" in una struttura territoriale e non ospedaliera. Durante la degenza è compilata una cartella clinica nella quale si annotano le motivazioni dell'invio, l'esame obiettivo, il diario clinico, gli accertamenti, le terapie eseguite e l'esito del ricovero con diagnosi di uscita. I criteri di dimissione con invio al curante PLS/MMG sono concordati per garantire al meglio la dimissione protetta. Alla dimissione è prodotta una relazione scritta. Il centro di costo dove sono caricate le spese relative a esami e consulenze richieste è territoriale. Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2008 e il 31 dicembre 2019, sono stati eseguiti complessivamente 3.659 "ricoveri". Come si evince dalla **Figura 1**, nel corso degli anni il numero dei ricoveri è andato progressivamente riducendosi, a testimonianza del miglioramento dei criteri di adeguatezza e appropriatezza volti a ricercare di anno in anno un'ottimizzazione delle risorse a disposizione a favore di adeguati percorsi di cura. L'accesso nel 48% dei casi è stato preceduto da un accesso DEA, nel 25% l'accesso è stato diretto da parte dell'utente mentre nel 37% dei casi l'invio è stato effettuato dal medico curante. Complessivamente nell'83% dei ricoverati sono stati eseguiti

accertamenti ematochimici, nel 58% accertamenti colturali (emocoltura, coprocultura, urocultura, VRS test) e nel 35% dei casi esami strumentali (ecografie, ecocardiografie, Rx, ECG, EEG). Si è utilizzata la reidratazione parenterale nel 28% dei casi. Le patologie trattate sono riportate in **Figura 2**. L'appropriatezza dei ricoveri (valutata annualmente da un gruppo costituito dal direttore del distretto, dal direttore della Pediatria e da un pediatra del Country Hospital Pediatrico) è passata dal 59% nel 2008 al 79% nel 2019.

Monitoraggio dell'allattamento al seno

I bilanci di salute (BDS) dei bambini sono effettuati online da tutti i PLS (quindici) del VCO ormai dal 2009. Tutti i PLS utilizzano lo stesso programma (JuniorBit) e il server che centralizza le informazioni è quello dell'ASL VCO. Nel 2008 c'è stata una contrattazione sindacale che ha concordato che i BDS siano pagati a ogni singolo pediatra solo se effettuati online.

Inoltre alcuni campi (come quello sulla alimentazione nelle 24 ore precedenti al BDS) sono stati resi obbligatori per poter procedere nella compilazione e nell'invio. Nel 2011-2012 è stato effettuato un controllo di qualità esterno per quanto riguarda l'assunzione di latte materno, all'interno di uno studio nazionale a cui la ASL VCO ha partecipato [6]: una concordanza del 93% è stata verificata tra i risultati ottenuti dalla analisi dei nostri BDS e quelli ottenuti da interviste telefoniche dell'Istituto Sant'Anna di Pisa effettuate a campione sulla stessa popolazione e nello stesso periodo.

I risultati relativi all'assunzione di latte materno sono riportati nelle **Figure 3-4**, che si riferiscono ai BDS nelle varie fasce di età. L'ospedale Castelli di Verbania (477 nati nel 2019; l'altro punto nascita dell'ASL VCO è all'ospedale di Domodossola, 118 nati nel 2019) ha ottenuto la certificazione UNICEF "ospedale amico dei bambini" (BFH) la prima volta nel

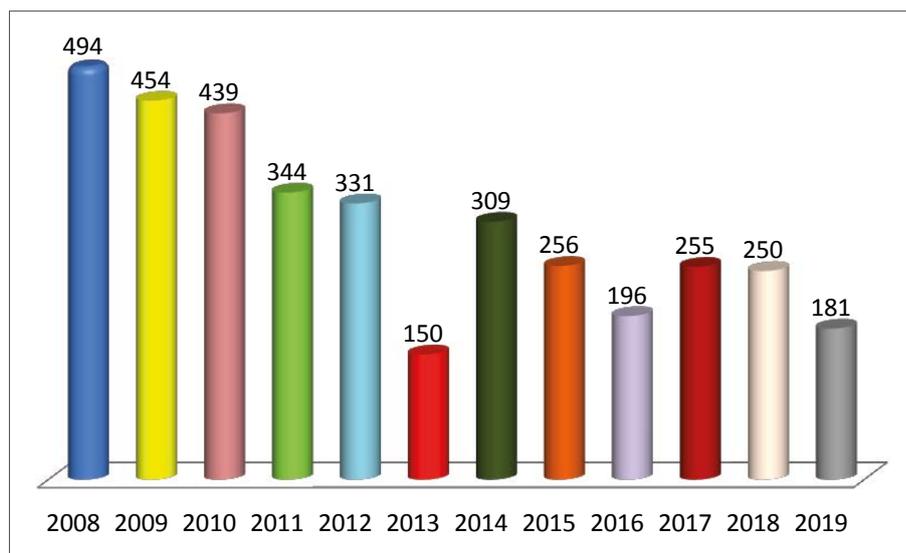


Figura 1. Numero di ricoveri/anno presso il Country Hospital Pediatrico di Domodossola.

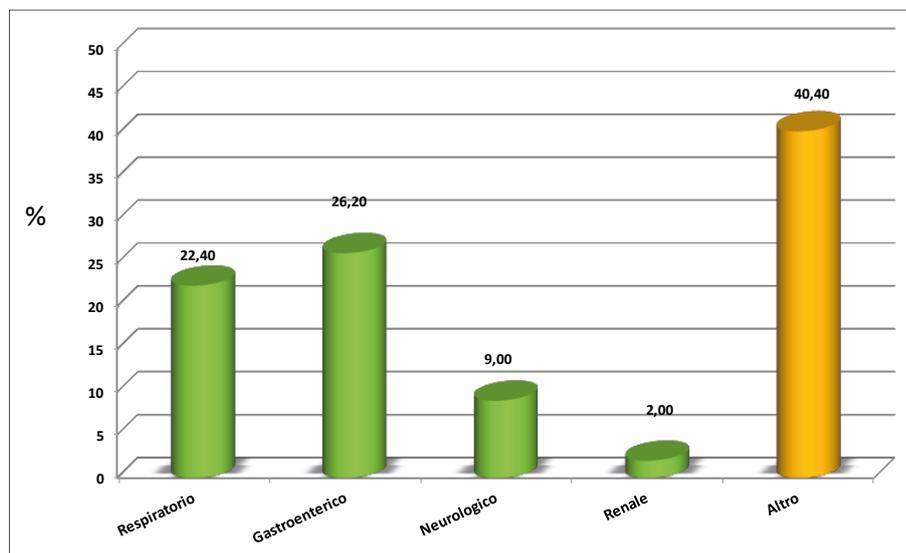


Figura 2. Tipi di patologie trattate presso il Country Hospital Pediatrico di Domodossola.

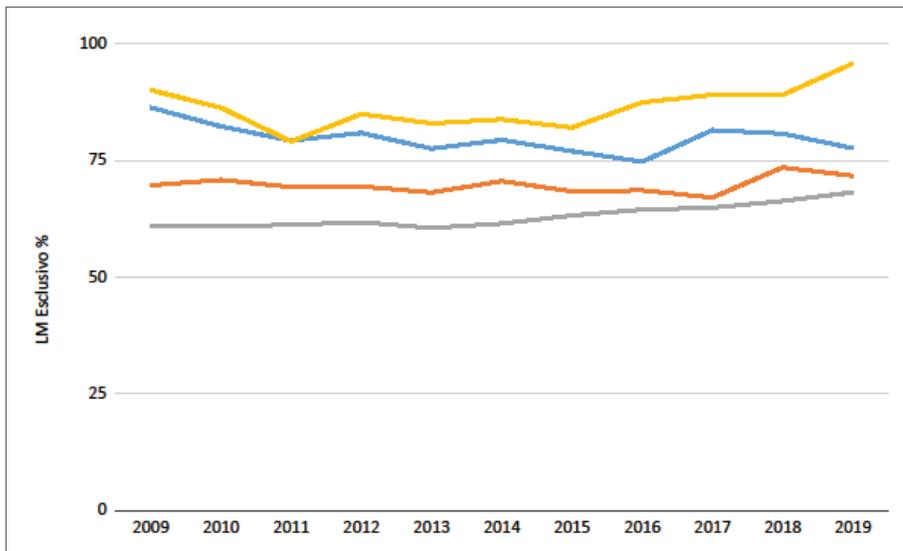


Figura 3. Tassi di allattamento al seno esclusivo per anno alla dimissione ospedaliera (giallo), ai bilanci di salute dei 15-30 gg (blu), 2-3 mesi (ocra) e 4-5 mesi (grigio) nel Verbano-Cusio-Ossola.

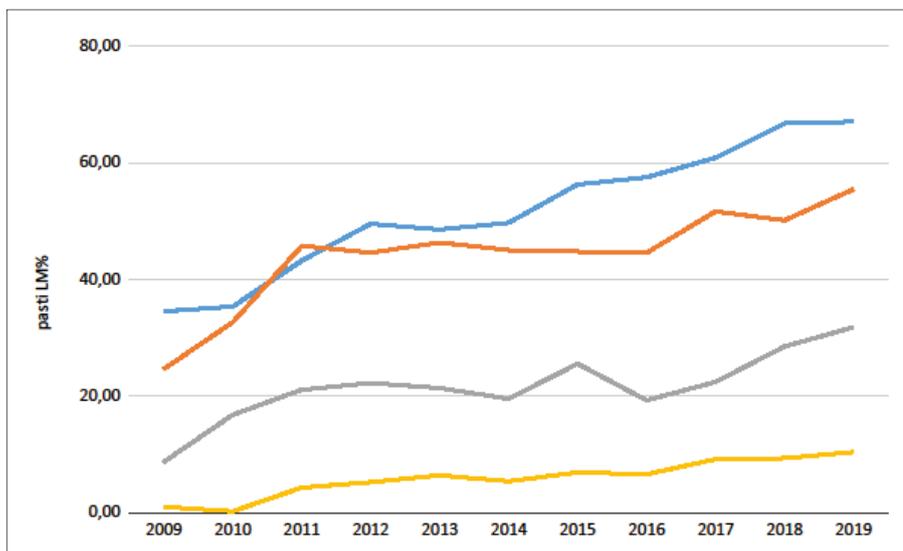


Figura 4. Tassi di allattamento al seno complementare per anno ai bilanci di salute degli 8 mesi (blu), 10-11 mesi (ocra), 15-18 mesi (grigio) e 24-30 mesi (giallo) nel Verbano-Cusio-Ossola.

TABELLA 1. Numeri di gravidanze a basso rischio prese in carico esclusivamente dalle ostetriche per anno nei 3 consultori del Verbano-Cusio-Ossola

ANNO	VERBANIA	OMEGNA	DOMODOSSOLA
2009	140	46	27
2010	120	25	29
2011	118	33	33
2012	118	39	48
2013	116	29	53
2014	109	23	51
2015	109	27	49
2016	104	23	51
2017	124	19	72
2018	102	31	61
2019	100	11	70

2010, confermata nel 2014 e 2018. Questo ha portato ad avere un tasso di allat-

tamento esclusivo al seno alla dimissione dall'ospedale molto alto (nel 2019 dal

Nido 95,7%, dalla Patologia Neonatale 75%) ma soprattutto a una promozione sul territorio di buone pratiche che negli anni hanno creato un clima favorevole: nel 2019 ai BDS dei 4-5 mesi il 67,6 % dei lattanti è allattato esclusivamente al seno e ai BDS dei 15-18 mesi il 30,4 % assume ancora latte materno.

Assistenza alla gravidanza e parto

Ormai da molti anni sappiamo che la assistenza al percorso nascita deve garantire una mamma e un bambino in buona salute con il livello di cure più basso possibile, compatibilmente con la sicurezza; le gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) devono essere prese in carico con appropriatezza dalle ostetriche, in quanto il coinvolgimento dei medici non migliora necessariamente gli esiti neonatali [7-9] e anche in Italia le linee guida nazionali prevedono questi percorsi [10,11]. Dal 2008, forti delle evidenze della letteratura, abbiamo cominciato a offrire sul territorio una presa in carico esclusivamente ostetrica alle gravide che rientravano nei criteri di basso rischio e che lo desideravano. Su un totale di meno di 1.000 parti anno nel VCO, le prese in carico sono riportate in **Tabella 1**. Si può notare che i numeri totali sono abbastanza stabili, anche se le fluttuazioni nelle varie sedi sono significative e legate soprattutto alla copertura del personale ostetrico che in certe sedi e in certi anni è stata carente. Da circa tre anni è partito inoltre un progetto sperimentale che offre un modello assistenziale di continuità ostetrica basato sul modello internazionale della Midwifery Continuity of Care. L'Ospedale Castelli di Verbania inoltre si è dotato circa quattro anni fa di un'area funzionale BRO "alongside" a gestione ostetrica, ossia aree collocate nello stesso edificio dell'Unità Operativa (UO) di Ostetricia e direttamente collegate a esso [11]. Questo modello avanzato di autonomia ostetrica non è frequente in Italia, mentre vi sono numerose esperienze a livello europeo e internazionale. Il lavoro di riorganizzazione ostetrica ha portato a un miglioramento complessivo della gestione del travaglio-parto con tasso grezzo di taglio cesareo del 22% e un tasso di taglio cesareo primario (quello per la prima volta in una donna, non necessariamente come primo parto) del 13% nel primo quadrimestre del 2020.

I medici ginecologi del consultorio sono coinvolti poi per le gravidanze "a rischio", quelle cioè che esulano dal percorso fisiologico/basso rischio, ma che non hanno le caratteristiche di "patologia" e quindi da inviarsi in ospedale. Di solito la paziente è se-



Figura 5. Brochure sulla prevenzione preconcezionale distribuita su tutto il territorio dell'ASL VCO.

guida da una ostetrica congiuntamente con il medico, in un percorso di assistenza “addizionale”. I ginecologi consultoriali eseguono alla paziente gravida un accertamento completo con visita ed ecografia, riservando l’invio all’ospedale solo i test di screening del primo trimestre, l’ecografia morfologica fetale a 20 settimane di età gestazionale e le situazioni di patologia. Punto di forza è che i ginecologi consultoriali eseguono ecografie di datazione ed ecografie office (un’ecografia di supporto alla visita, finalizzata alla ricerca di dati diagnostici utili al contestuale controllo clinico e che non prevede un referto scritto) offrendo una visita completa alla paziente gravida, evitando così di sovraccaricare l’ambulatorio ecografico ospedaliero. I ginecologi consultoriali svolgono poi anche attività in ospedale (ecografie morfologiche, ambulatorio patologia gravidanza, ambulatorio preconcezionale) creando così un vero continuum assistenziale territorio-ospedale e viceversa. Molte azioni congiunte sono state fatte soprattutto sul versante della prevenzione primaria (Figura 5), favorendo le buone pratiche come la assunzione di acido folico preconcezionale [12], promuovendo la astensione dall’alcool in gravidanza [13] e, con minore efficacia, sulla riduzione del fumo di sigaretta. Inoltre, agendo il recupero vaccinale nel postpartum per la rosolia e la varicella [14], con indici di accettazione al 95%. Punti di debolezza sono legati alla mancata copertura delle ostetriche consultoriali soprattutto nell’area del Cusio, che ha portato a una progressiva riduzione dell’offerta; ma nel 2020 l’organico è di nuovo a regime.

Vaccinazione antipertosse in gravidanza

Le vaccinazioni in gravidanza sono sempre state legate a timori e preconcetti che hanno ritardato le applicazioni sul campo delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni ministeriali. Da molti anni sappiamo che la vaccinazione antipertosse effettuata in gravidanza riduce nettamente le infezioni (e la mortalità) nel neonato/lattante [15]; e dal 2017 anche il Ministero della Salute la raccomanda [16]. Nell’autunno 2017 abbiamo cominciato a far circolare materiale scientifico ai medici ostetrici ospedalieri e consultoriali, alle ostetriche ospedaliere e consultoriali e ai ginecologi privati; inoltre abbiamo concordato con l’ufficio vaccinale/SISP un percorso facilitato per l’invio delle donne in gravidanza. Ma è solo nel 2019 che sono state assunte 2 unità infermieristiche che ci hanno permesso di offrire anche un ambulatorio dedicato cui si accede su prenotazione telefonica. Nella primavera 2019 abbiamo organizzato poi 2 corsi di aggiornamento obbligatori sulla prevenzione vaccinale nella donna in gravidanza. Si vede che i tempi erano maturi tanto che nel 2019 si è riusciti a vaccinare con DTP 386 gravide su una coorte di nuovi nati residenti nel 2019 di 861. In Regione Piemonte a tutte le donne in gravidanza viene consegnata *l’Agenda di Gravidanza*, uno stampato di circa 150 pagine che informa sul Percorso Nascita regionale e che si configura come una cartella sanitaria che accompagna la donna. La consegna da parte della ostetrica avvie-

ne attraverso i consultori e la spiegazione del suo utilizzo comporta un incontro di circa 60 minuti. In quell’occasione dal 2019, viene anche illustrato il consiglio della vaccinazione antipertosse e questa sensibilizzazione a tappeto ha permesso di ottenere un’adesione molto alta in breve tempo dall’inizio della offerta; nello stesso incontro peraltro viene anche comunicata l’offerta della vaccinazione anti-influenzale.

Le azioni sopra riportate sono solo alcune delle azioni di collaborazione svolte integrando i PLS, i pediatri ospedalieri, l’ufficio vaccinale, le ostetriche ecc. Inoltre altri esempi di buona integrazione tra ospedale e territorio sono: il gruppo che si occupa in modo interdisciplinare sull’abuso-maltrattamento e che coinvolge i NPI, i servizi sociali, le forze dell’ordine e la medicina legale; le azioni di prevenzione odontoiatrica, che hanno permesso di avere un quadro di salute orale nella nostra popolazione stratificata per fasce di età [17] e per un certo periodo offrire anche il sigillo dei VI attraverso il SSN; con le biblioteche del VCO è attiva la promozione di Nati per Leggere e di Nati per la Musica; e recentemente ci stiamo occupando di consumo di antibiotici e appropriatezza prescrittiva, di adenotonsillectomie e apnee ostruttive (OSAS) e di screening precoce dello spettro autistico.

✉ andrea.guala@aslvc.it

La bibliografia è consultabile online.

- 1) FIARPED Federazione Italiana delle Associazioni e Società Scientifiche dell'Area Pediatrica. Libro Bianco dell'assistenza pediatrica. Dicembre 2019.
- 2) Villani A. Dalla crisi alle opportunità: una proposta per la pediatria in 1000 parole. *Pediatria*, 29 marzo 2018.
- 3) Valletta E., Gangemi M. Alcuni motivi per cambiare, insieme. *Quaderni ACP* 2013;20:21-5
- 4) Brunelli A. Assistenza pediatrica 2020: quali prospettive? *Medico e Bambino* 2020;39:81-2(e risposta di Federico Marchetti).
- 5) Di Mario S., Iuli R., Macaluso A., Pivetta S., Tamburlini G. Qualità delle cure e costi in pediatria. *Quaderni ACP* 1996;3:8-13
- 6) Cattaneo A, Bettinelli ME, Chapin E, Macaluso A, Cordova do Espirito Santo L, Murante AM, Montico M. BFCI Study Group. Effectiveness of the Baby Friendly Community Initiative in Italy; a non-randomised controlled study. *BMJ Open* 6:e010232,2016.
- 7) World Health Organization (WHO). Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Training modules. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e79235.pdf>).
- 8) Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *J AdvNurs* 2012;68:2376-86
- 9) Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed frame work for maternal and newborn care. *Lancet* 2014;384:1129-45
- 10) SNLG-ISS. Gravidanza fisiologica. Linee Guida Roma:ISS 2011.
- 11) Ministero della Salute. Linee di indirizzo per la definizione e la organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO). Roma, 27 ottobre 2017.
- 12) Mastroiacovo P, Nilsen R, Leoncini E et al. Prevalence of maternalpreconceptionriskfactors: an Italianmulticentersurvey. *Ital J Pediatr* 2014;40:91
- 13) Lodolo L, Rossi C, Canale C, Barbaglia M, Prandi G, Ghiotti P, Agreiter I, Pagani L, Finale E, Cappuccia N, Guala A. Standardization and enrichment of culture medium improvedetection of Group B Streptococciduringprepartum screening. *J CommMed Health Edu* 2014;4:319-23
- 14) Finale E, Leonardi G, Auletta G, Amadori R, Saglietti C, Pagani L, Guala A. MMR vaccine in the postpartumdoesnotexposeseronegativewomen to untowardeffects. *AnnIstSup San.* 2017;53:152-6.
- 15) Hewlett EL, Edwards KM. Clinical practice. Pertussis,not just for kids. *N Engl J Med* 2015;352:1215-22
- 16) Ministero della Salute. Guida alle Controindicazioni alla Vaccinazioni. Quinta edizione, luglio 2017.
- 17) Luotti D, Rosmarini M, Comaita F, Strohmenger L, Barbaglia M, Guala A. Salute orale in età prescolare. *Il Medico Pediatra* 2009;1:21-7