

Il contributo della pediatria di famiglia a una *community-oriented primary care* dopo la pandemia da Covid-19

Prospettive dall'Italia

Gianfranco Damiani^{1,2}, Giulio F.M. Pasca², Paola Arcaro², Laura Reali³

¹Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma; ²Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ³Pediatria di libera scelta, Asl Roma 1, Roma

Obiettivo: individuare proposte di inserimento del pediatra di famiglia nelle attività integrate di assistenza primaria *community-oriented*, promosse attraverso la costituzione delle case della comunità.

Metodi: è stata condotta una revisione narrativa inclusiva di letteratura scientifica e grigia.

Risultati: nel contesto della casa della comunità, il pediatra di famiglia può operare in forme aggregate – AFT e UCCP –, all'interno di équipe multidisciplinari e multiprofessionali, in rete integrata con attori sociosanitari di altri setting e stakeholder comunitari. Figura strategica nell'offerta di salute, il pediatra realizza una presa in carico del paziente in età evolutiva, intercettando e rispondendo ai suoi bisogni, attraverso interventi di promozione della salute, prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione rivolti al singolo e alla comunità.

Conclusioni: la pediatria di famiglia si candida a rappresentare il nucleo motore di un processo sinergico che, con logiche sistemiche di presa in carico, consente di perseguire obiettivi di salute di una comunità, valorizzandone tutte le risorse.

Aim: To identify proposals for the inclusion of the Family Pediatrician in integrated Community-oriented Primary Care activities promoted through the establishment of "Community Homes."

Methods: An inclusive narrative review of scientific and gray literature was conducted.

Results: In the "Community House" setting, the Family Pediatrician can operate in aggregate forms - AFTs and UCCPs -, within multidisciplinary and multiprofessional teams, in an integrated network with social-health actors from other settings and community stakeholders. A strategic figure in health care delivery, the pediatrician realizes a comprehensive care of the pediatric patient, intercepting and responding to his or her needs, through health promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliation interventions aimed at the individual and the community.

Conclusions: Family Pediatricians are candidates to represent the driving core of a synergistic process that, with systemic logic of taking charge, allows the pursuit of health objectives of a community, enhancing all its resources.

Introduzione

Il contesto

La prospettiva di un'assistenza primaria orientata alla comunità, in cui elementi dell'assistenza sanitaria primaria e della medicina di comunità sono sistematicamente sviluppati e integrati in una pratica coordinata che garantisca accesso e continuità dell'assistenza all'individuo e alla popolazione, ha costituito un contributo fondamentale alla dichiarazione sulla *primary health care* della Conferenza di Alma-Ata del 1978 [1-2].

Nel perseguimento di questa prospettiva di sviluppo, la recente pandemia da Covid-19 è stata l'occasione per ripensare alla progettazione di processi e spazi fisici in grado di dare concreto supporto a una *community-oriented primary care* (COPC) [3]. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta la declinazione italiana degli investimenti attuabili con i fondi messi a disposizione dall'Unione europea per rilanciare l'economia dei Paesi membri a seguito della tragica esperienza pandemica, attraverso il programma "NextGenerationEU". In particolare, la Componente 1 della Mission 6 del PNRR fornisce la traccia di un nuovo modello organizzativo dei servizi sanitari territoriali, potenziandone l'assistenza di prossimità e la digitalizzazione, nell'ottica di rafforzare la capacità del SSN di operare come sistema vicino alla comunità, perseguendo i principi di universalità, uguaglianza ed equità [4]. Le linee di investimento e sviluppo tracciate dal PNRR vengono regolamentate dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77 (DM 77/2022), che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale in Italia, individuando nella casa della comunità (CdC) il "nodo centrale della rete dei servizi territoriali" [5].

Fin dalla Legge 833 del 1978, il SSN ha individuato nel pediatra di famiglia (PDF), o pediatra di libera scelta (PLS), nell'ambito dell'assistenza territoriale (AT), lo specialista di riferimento per i minori di età compresa tra 0 e 14 anni, in grado di fornire primo contatto, orientamento all'individuo e alla sua famiglia nel contesto sociale e ambientale in cui è inserito, continuità dell'assistenza lungo l'arco della crescita e dello sviluppo [5,6]. Attraverso una convenzione con il SSN, il PDF realizza, quindi, obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale perseguendo la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA). In raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza, favorisce la presa in carico da parte del sistema di AT degli assistibili, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato al bisogno [7].

Il presente lavoro, partendo dai riferimenti trovati in letteratura scientifica e dalle più recenti fonti normative in merito, intende formulare proposte di indirizzo operativo per la partecipazione della pediatria di famiglia alle attività integrate di COPC, nell'occasione dello sviluppo delle CdC.

Metodologia

È stata condotta una revisione narrativa secondo la metodologia di Green (Green, Johnson, Adams 2006) che ha previsto la formulazione di una stringa di ricerca contenente i termini "pediatric", "population", "family pediatrician", "pediatr*", "primary care", "primary health care", "innovative organizational models", "community", "community-oriented", "appropriateness", "efficiency", "efficacy". È stata interrogata la banca dati PubMed e investigata la principale letteratura grigia di riferimento istituzionale e nazionale (Ministero della Salute, accordo collettivo nazionale, normativa nazionale).

Risultati

Una visione di assistenza primaria “community-oriented”

Nell'ambito dei tentativi di definizione e delle evoluzioni concettuali che ha subito nel tempo, l'assistenza primaria può essere intesa come un sistema complesso di offerta di salute volto al primo contatto e alla presa in carico di individui e comunità, contraddistinto da un network interattivo tra persona/popolazione assistita, professionisti sanitari coinvolti nei setting di assistenza e stakeholder comunitari [8]. La presa in carico, intesa come garanzia di accesso e continuità dell'assistenza, contempla due livelli, comunitario e individuale. A livello di comunità include la caratterizzazione dei bisogni di salute attraverso modelli di stratificazione della popolazione che permettono di definire e intercettare una condizione di cronicità emergente prima che si renda manifesta, consentendo la realizzazione di interventi proattivi su target di popolazione, da monitorare con indicatori di performance in una prospettiva di miglioramento continuo. La presa in carico individuale, partendo da una valutazione del bisogno del singolo, comporta la formulazione di un piano di assistenza individuale (PAI) personalizzato che prevede un'équipe a geometria variabile nella composizione, in rapporto alla complessità del bisogno e all'intensità di cura richiesta. Anche a livello di individuo è prevista la fase del monitoraggio, cui consegue una valutazione e riformulazione del PAI ai fini di un miglioramento/mantenimento delle condizioni di salute dell'assistito [9]. In questa logica di presa in carico individuale, il trattamento di un evento acuto non complesso – concetto di primo contatto – deve affiancare la continuità dell'assistenza a livello informativo, gestionale e relazionale [10].

Il paradigma della “medicina di attesa”, in cui l'offerta è caratterizzata dalla mera erogazione di prestazioni frammentate e isolate nel tempo in risposta esclusiva a una domanda individuale, deve affiancare quello della “medicina di iniziativa” che anticipa la domanda espressa di salute dell'assistito, intercettando il bisogno prima che si renda manifesto, attraverso la presa in carico della comunità (programmi di popolazione) e dell'individuo (PAI).

La casa della comunità, cabina di regia di programmi comunitari e individuali

Una simile visione di assistenza primaria trova piena corrispondenza nel piano di riordino regolamentato dal DM 77/2022, il quale prevede l'elaborazione di modelli predittivi di cura attraverso una stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori, con l'obiettivo di differenziare le strategie di intervento e di presa in carico degli assistiti sulla base di livelli di rischio e bisogni individuali di salute. All'interno di questa cornice, il pediatra di famiglia diventa una figura strategica nel perseguire obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale. Individuato come referente principale dell'assistito in relazione agli aspetti diagnostico-terapeutici propri dell'età evolutiva, il PDF sarebbe all'interno di un'équipe che vede coinvolte figure professionali cooperanti e compartecipanti nella presa in carico del paziente, nelle azioni della CdC [5].

Individuata dal DM 77/2022 come “struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito”, la CdC si candida a essere un sotto-sistema aperto dell'assistenza primaria che agisce con identità logistica per un network di servizi che prevede integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse. Una cabina di regia della presa in carico comunitaria e individuale, punto di convergenza dei programmi comunitari di prevenzione e di presa in carico. La CdC adotta meccanismi di coordinamento a rete sia tra professionisti che svolgono la loro attività in équipe multiprofessionali e multidisciplinari, sia tra i diversi setting dell'assistenza territoriale (assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, assistenza residenziale e semi-residenziale, ospedali di comunità, hospice/palliazione) [5,11].

Casa della comunità e pediatria di famiglia: sinergie di salute attraverso AFT e UCCP

Il DM 77/2022 prevede che il modello assistenziale della “sanità di iniziativa” sia messo in atto dal PDF inserito in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e in unità complesse di cure primarie (UCCP), ricomprese nelle case della comunità – avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente – e in collaborazione sinergica con tutti gli attori del processo assistenziale [5]. Già la Legge n. 189, 8 novembre 2012, affidava a Regioni e Province autonome il mandato di disciplinare “le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e di garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana”. Il fine sarebbe stato quello di dare vita a strutture poliambulatoriali in rete, in grado di garantire un'assistenza h24 nei giorni feriali e festivi in collegamento telematico con le strutture ospedaliere [12]. Era la cosiddetta “legge Balduzzi” e gettava le basi per la costituzione obbligatoria, attraverso gli accordi collettivi nazionali (ACN), di UCCP e AFT da parte di medici associati in forme aggregative. L'ACN 2016-2018 prevede che attività, obiettivi e livelli di performance di AFT e UCCP siano parte integrante del programma di attività territoriali del distretto. La promozione di attività di prevenzione e diagnosi precoce, percorsi di gestione delle patologie croniche garantirebbero, per il tramite dell'AFT, l'erogazione dei LEA. La valutazione degli obiettivi raggiunti dalla AFT e dai PDF operanti all'interno delle UCCP costituirebbe parte variabile del trattamento economico degli stessi pediatri [13].

Pediatria di famiglia e interventi di prevenzione

Il piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (PNP) rappresenta parte della cornice comune di obiettivi rilevanti di sanità pubblica e investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni e Province autonome di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia. Adotta un sistema di valutazione che, sulla base di indicatori e relativi standard, consente di misurare nel tempo e in coerenza con il monitoraggio dell'applicazione dei LEA lo stato di attuazione dei programmi comunitari. A ogni Regione è demandato di recepire il PNP e di predisporre un proprio piano locale – piano regionale della prevenzione (PRP) – declinando contenuti, obiettivi, linee di azione e indicatori del Piano nazionale all'interno dei relativi contesti regionali e locali. Le aziende sanitarie si attengono ai PRP per realizzare interventi di prevenzione rivolti alla popolazione del territorio di riferimento – piani aziendali di prevenzione (PAP).

Il PDF riveste un ruolo primario e incisivo nella prevenzione delle malattie (trasmissibili e non) tramite azioni specifiche rivolte al singolo e misure di prevenzione collettiva – vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale pediatrico –, agendo già a partire dai primi 1000 giorni, cioè nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino. Il cosiddetto approccio *life-course* consente di ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono al bambino l'accesso ad ambienti e scelte di vita salutari, intercettando precocemente i soggetti in età evolutiva a rischio di sviluppare disabilità e indirizzandoli verso stili di vita sani e corretti [14]. Il PDF individua i contesti sociali di fragilità, incentivando la comunità e il singolo a ridurre il livello di esposizione a fattori di rischio modificabili. Assicura un follow-up del paziente integrato e inclusivo del suo contesto sociale supportando i caregiver, promuovendo iniziative di formazione che favoriscano il coinvolgimento familiare e il migliore inserimento dei minori in ambienti scolastici e di vita quotidiana [15]. È necessario un attivo coinvolgimento del PDF nei programmi di prevenzione comunitaria e in aggregazione funzionale con tutti gli attori del processo di salute, avvalorando le potenzialità di AFT e UCCP, con l'ambizione di porre questo specialista come figura chiave per favorire l'*health literacy* e

l'engagement della comunità. Il modello assistenziale da attuare deve essere quello della "sanità di iniziativa", che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria residenziale, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci di insorgenza o evoluzione della condizione morbosa. Si tratta di obiettivi verso cui tendere valorizzando un approccio per setting, che promuova massima interazione e cooperazione tra le istituzioni – scuola, ambiente di lavoro, associazioni, organizzazioni del terzo settore, servizi sanitari – nel processo di produzione di salute. Una sinergia composta in cui il PDF si interfaccia con aziende sanitarie ed enti locali per catalizzare l'attuazione di un programma di comunità [13,16].

Pediatria di famiglia e presa in carico dell'individuo

Il PDF, oltre alla funzione di primo contatto, garantisce la presa in carico dell'assistito, dalle fasi di prevenzione e promozione della salute a quelle di diagnosi, trattamento, riabilitazione (ed eventuale palliazione) delle condizioni patologiche, attraverso piani individuali, attuati in una logica di gestione integrata tra i vari attori coinvolti (professionisti dell'équipe, caregiver, familiari) e in una prospettiva di lungo periodo. Garantisce la gestione e il trattamento delle patologie anche nell'ottica di mantenere il più possibile l'assistito al proprio domicilio, riducendone il rischio di istituzionalizzazione. Assicura un follow-up del paziente integrato e inclusivo del suo contesto sociale, supportando familiari e caregiver con interventi di formazione e favorendo il migliore inserimento dei minori in ambienti scolastici e di vita quotidiana [5,13,17].

La digitalizzazione come strumento di supporto alla presa in carico

Tra i vari documenti programmatici nazionali e internazionali, l'importanza del ruolo della sanità digitale nel favorire i processi di presa in carico viene sottolineata anche nel piano nazionale della cronicità del 2016 [18]. L'implementazione delle *information communication technologies* (ICT) e delle loro applicazioni in sanità (*e-health*) si rende necessaria su due fronti. Da un lato consente di migliorare l'accesso e la continuità dell'assistenza con l'utilizzo della telemedicina nelle sue diverse modalità – televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telerefertazione, teleassistenza [19]. La telemedicina, le cui linee guida sono state approvate nel recente decreto del 21 settembre 2022, costituisce, infatti, un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria, in grado di supportare interventi di prevenzione, promozione della salute, diagnosi e trattamento di condizioni cliniche acute e croniche. Dall'altro lato, la digitalizzazione in sanità, attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche e una migliore interoperabilità dei dati, consente l'integrazione funzionale del network di professionisti e servizi assistenziali, nonché azioni di monitoraggio e il public reporting dell'attività svolta, fondamentali per consentire il miglioramento continuo della qualità e una programmazione sanitaria coerente con i bisogni di salute della popolazione assistita [20].

Conclusioni

Sostenuta da evidenze di letteratura che la associano a un'assistenza sanitaria più equa, efficace ed efficiente, la visione di una assistenza primaria orientata alla comunità si concretizza nell'insieme di interventi sanitari che prevedono il coinvolgimento attivo della comunità di riferimento nella presa in carico di individui e popolazione.

La casa della comunità configura un network funzionale dell'assistenza territoriale che agisce con identità logistica per un'offerta di macro e microprogettualità di salute, promuovendo il coinvolgimento attivo di stakeholder comunitari. Persegue obiettivi di salute, attraverso l'attività di équipe multiprofessionali e multidisciplinari in cui i pediatri di famiglia operano in forme

organizzative secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e in rete con i diversi setting assistenziali.

La pediatria di famiglia può rappresentare il nucleo motore di un processo sinergico che, con logiche sistemiche di presa in carico comunitaria e individuale, con il supporto della sanità digitale e una formazione improntata a modelli curriculari internazionali attenti sia ai contenuti specialistici sia a contenuti trasversali che sviluppino il collegamento organizzativo nel sistema salute [21], ha ogni potenzialità di perseguire gli obiettivi di salute di una comunità, valorizzandone tutte le risorse. ■

Bibliografia

1. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, World Health Organization, 1978.
2. Gofin J, Gofin R, Stimpson JP. Community-oriented primary care (COPC) and the affordable care act: an opportunity to meet the demands of an evolving health care system. *J Prim Care Community Health* 2015 Apr;6(2):128-133.
3. Kark SL. *The Practice of Community-Oriented Primary Health Care*. Appleton-Century-Crofts, 1981.
4. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). 2021. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.
5. Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. GU Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022.
6. Zanetto F. Il ruolo del pediatra di famiglia nella promozione della salute mentale e nella prevenzione dei disturbi neuropsichiatrici. In: *La continuità del percorso dell'assistito tra cure primarie e cure specialistiche*. Prospettive Sociali e Sanitarie, supplemento 3, 2014.
7. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011 Oct 8;378(9799):1325-1338.
8. Damiani G, Arcaro P, Michelazzo MB. Assistenza territoriale. In: *Osservatorio salute 2021*. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, 2022:471-506.
9. Damiani G, Pascucci D, Sessa G et al. La Fragilità in una prospettiva di Sanità Pubblica: principi e strumenti per un approccio "life-course" orientato alla prevenzione. *Ig Sanita Pubbl* 2021 Jan-Feb;77(1):381-403.
10. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003 Nov 22;327(7425):1219-1221.
11. Mullan H, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002 Nov;92(11):1748-1755.
12. Legge 189/2012. Norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria.
13. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i. – Triennio 2016-2018.
14. Grandjean P, Perry J. A good start lasts the rest of your life. *Entre Nous* 82, 2015.
15. Shahzad M, Upshur R, Donnelly P et al. A population-based approach to integrated healthcare delivery: a scoping review of clinical care and public health collaboration. *BMC Public Health* 2019 Jun 7;19(1):708.
16. Ministero della Salute. Piano nazionale prevenzione 2020-2025.
17. Fehr F, Weiß-Becker C, Becker H, Opladen T. Entrustable professional activities in post-licensure training in primary care pediatrics: necessity, development and implementation of a competency-based post-graduate curriculum. *GMS J Med Educ* 2017 Nov 15;34(5):Doc67.
18. Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, 2016.
19. Decreto del Ministero della salute del 21 settembre 2022. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina. Requisiti funzionali e livelli di servizio. GU Serie Generale n. 256 del 2 novembre 2022.
20. Cerri A, Arcaro P, Sessa G, Damiani G. Integrare l'Assistenza Primaria con l'Approccio Comunitario: la sfida della sinergia necessaria tra Assistenza Primaria e Sanità Pubblica. In: *Monografia Primary Health Care*. Parte I. Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute. Volume 66, n. 3, luglio-settembre 2022.
21. Villaizán Pérez C, Aparicio Rodrigo, Kovacs A et al. Entrustable Professional Activities for the Training of Postgraduate Primary Care Pediatricians. *Acad Med* 2023 Apr 1;98(4):468-472.