

1<sup>a</sup> Conferenza  
nazionale

---

SULLE  
**CURE PRIMARIE**

*- Programma -*

Bologna, 25-26 febbraio 2008  
*Palazzo dei Congressi, Piazza della Costituzione*

**Antonio  
Correra**

**Società  
Italiana di  
Pediatria**



**FORUM**  
*Formazione-Assistenza*

**QUALE PEDIATRA  
PER QUALE MODELLO  
DI PEDIATRIA**

Presidente  
*Prof. GIUSEPPE SAGGESE*

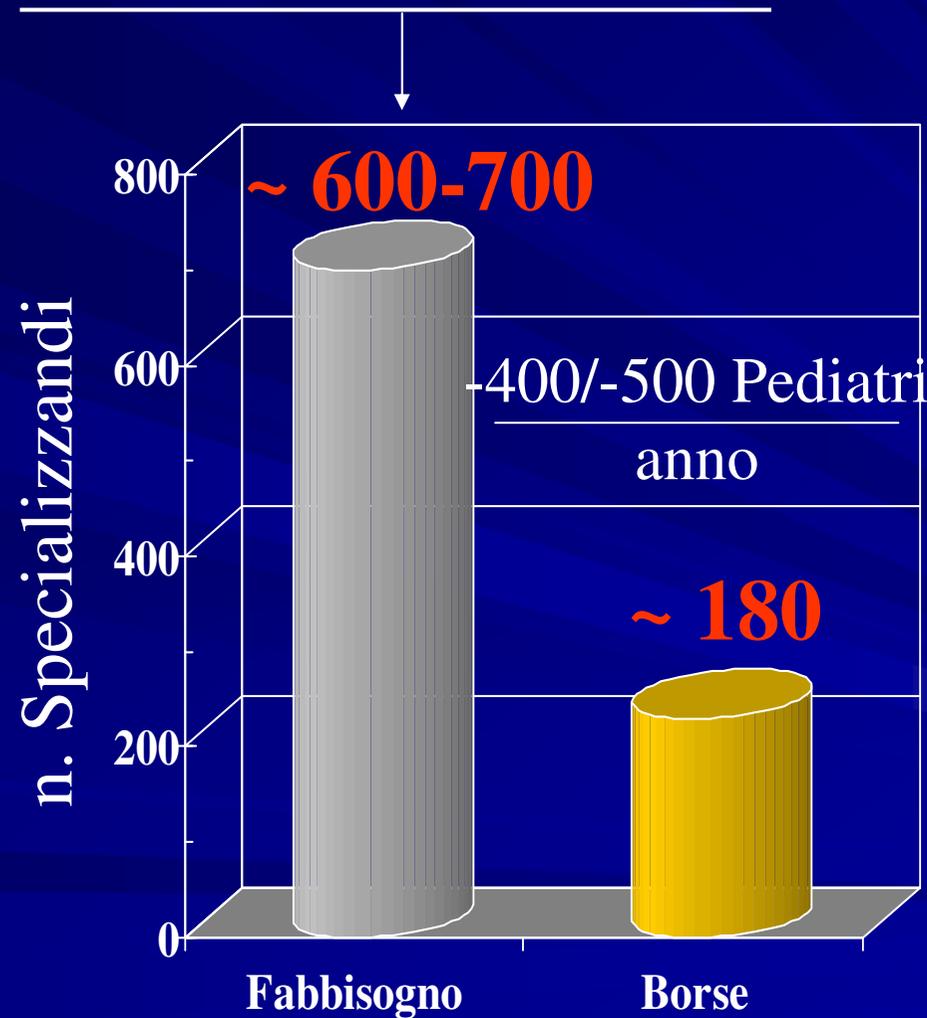
**PISA**

**15 - 17 GIUGNO 2006**

CENTRO CONGRESSI  
HOTEL GALILEI  
Via Darsena 1 - 56121 Pisa

# PEDIATRI IN ITALIA

~12.500 Ricambio minimo 5 % / anno



In 10 anni  
-5000 / -4000  
Pediatri

# Premessa

- Il sistema di assistenza ai bambini nel nostro Paese è efficace (vedi indici di mortalità e morbilità in ambito dell'età pediatrica) ma inefficiente (numero di ricoveri elevato, elevato numero di U.O. con basso numero di ricoveri, ecc....).
- Facendo alcune ipotesi per ovviare ad alcune delle problematiche alla base della inefficienza del nostro sistema vanno inizialmente posti alcuni punti fermi

- **Il bambino ha diritto ad una risposta assistenziale con competenze pediatriche durante l'arco delle 24 ore, sette giorni su sette.**
- Deve essere ottimizzata la presenza del PLS durante le ore diurne
- Deve essere proposta una soluzione al problema della continuità assistenziale
- Deve essere riorganizzata la rete ospedaliera pediatrica

**E' compito della Società Italiana di  
Pediatria e delle società professionali  
pediatriche stabilire requisiti e  
standard assistenziali per le cure  
primarie e secondarie.**

# Cure primarie

- Deve essere incentivata l'integrazione funzionale e operativa tra i Pediatri di famiglia promuovendo il lavoro in forma associata (Pediatria di gruppo e in associazione) e chiedendo una apertura coordinata degli studi che preveda, sul territorio di ogni singolo distretto, una **copertura più efficiente e fruibile della fascia oraria compresa tra le ore 8.00 e le ore 20.00 dei giorni feriali.**

# Cure primarie

- Deve essere incentivato l'utilizzo di personale ausiliario di studio sia di tipo infermieristico che amministrativo in modo da liberare il Pdf da incombenze che non richiedano espressamente l'impiego di uno specialista.
- Deve essere previsto l'impiego anche di più figure professionali per ogni singolo Pediatra in modo da consentire, dove necessario, l'assistenza di un numero maggiore di pazienti rispetto a quanto indicato dagli attuali massimali.

# Cure primarie

- L'organizzazione deve essere dimensionata in modo da risultare funzionale al raggiungimento dei bisogni di salute individuati ai vari livelli (nazionale, regionale, aziendale e distrettuale).
- Deve avere un alto grado di duttilità e flessibilità per potersi adattare velocemente al mutare dei bisogni assistenziali e organizzativi, permeando il più possibile il territorio di riferimento.
- Il raggiungimento degli obiettivi dovrà essere monitorato attraverso l'utilizzo di indicatori concordati e validati che consentano un monitoraggio costante dello stato e della qualità dell'assistenza erogata (**valutazione outcomes**)

# Continuità dell'assistenza

- Durante la notte ed i giorni prefestivi e festivi deve essere assicurata da forme integrate pediatriche (già sperimentate o in fase di sperimentazione) tra ospedale e territorio (ciascuno per le parti di propria competenza) e con la collaborazione dei medici del servizio di continuità assistenziale.

# Esperienze proposte:

- **Pediatri di famiglia riuniti in gruppo** in una struttura distrettuale o ospedaliera distinta dal PS ( Chiamanti )
- **PdF. e P.O. integrati.** ( sperimentale Faraguna, Montanari ) Questo progetto sperimentale ipotizza l' utilizzo di strutture distrettuali (dove i distretti sono luoghi di cura) o ospedaliere (funzioni di rete degli ospedali sia di 2° che di 3° livello) nelle quali prevedere l' attività in gruppo di pediatri di famiglia e ospedalieri, coadiuvati da personale infermieristico.
- **Medici di G.M.** ( continuità assistenziale ) adeguatamente formati e supportati per dare risposte ai codici bianchi dopo triage pediatrico in PS selezionando i casi da inviare al P.O

# Medici della continuità assistenziale

- Devono essere adeguatamente formati e devono essere in comunicazione (audit clinico, rete informatica ) con i PdF e con il P.S. pediatrico di riferimento.
- Tale formazione deve avvenire presso gli ambulatori dei Pdf e presso le U.O pediatriche ospedaliere.
- Il percorso formativo ( teorico / pratico ) deve prevedere un numero di ore adeguate per l'area pediatrica, al momento assolutamente insufficiente. Allo scopo di validare e certificare tale attività di formazione deve essere previsto che un pediatra ( Pdf o ospedaliero ) coordini la formazione pediatrica del medico di C.A indirizzandola ai bisogni assistenziali del territorio di riferimento.

# Razionalizzazione del percorso clinico del paziente per evitare fenomeni di medical shopping.

- **Una volta assicurata la presenza del PLS sulle 12 ore, l'accesso al P.S. pediatrico ad eccezione delle vere urgenze, deve avvenire mediante un filtro del medico di cure primarie .**

# Punti fondamentali cure secondarie

- I codici bianchi devono assolutamente essere trattati al di fuori dell'ospedale, con modalità che possono essere anche diverse, a seconda delle peculiarità locali. Soltanto in orario notturno, può essere coinvolto il Pronto Soccorso ospedaliero. In tale maniera non vengono sprecate risorse ospedaliere da indirizzare ai pazienti ricoverati.

# Gestione dei pazienti con patologie croniche.

- È necessaria una maggiore integrazione ospedale e territorio. Per la stragrande maggioranza di questi pazienti è possibile un follow up congiunto dello specialista e del pediatra di libera scelta. Ad evitare interventi medici inutili o ridondanti, è necessario utilizzare protocolli assistenziali condivisi che specifichino frequenza e tipologia dei controlli clinici, degli esami, degli interventi di educazione sanitaria etc.

# Dove deve avvenire l'integrazione ospedale territorio

- Sarà opportuno ricercare accordi regionali che rendano più facile l'integrazione tra Ospedale e Pediatria di famiglia.
- L'ambito naturale per l'integrazione ospedale territorio deve essere il **Distretto** che deve prevedere un tavolo di concertazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera.
- Inoltre nell'ambito del Distretto deve essere definito il modello di continuità assistenziale, con le flessibilità precedentemente indicate.

# Dipartimento trasmurale (Ospedale/Territorio)

- Può essere il momento di coordinamento tra attività ospedaliere e territoriali.
- Nell'ambito del **Dipartimento** possono essere definiti i programmi con tutti gli attori che, pur non appartenendo al Dipartimento, a vario titolo, sono coinvolti nell'assistenza del bambino, ad esempio: la neuropsichiatria infantile, i servizi sociali, la scuola etc.

# Nell'ambito del Dipartimento verranno individuati:

- ***Formazione e aggiornamento comuni***

Lo scopo è la condivisione delle specifiche problematiche assistenziali e di un linguaggio comune.

- ***Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici***

Identificare percorsi diagnostico-terapeutici al fine di definire gli opportuni ambiti di cura per le specifiche patologie, omogeneizzare i sistemi di diagnosi e cura, garantire la migliore continuità assistenziale e il miglior rapporto tra efficacia ed efficienza.