

RIORGANIZZAZIONE

DELL'ASSISTENZA

PEDIATRICA

TERRITORIALE

L'attuale modello organizzativo dell'assistenza pediatrica territoriale si basa sulla figura del Pediatra di libera scelta che, operando in forma singola oppure in gruppo e in associazione, integrato nella rete di servizi territoriali di ogni Azienda Sanitaria, è impegnato a dare una risposta ai bisogni di salute del bambino e dell'adolescente.

Negli anni, i vari strumenti normativi che si sono succeduti, a partire dal PSN 2003-2005 in poi, hanno stimolato lo sviluppo delle forme associative come base per giungere ad una più importante riorganizzazione del sistema delle cure primarie.

L'obiettivo iniziale dell'attività in forma associata è stato quello di migliorare la qualità e l'accessibilità del servizio assistenziale. Infatti, le forme associative hanno contribuito a migliorare l'efficacia delle prestazioni sotto il profilo della qualità consentendo ai PLS di migliorare la organizzazione degli ambulatori e di avere più presidi diagnostici. Nello stesso tempo, esse migliorano anche l'efficienza del servizio, favorendo la creazione di un team di lavoro che costituisce un valore aggiunto al rapporto fiduciario tra famiglia e singolo pediatra.

I mutati bisogni e le crescenti richieste assistenziali dei Cittadini e la necessità di riqualificare i servizi sanitari offerti impongono, comunque, ulteriori sforzi organizzativi per consentire una migliore capacità di risposta alla domanda crescente di salute che va valutata e orientata recuperando i valori e i principi della legge 833/78, ribadendo l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio-sanitario.

E' importante sottolineare che qualunque modello di riorganizzazione delle cure primarie pediatriche non può prescindere dalle seguenti considerazioni :

- La caratteristica peculiare del lavoro del PLS che consiste nel rapporto di fiducia che si instaura col singolo paziente e la sua famiglia e nella responsabilità che da tale rapporto deriva;
- l'attuale modello organizzativo ha il vantaggio di una adeguata distribuzione territoriale degli studi e di vicinanza degli Assistiti, vista la particolare situazione oro-geografica della nostra Regione;
- la maggior parte dell'attività del Pediatra di Famiglia deve essere incentrata sulla prevenzione primaria e sull'implementazione di corretti stili di vita ,oltre che sui compiti diagnostici e curativi;
- la diversa tipologia di patologia rispetto all'adulto, con minore prevalenza di patologie croniche e maggiore di patologia acuta , che necessita di una risposta assistenziale certa ed efficace, ma non necessariamente immediata;
- la necessità di reinvestire le risorse liberate dalla razionalizzazione della rete ospedaliera sulla pediatria territoriale per sopperire alla conseguente deospedalizzazione della patologia pediatrica;
- la necessità di mantenere in vita quelle specificità organizzativo-assistenziali proprie della pediatria, che da sempre la distinguono dalla medicina dell'adulto;
- il limitato utilizzo delle consulenze specialistiche in quanto il percorso assistenziale si risolve nella maggior parte dei casi all'interno dell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia.

Situazione attuale nella nostra Regione

Sulla base di quanto previsto dall'AIR in vigore per la Pediatria di libera scelta (DGR n. 327 del 01.06.07), oggi nella nostra Regione circa l'80% dei PLS lavora inserito in una forma associativa (gruppo o associazione) e precisamente :

- la pediatria in associazione ha una copertura degli assistiti dei pediatri pari al 64,9% con sostanziale omogeneità di distribuzione nelle diverse Aziende;
- la pediatria in gruppo ha una copertura pari al 13,2 % ed è presente soprattutto nelle Aziende Sanitarie di Cosenza, Catanzaro e Reggio.

Proposta di modello organizzativo per l'assistenza pediatrica territoriale

L'ACN per la Pediatria di Libera scelta del 29.07.09 aveva già delineato gli ambiti di intervento per una riorganizzazione del sistema attuale dell'assistenza pediatrica territoriale, rinviando agli AIR la programmazione e la sperimentazione di modelli organizzativi più complessi e articolati rispetto alle forme associative attuali.

La legge 189/2012 (conversione del DL Balduzzi) ha confermato questo indirizzo prevedendo delle forme organizzative monoprofessionali, denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle forme organizzative multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) formate da tutti i medici e dalle altre professionalità convenzionate con il SSN.

Sulla base di queste indicazioni e tenendo conto sia della specificità dell'assistenza pediatrica che della situazione oro-geografica della nostra Regione, si propone la sperimentazione di nuove forme associative pediatriche che possono dare una migliore risposta ai bisogni di salute e di continuità dell'assistenza della popolazione pediatrica calabrese e che vengono individuate nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali Pediatriche (AFT Pediatriche).

Per quanto riguarda, invece, sia le Unità Complesse di Cure Primarie che le Case della Salute, che prevedono il coinvolgimento di tutti i medici convenzionati (MMG, PLS, medici della CA e specialisti ambulatoriali), oltre che di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali, dovranno essere oggetto di specifici accordi Regionali, che facendo seguito ai nuovi accordi Nazionali che indicheranno obiettivi e organizzazione, individuino specificatamente le modalità di partecipazione dei medici e le dotazioni strutturali, strumentali e di personale necessarie per lo svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna di esse.

LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Le AFT Pediatriche, come definite nell'ultimo ACN e nella legge 189/2012, sono le forme organizzative monoprofessionali dei PLS e rappresentano lo strumento che consente il coordinamento dell'attività dei singoli PLS in modo da garantire la realizzazione efficace ed efficiente di quei livelli di assistenza che il singolo professionista non può assicurare lavorando da solo, il tutto nel pieno rispetto dell'autonomia professionale individuale.

Le funzioni affidate a ciascuna AFT sono quelle previste dall'art. 26 Bis, comma 6 dell'ACN per la Pediatria di libera scelta. Per lo svolgimento di tali funzioni, tutti i pediatri facenti parte di una AFT saranno collegati al sistema informativo aziendale/regionale non appena questo sarà operativo.

In ogni AFT viene individuato un PLS referente che cura i rapporti col Distretto e gli altri servizi distrettuali e col coordinatore di tutte le AFT del distretto.

In ogni Distretto viene individuato un coordinatore, eletto dai PLS tra coloro che hanno maturato almeno dieci anni di anzianità di convenzione, che ha il compito di garantire:

- il coordinamento organizzativo-operativo e l'organizzazione degli incontri periodici;
- il collegamento con il Distretto per la raccolta e l'invio dei dati di report;
- l'interfaccia con l'ASP e sue articolazioni organizzative (Distretto, UCAD, etc.);
- la partecipazione ai momenti di verifica e di valutazione.

L'incarico ha durata annuale, eventualmente rinnovabile sempre dagli stessi Pediatri.

Costituzione delle AFT Pediatriche

Le AFT Pediatriche rappresentano la cornice organizzativa entro la quale si possono sviluppare nuove forme associative.

I pediatri di ciascuna AFT hanno il compito di :

- concorrere ai processi di governo della domanda mediante l'azione di gate-keeping;
- praticare una sanità di iniziativa attraverso la prevenzione, il counselling e l'informazione, migliorando in tal modo la gestione dello stato di salute della popolazione assistita;
- favorire l'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali e ospedaliere;
- partecipare alle iniziative aziendali di formazione funzionali alla valutazione dei percorsi di cura e alla costruzione e validazione di indicatori e strumenti di valutazione;
- favorire la continuità delle cure dei pazienti dimessi dall'ospedale e dei pazienti con patologie croniche richiedenti elevati bisogni assistenziali ed a rischio di ricoveri inappropriati con un adeguato monitoraggio del loro stato di salute ed individuazione dei sintomi sentinella di aggravamento della loro patologia;
- migliorare la gestione delle urgenze, anche tramite un adeguato self-help ambulatoriale.

La costituzione delle AFT Pediatriche è concordata tra gli stessi PLS e ratificata dai Comitati Aziendali in base alla distribuzione territoriale degli studi di origine. Ciascun componente dell'AFT risponde personalmente degli obblighi previsti dagli accordi vigenti.

L'eventuale modifica del numero dei componenti (per trasferimento, pensionamento o cessazione dell'attività convenzionata), quando possibile, dovrà essere notificata all'Azienda almeno due mesi prima della data prevista e dovrà avere il parere del Comitato Aziendale, anche al fine di individuare le soluzioni più idonee per mantenere gli standard assistenziali prefissati con la costituzione dell'AFT pediatrica.

Nelle AFT potranno strutturarsi Pediatri singoli, forme associative in rete od a sede unica :

- **Pediatria in Rete** - Tale modalità organizzativa è costituita prevalentemente da quattro o più pediatri dello stesso Distretto i cui ambulatori saranno collegati in rete per garantire l'accesso alle cartelle cliniche informatiche dei pazienti di tutti i pediatri che ne fanno parte. Sono consentite anche aggregazioni con due o tre pediatri lì dove esistono difficoltà oro-geografiche del territorio o eccessiva distanza tra i vari ambulatori. Dovrà essere previsto il coordinamento degli orari di apertura degli ambulatori, in modo da garantirne un congruo arco temporale di apertura distribuito tra mattino e

pomeriggio e per 5 giorni alla settimana dal lunedì al venerdì. Negli orari di chiusura degli studi sarà attivo un sistema di ricezione delle chiamate in modo da consentire la presa in carico per tutte le dodici ore diurne. L'atto di costituzione dovrà essere inviato all'ASP corredato dal regolamento organizzativo con gli orari dei singoli pediatri e della carta dei servizi dell'associazione che sarà esposta in tutti gli ambulatori.

- **Pediatria a Sede Unica** - Tale modalità organizzativa è costituita da almeno due pediatri, ma preferibilmente da quattro o più pediatri dello stesso Distretto che prestano la loro attività nella stessa sede. L'apertura dell'ambulatorio deve essere garantita sia al mattino e al pomeriggio e per 5 giorni alla settimana dal lunedì al venerdì. Negli orari di chiusura dello studio, sarà attivo un sistema di ricezione delle chiamate in modo da facilitare la presa in carico per tutte le dodici ore diurne. Nelle associazioni pediatriche a sede unica deve essere garantita ed incentivata la presenza del collaboratore di studio per tutto l'orario di apertura dell'ambulatorio. L'atto di costituzione dovrà essere inviato all'ASP corredato dal regolamento organizzativo con gli orari dei singoli pediatri e della carta dei servizi dell'AFT che sarà esposta nell'ambulatorio.

LE UNITA' DI CURE COMPLESSE PRIMARIE (UCCP) E LE CASE DELLA SALUTE

Le forme organizzative multi-professionali costituite dalle Case della Salute e dalle Unità Complesse di cure Primarie (UCCP) rappresentano per l'utenza un Punto Unico di Accesso alla rete dei servizi sanitari integrati e, per tale motivo, hanno un indubbio valore aggiunto in quanto sono un punto di riferimento stabile sul territorio che consente di risolvere in un'unica sede e in modo adeguato ed appropriato la maggior parte dei problemi sanitari dei cittadini.

Tali modelli organizzativi hanno il grosso limite di inficiare la capillarizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale che ha visto gli ambulatori dei MMG e dei PLS rappresentare per decenni i presidi sanitari più prossimi alla popolazione, anche nelle realtà più periferiche della nostra Regione. Ne deriva che, a parte le Case della Salute già individuate dalla programmazione regionale che ne stabilisce l'ubicazione, l'individuazione delle sedi delle varie UCCP dovrà essere attentamente valutata ed integrata con la rete degli ambulatori dei MMG e dei PLS nei diversi ambiti territoriali.

Relativamente all'organizzazione dell'assistenza pediatrica territoriale, poi, questi modelli organizzativi rappresentano sicuramente ulteriori limiti rappresentati dal minor numero dei PLS rispetto ai MMG e dal fatto che la maggior parte delle richieste assistenziali dei soggetti in età pediatrica trova adeguata risposta nell'ambulatorio del pediatra attrezzato con gli strumenti necessari per fare un self-help di primo livello, senza necessità di accertamenti diagnostici ulteriori. Bisogna anche tenere presente che gli specialisti utilizzati in tali realtà non sono sempre idonei ad affrontare le patologie specialistiche d'organo tipiche dell'età pediatrica.

Per tale motivo, i modelli organizzativi multi-professionali che si identificano con le UCCP e con le Case della Salute, non rappresentano, in generale, contesti adatti a soddisfare la specificità delle cure pediatriche che necessitano, di norma, di una organizzazione autonoma che può essere ottenuta più facilmente e con costi organizzativi più ridotti, tramite le AFT pediatriche.

La partecipazione dei PLS alle forme organizzative multi-professionali dovrà essere, comunque, su base volontaria e condivisa con le OO.SS. di categoria con appositi accordi Regionali che tengano conto delle diverse situazioni locali.

PERCORSO PREFERENZIALE PER ESAMI URGENTI

La definizione di un percorso preferenziale per gli esami urgenti, assieme agli strumenti per uno standard di self-help ambulatoriale, rappresenta un elemento essenziale per rispondere in modo appropriato alle richieste assistenziali tipiche dell'età pediatrica che richiedono una risposta tempestiva ed efficace, evitando così di ricorrere al Pronto Soccorso ed all'Ospedale.

In ogni Azienda Sanitaria, devono essere concordate tramite il Comitato Aziendale e l'UCAD, le modalità organizzative per l'accesso diretto ai servizi diagnostici, prevedendo la risposta in tempi più o meno rapidi a seconda del tipo di esame richiesto, anche attraverso l'invio telematico dei referti direttamente allo studio del pediatra.

Catanzaro 10.03.2014

FIMP CALABRIA

Dott. Zappia Vincenzo