

INFORMAZIONI CIOFS E CNOS/SCUOLA

2/2017

A cura di d. Bruno Bordignon

35/17 Pediatria, si cambia. Ecco le nuove linee guida sulle cure per infanzia e adolescenza

(sanita24.ilsole24ore.com - di *Barbara Gobbi*)

[Lo schema di Linee di Indirizzo e della Rete dell'Emergenza-Urgenza pediatrica](#)

Anteprima. Dieci linee di azione per promuovere il miglioramento di qualità, sicurezza e appropriatezza in area pediatrico-adolescenziale, più un ampio approfondimento sulle cure d'emergenza-urgenza ai minori. Dopo un lungo stand-by nei cassetti del ministero - non a caso i dati di riferimento risalgono al 2013 - approda alle Regioni il restyling delle cure pediatriche. Una revisione molto attesa da strutture, addetti ai lavori e famiglie, un tassello necessario a colmare disomogeneità nazionali e gravi lacune nel collegamento tra ospedale e territorio, nella formazione del personale, nel confezionare una rete di assistenza d'emergenza 118 ancora piena di buchi. Infine, ma non certo in ordine d'importanza, vi sono i bisogni emersi negli ultimi anni: la gestione delle cronicità pediatriche, le nuove emergenze in campo neuropsichiatrico, i percorsi assistenziali necessari alla gestione dei grandi prematuri.

Temi che si ritrovano nelle 10 linee d'azione che sono il cuore della svolta, ancora per il momento limitata alle buone intenzioni scritte nel documento prodotto da un Gruppo di esperti, istituito presso la direzione generale della prevenzione del ministero della Salute e condiviso e arricchito con il Tavolo tecnico sullo sviluppo delle reti assistenziali pediatriche e sulle priorità assistenziali in ambito pediatrico, istituito presso la Dg delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Ssn. Non a caso: far fronte alle carenze formative e al rischio di carenze di pediatri che grava sui prossimi anni è tra le priorità. Basti pensare che ipotizzando un numero costante di contratti di formazione specialistica rispetto all'anno accademico 2013-2014, nel documento si stima di riuscire a formare entro il 2030 "appena" 5.712 pediatri, tra pls e medici ospedalieri. Un dato che per la pediatria di libera scelta, considerando la curva pensionistica, potrà a un saldo negativo. Una brutta notizia per il riordino della pediatria, se si considera che tra le grandi scommesse, ancora tutte da giocare visto che la riscrittura della Convenzione è ancora acerba, c'è la piena valorizzazione del ruolo del pediatra di famiglia.

Queste, intanto, le dieci linee d'indirizzo su cui focalizzare gli interventi: Misure di politica sanitaria per l'integrazione dell'assistenza pediatrica; Criteri e standard per l'assistenza pediatrica; Hospice e terapia del dolore; Assistenza al bambino con malattie croniche complesse e malattie rare; Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva; Riabilitazione in età evolutiva; Formazione degli operatori; Carta dei servizi e volontariato; Monitoraggio e verifica delle attività; Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per l'assistenza in area pediatrico-adolescenziale. In particolare, le nuove politiche sanitarie per i minori dovranno puntare a: riorganizzare le cure primarie; assicurare un'adeguata gestione delle urgenze ed emergenze; ottimizzare l'offerta dell'assistenza ospedaliera di I e II livello, anche tenendo conto del Dm 70; definire i percorsi assistenziali del bambino complesso, inclusi i neonati pretermine; promuovere l'integrazione ospedale-territorio attivando un sistema a rete; favorire la prevenzione; individuare le modalità organizzative più appropriate per la presa in carico e l'assistenza nelle aree disagiate; identificare i bisogni dei bambini immigrati. I criteri dell'assistenza spettano a Regioni e P.a.: dovranno organizzare l'erogazione appropriata delle cure primarie pediatriche; definire la rete ospedaliera e le Uo pediatriche in livelli di complessità; definire la rete dell'emergenza-urgenza. Per gli hospice, sempre ai governatori si chiede l'attuazione della rete prevista dalla legge del 2010, mentre per i bambini cronici dovranno realizzare un modello assistenziale a rete tra H e territorio, individuare i centri di riferimento e le strutture di II livello regionali/sovra regionali, definire i Pdta. La Neuropsichiatria dell'età evolutiva, inserita nei nuovi lea, prevede l'individuazione precoce dei disturbi gravi e uno specifico coinvolgimento dei Dsm e dei dipartimenti dipendenze. Sono previste

aree di ricovero ordinario organizzate per bacini di utenza sovra aziendali/regionali o in bacini interregionali per le Regioni più piccole. Quanto alla riabilitazione, si prevede una rete coordinata per la disabilità dello sviluppo, organizzata per più livelli così da garantire livelli differenziati di risposta. Anche qui, cruciale è l'integrazione tra ospedale e territorio. Ogni struttura dovrà sviluppare una Carta dei servizi specifica per l'assistenza pediatrica, nonché valutarne l'accessibilità e la fruibilità da parte dei pazienti. A volontariato e associazioni dei genitori il ruolo di garanti. Infine, il monitoraggio: il ministero della Salute, Regioni e Pa e l'Agenas dovranno individuare indicatori di processo e di esito da inserire nel Piano nazionale esiti e nella verifica dei Lea. Entro 90 giorni dall'approvazione dell'Accordo, è prevista l'istituzione del Comitato per l'assistenza pediatrica e adolescenziale: dovrà coordinare e verificare le attività.

La revisione della rete di emergenza-urgenza. Il documento elaborato dal tavolo tecnico di esperti presso il ministero della Salute già anni fa e tenuto "in ghiacciaia" fino a oggi, riscrive la rete delle cure d'emergenza a partire dalle criticità: l'insufficiente integrazione tra sistema di emergenza territoriale 118 con i Ps pediatrici, ove presenti, e con i Dea pediatrici di riferimento per l'emergenza-urgenza; la mancanza di sistemi di monitoraggio in tempo reale dei posti letto nelle terapie intensive neonatali e nelle terapie intensive pediatriche; la carenza di programmi formativi ad hoc per il personale. Solo per citare alcune problematiche. La griglia proposta prevede 4 livelli: i presidi ospedalieri di base (80.000-150.000 abitanti), i Dea di II livello (150.000-300.000 abitanti), i Dea di II livello (600.000-1.200.000 abitanti), i Dea di II livello pediatrico e il trauma center pediatrico. Nodo cruciale della rete, le terapie intensive (Tip) e semintensiva pediatrica. La prima da prevedere negli hub pediatrici di II livello e per un bacino di almeno 2 milioni di abitanti; la seconda nelle pediatrie degli ospedali sedi di Dea di II livello e nei Dea di II livello pediatrico. L'Obi pediatrica, infine, va organizzata in tutti gli ospedali pediatrici.