



La categoria sostiene la necessità di rivedere radicalmente i criteri di utilizzo del pronto soccorso

# Pediatria d'emergenza senza

Ospedali congestionati e spesso carenti di professionisti ad hoc - Troppi

**È** allarme rosso per la gestione delle emergenze pediatriche in Italia. I pronto soccorso ospedalieri, affollati di pazienti "under 14", spesso non sono attrezzati per offrire loro un'assistenza adeguata, mentre il territorio dà a genitori e bambini risposte ancora insufficienti e non appropriate alla domanda.

A segnalare le problematiche del settore sono la Società italiana di pediatria e il Gruppo di medicina di urgenza, nato al suo interno proprio per tutelare un ambito di intervento ancora scoperto. Al doppio problema di strutture ospedaliere ancora disorganizzate e dell'assenza di una fitta e disponibile "rete" di pediatri di famiglia i professionisti forniscono risposte, orientate, da un lato, a sollecitare una differente organizzazione del pronto soccorso, più "tarata" sulle esigenze dei piccoli pazienti; dall'altro a realizzare un profondo "restyling" nell'organizzazione della pediatria di famiglia.

A confermare l'urgenza del problema, sono sufficien-

ti pochi ma significativi dati: secondo la stima della Società italiana di pediatria, le strutture ospedaliere sono sempre più congestionate: gli accessi pediatrici ai pronto soccorso sono circa 5 milioni all'anno, una cifra superiore del 400% rispetto all'ultima rilevazione ufficiale, datata 1996.

«Il 70% degli ospedali italiani - spiega inoltre Antonio Giardina, presidente del Gruppo di medicina di urgenza della Sip - non dispone di un pediatra in pronto soccorso. Quasi sempre i bambini sono visitati dal medico di turno, per poi essere "inviati" direttamente al reparto di Pediatria dell'ospedale. Una situazione che prolunga l'attesa e che può dare luogo a ospedalizzazioni non necessarie. La risposta fornita alle famiglie, insom-



ma, spesso non riesce a essere immediata né appropriata. Eppure, il Progetto obiettivo materno-infantile, diventato legge nel giugno 2000 e ancora largamente inattuato, prescrive alle Regioni di predisporre pronto soccorso pediatrico almeno di primo livello. E, insieme con il nuovo Piano sanitario nazionale, suggerisce un'organizzazione sul territorio alternativa a quella attuale, in cui il pediatra sia al centro del sistema di cure. Ma la realtà è un'altra: non esiste una rete di pediatri strutturata e in grado di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, per rispondere alla domanda assistenziale delle famiglie».

Accanto a fattori come la progressiva medicalizzazione della società, l'offerta di

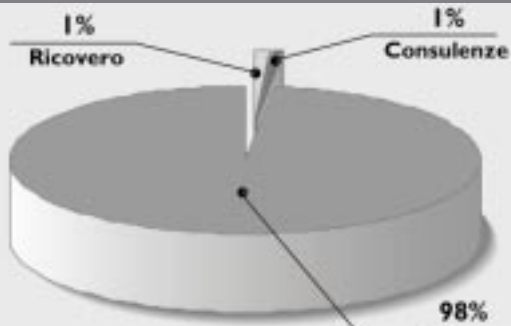
prestazioni completamente gratuite, la scarsa informazione dei genitori e la loro inevitabile ansia rispetto a situazioni d'emergenza che coinvolgano la salute dei figli, il boom ha, infatti, anche un'altra spiegazione: la difficoltà dei pediatri di base di rispondere alle richieste di aiuto che del pronto soccorso potrebbero fare a meno. E che sono la maggior parte.

«La stragrande maggioranza degli accessi, tra l'80 e l'85% - spiega Vittorio Carnelli, direttore del dipartimento di Pediatria degli Istituti clinici di perfezionamento dell'azienda ospedaliera "Buzzi-De Marchi" di Milano - deriva da un'urgenza soggettiva, cioè avvertita come necessità dai genitori, ma in realtà perfettamente gestibile dal pediatra di base. Si tratta insomma di una domanda immotivata dal punto di vista clinico, che però è praticamente obbligata a cercare risposte nelle strutture per l'emergenza degli ospedali, a causa dell'assenza di disponibilità del pediatra di famiglia nel mo-

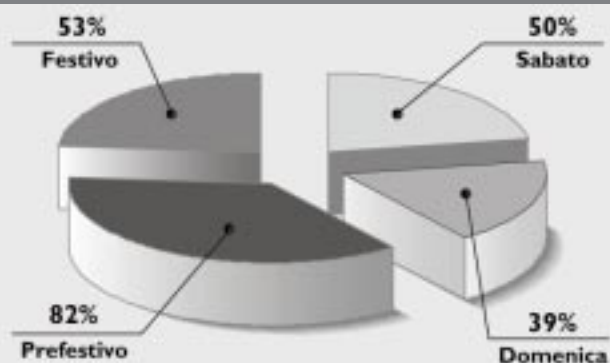


Sperimentazione in corso a Venezia

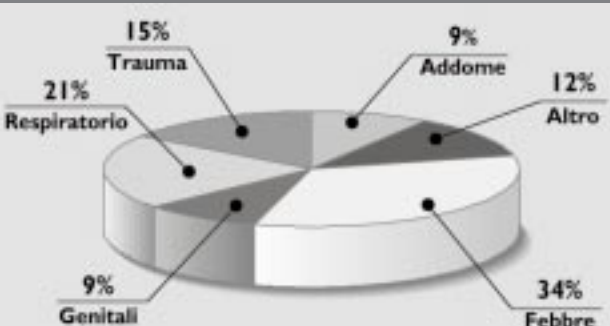
## Esito delle visite



## Media dei contatti per giorno



## Ricoveri per motivo d'accesso



Un servizio di guardia pediatrica festiva attivato in Abruzzo, formazione e consulenza sulla continuità assistenziale in Toscana, ampliamento degli orari di ambulatorio e reperibilità telefonica dalle 8 alle 20 in Lombardia. Sono ancora in fase di rodaggio, in Italia, le prime esperienze di continuità assistenziale avviate sulla base di accordi tra le amministrazioni regionali e la Federazione italiana dei pediatri.

L'unico progetto aziendale di cui siano già noti i risultati è attivo a Venezia e a Mestre dal marzo 2001, grazie a un accordo tra Ulss e Fimp e prevede sia la continuità assistenziale diurna feriali sia quella diurna prefestiva e festiva.

L'iniziativa ha coinvolto 21 pediatri di famiglia su 32 della Ulss 12 di Venezia per il progetto feriali e 228 professionisti regionali per il progetto festivo. Il primo prevede l'apertura di almeno due ambulatori cittadini dalle 8 alle 20 durante tutti i giorni feriali e una reperibilità telefonica tramite numero verde, che disloca la chiamata sul posto di assistenza. Il progetto di reperibilità prefestiva e festiva ha invece comportato l'apertura di due studi pediatrici a Venezia e a Mestre, vicini rispettivamente alle sedi dell'Ospedale Civile e all'"Umberto I", dalle 8 alle 20 e con l'impiego di tre pediatri per turno.

Nel 2001, in 10 mesi di

## L'orario continuato piace a mamme

sperimentazione, le telefonate ai due servizi attivati sono state in tutto circa 12mila e 800, gli accessi oltre 6mila. E il 98% delle visite si è concluso, in entrambi i presidi, con la dimissione. Soltanto il 2% dei casi hanno comportato ricoveri o accessi a

cure di II livello. A conferma della possibilità di risolvere in ambulatorio gran parte delle urgenze differibili, cioè percepite come tali dai genitori dei bambini, ma non reali, i motivi delle telefonate o delle visite coincidevano inoltre con quelli registrati

nella normale attività quotidiana del pediatra di famiglia. I problemi alla base degli accessi sono stati principalmente febbre e disturbi all'apparato otorinolaringoiatrico, disturbi cutanei e addominali.

Il gradimento espresso dal-

## Padova interpellata i genitori

### Preferito il tandem strutture-professionisti

**A**nalizzare le cause che spingono i genitori a condurre i bambini al pronto soccorso e le loro aspettative, valutare il ruolo del pediatra di famiglia nel motivare tali accessi e chiedere il parere dei genitori su modelli alternativi di assistenza. Erano questi gli obiettivi di un'indagine condotta a Padova da un gruppo di pediatri di famiglia, tramite la somministrazione di circa 500 questionari ai genitori di bambini assistiti.

Il primo dato che ne è emerso è un utilizzo recente molto alto (uno su due genitori intervistati) del pronto soccorso, da parte di genitori - relativamente giovani (età media 36 anni) e con un elevato livello di istruzione - di bambini prevalentemente al di sotto dei cinque anni. Una tipologia di utenti in cui - spiegano gli autori della ricerca - sembrano prevalere problemi "mediamente" più appropriati rispetto a quelli che giustificano gli accessi al pronto soccorso pediatrico nella popolazione generale. Utenti che quindi, in teoria, sembrerebbero saper valutare meglio l'urgenza.

Eppure, gli accessi - peraltro con buona soddisfazione degli utenti, a parte le segna-

lazioni di disagio da sovraffollamento - restano elevati. Il perché è presto detto: la risposta è essenzialmente nella necessità di dare soddisfazione in tempi brevi a un'esigenza impellente. A cui il pediatra di famiglia non risponde perché spesso non è rintracciabile per orari di ambulatorio o di visita. Dopo la visita in pronto soccorso, in ogni caso, la tendenza è tornare, per controlli successivi, dal pediatra, nel segno della continuità assistenziale.

Interpellati sull'ipotesi della pediatria di gruppo, i genitori si sono detti largamente favorevoli. Tanto che alla domanda se questo modello organizzativo potesse rappresentare un'alternativa al pronto soccorso, l'80% degli intervistati ha risposto di sì: maggiore conoscenza del bambino, assistenza migliore e più personalizzata, minor carico di lavoro per il Ps e meno "code" sono le principali motivazioni.

La necessità di un'organizzazione secondo nuove modalità di lavoro - continuità assistenziale e azione di filtro da parte dei pediatri rispetto alle urgenze - sembrano dunque esigenze percepite dagli stessi genitori, ancora alla ricerca dell'appropriatezza di cure per i propri figli.



orso e stimolare l'associazionismo e la continuità assistenziale sul territorio

# rete: cure allo sbaraglio

gli accessi impropri: i PIs si propongono come gatekeeper



mento del bisogno. Non a caso, il 40% degli accessi alle strutture ospedaliere è concentrato nei giorni festivi, quando il pediatra di famiglia non c'è».

Una situazione che contribuisce largamente a congestionare i pronto soccorso degli ospedali, che moltiplica le spese, anche di ricovero, degli ospedali, e che soprattutto rischia di danneggiare i piccoli pazienti, sottoposti a uno stress emotivo spesso inutile.

La soluzione proposta dalla categoria? È nella promozione di forme di associazionismo tra professionisti e nell'avvio di sperimentazioni che garantiscano assistenza continuativa alle famiglie. «Il contratto della pediatria di base - spiega ancora Antonio Giardina - stimola le forme di associazionismo soltanto nel 10-15% dei casi. Siamo ancora al punto di doverci affidare, per un'organizzazione efficiente, alla buona volontà dei singoli professionisti. Le difficoltà sono insomma soprattutto di natura economica, dal momento che con l'attuale con-

tratto nazionale il pediatra di famiglia riesce a dedicarsi essenzialmente alla prevenzione. Anche se in questa situazione contrattuale non c'è obbligo di reperibilità sulle 24 ore, è proprio sulla continuità e sul collegamento con l'ospedale che occorre puntare. In ogni provincia andrebbe avviata un'organizzazione del lavoro che consenta al pediatra di famiglia, in caso di sospetta urgenza, di poter valutare per primo l'opportunità dell'invio al pronto soccorso. Per garantire una comunicazione snella ed efficace basterebbe poco: sarebbe sufficiente un collegamento on line o anche telefonico, purché continuativo, con l'ospedale. Al quale non resterebbe che occuparsi, finalmente, delle sole emergenze effettive».

A sottolineare le carenze di fondi per lo sviluppo di una rete pediatrica dell'emergenza finalmente senza

“buchi” è Roberto Marinello, segretario lombardo della Fimp, la Federazione dei pediatri. «È chiaro - spiega - che un maggiore impegno della pediatria di famiglia in questo campo non può prescindere dalla disponibilità di risorse e dal numero dei professionisti: i 200 neo specialisti annui non compensano i 600 che ogni anno lasciano la professione. Malgrado ciò, stiamo percorrendo la strada delle sperimentazioni e degli accordi regionali e

aziendali per la promozione di una continuità assistenziale pediatrica sia diurna sia prefestiva e festiva».

La pediatria di famiglia, insomma, punta a una migliore gestione dei propri pazienti, ma la “svolta” verso un modello di assistenza più efficiente, avvertono i professionisti, non potrà avvenire a costo zero.

pagine a cura di  
**Barbara Gobbi**

## Contratto nazionale in cerca di restyling

Tra osservazione temporanea, triage e accreditamento

# Una «triplice» per la qualità dei centri

L'anomalia di una gestione della pediatria d'emergenza ancora troppo sbilanciata sull'ospedale non può far dimenticare le carenze delle strutture di pronto soccorso, dove non sempre ad assistere i bambini è il pediatra. Eppure è l'appropriatezza - spiegano i pediatri della Società italiana di pediatria e del gruppo di studio di Medicina d'emergenza pediatrica - la condizione necessaria per una gestione efficace ed efficiente delle emergenze.

«Deve essere chiaro - spiega Antonio Giardina - che la risposta a uno stato di emergenza sanitaria di un bambino può essere fornita soltanto dal pediatra. In tutti i casi in cui a visitarlo è un altro professionista, ciò si traduce in ricoveri inappropriati, con percentuali oscillanti tra il 50 e il 70 per cento. Una situazione inaccettabile, di cui a fare le spese sono prima di tutto i bambini e le loro famiglie».

Eppure, prevenire i ricoveri impropri, anche quando non sia stato ancora realizzato l'associazionismo sul territorio tra pediatri di libera scelta, si può. E la ricetta ha più nomi: si chiama osservazione temporanea, triage infermieristico, certificazione di qualità.

L'osservazione temporanea. Nei pronto soccorso pediatrici che l'hanno attivata, la pratica dell'osservazione temporanea è una soluzione alternativa al ricovero immediato e a volte inopportuno, consentendo - per i casi che necessitano di cure o di prestazioni diagnostiche rapide - il check in un'area vicina al pronto soccorso.

Solo successivamente i bambini sono “smistati” all'area di ricovero o inviati alle cure del proprio pediatra di famiglia. Una prassi che a oggi è stata attivata soltanto in poche realtà, ma

che consente, come avvenuto al “Buzzi-De Marchi” di Milano, di abbassare il tasso dei ricoveri anche del 15 per cento. Con una notevole riduzione dei costi.

Il triage infermieristico. «Nei pronto soccorso - continua Giardina - andrebbe creata anche un'area separata per la valutazione del bambino, affidata al triage infermieristico, svolto ovviamente da operatori adeguatamente



formati. Soltanto la selezione all'ingresso da parte di infermieri esperti consente infatti di mettere in atto un'efficace azione di filtro, ma purtroppo sono pochissimi gli ospedali in cui il triage svolge pienamente questa funzione anche per i casi pediatrici».

Il peso specifico assegnato a infermieri specializzati nel trattamento del paziente pediatrico, intanto, è cresciuto notevolmente negli ultimi anni in seno alla Società italiana di pediatria.

Tanto che nel corso dell'ultimo congresso sul tema della gestione delle emergenze, nel giugno scorso, gli infermieri hanno deciso di organizzarsi come gruppo autonomo all'interno della Mup.

Un primo passo, che però dovrebbe contribuire, in futuro, anche a una maggiore incisività della categoria nello svolgimento dell'attività di triage pediatrico.

Accreditamento di qualità. Sul fronte qualità e accreditamento, infine, i pronto soccorso pediatrici hanno ancora molta strada da percorrere. Linee guida, clinical audit, analisi di costo/efficacia, questionari di soddisfazione degli utenti e medicina basata sull'evidenza sono ancora una merce veramente rara.

«Per il momento - spiega Vittorio Carnelli - soltanto il “Buzzi-De Marchi” ha ottenuto le certificazioni Iso 9002 e Vision, mentre tutti gli altri ospedali pediatrici italiani sono ancora nella fase di attivazione delle procedure».

Al quadro grigio della gestione dell'emergenza pediatrica il gruppo della Medicina d'emergenza punta a dare un volto, in assenza di dati aggiornati, con una maxi-rilevazione ancora in corso sull'offerta nazionale di strutture. Un monitoraggio che coinvolge tutte le strutture di pronto soccorso - comprese quelle dei tredici ospedali a carattere esclusivamente pediatrico - per definire “ufficialmente” lo stato dell'arte.

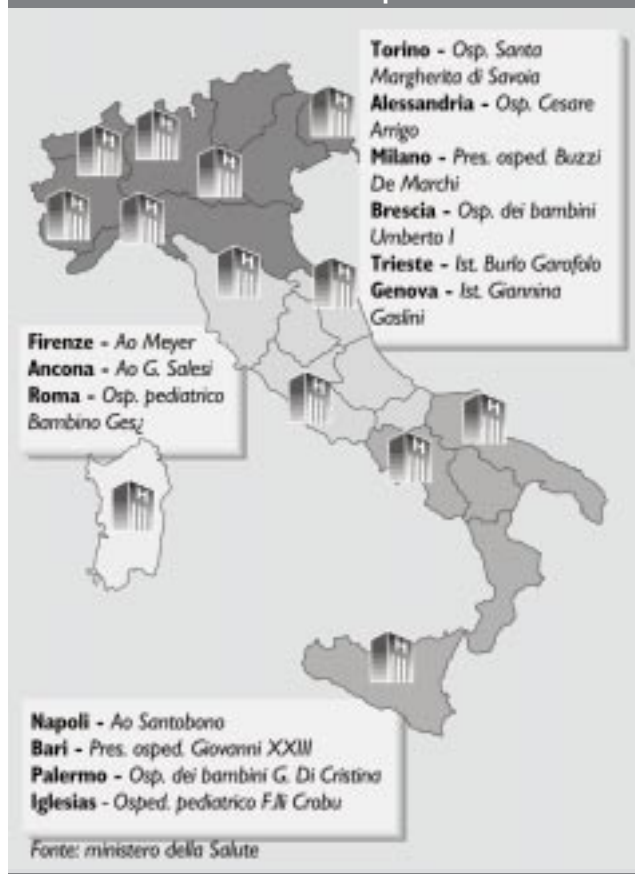
L'obiettivo è, sulla base dei risultati che ne emergeranno, presentare al ministero della Salute un progetto di restyling dell'intera gestione, ospedaliera e territoriale delle cure d'emergenza ai bambini.

## In pillole

N. di accessi annuali ai pronto soccorso pediatrici	5 mln
Percentuale di accessi ai Ps privi di urgenza reale	80-85%
Percentuale di urgenze trattate dal pediatra di base	20%
Percentuale di accessi motivati da reali emergenze	5%
Età prevalente negli accessi al Ps	< a 4 anni
Percentuale di accessi nei giorni festivi	40%
Incremento degli accessi al Ps negli ultimi 5 anni	400%

Fonte: Mup - Gruppo di medicina d'emergenza della Società italiana di pediatria

## Istituti a carattere pediatrico



## me e papà

l'utenza? Altissimo: circa il 95% dei genitori - secondo gli ultimi dati - ha apprezzato la maggiore facilità di accesso al servizio, la qualità della visita, il tempo di attesa e la professionalità dell'operatore.

In prospettiva, sottolinea il promotore del progetto, una sperimentazione del genere sembra conveniente anche sul fronte dei risparmi rispetto a un'eventuale, inappropriata, ospedalizzazione.

«Il gettone pagato dall'azienda sanitaria a ogni pediatra - spiega Giorgio Meneghelli, segretario provinciale della Fimp di Venezia e tra i promotori del progetto - è di circa 41,32 euro lordi per i giorni festivi e prefestivi e di appena 13 euro a paziente, nei feriali. Abbiamo calcolato che con questo sistema l'assistenza pediatrica continuativa di ogni bambino viene a costare in media non più di 13 euro all'anno alla Asl. Una cifra minima, se confrontata con i costi giornalieri di un ricovero. In ogni caso, la nostra idea è di non fermarci alla sperimentazione avviata a Venezia e a Mestre. Quello a cui puntiamo in futuro è svolgere un'azione non più soltanto di filtro,

ma di gatekeeper, con postazioni di pediatri di base vicine al pronto soccorso, da cui possano passare tutti i bambini. Soltanto così avremo la garanzia di ridurre al minimo gli accessi impropri al pronto soccorso. Di fatto, già da oggi tutti i genitori che possono e sono a conoscenza del servizio portano i bambini da noi, tanto che siamo stati costretti a introdurre un ticket di 30 euro per i pazienti che arrivano da fuori UsL. Certo, il problema che un servizio del genere pone è che, aumentando l'offerta, la domanda viene stimolata: su questo fronte però, al momento, come medici non siamo in grado di intervenire. È ovvio però che in futuro, e con un adeguato supporto della Regione, potremmo pensare anche a iniziative di educazione sanitaria destinate alle famiglie».

Al di là delle sperimentazioni, insomma, in una prospettiva più ampia la “rete” dell'emergenza pediatrica andrebbe ridisegnata per fornire, a famiglie “educate” a un più corretto rapporto con la salute dei propri bambini, un'offerta a tutto tondo da parte della pediatria di base, in grado di orientare la domanda di cure verso l'ospedale o verso il territorio, fornendo risposte più adeguate ed efficienti.

## Strategie vincenti sul fronte dei costi