

**PROGETTO REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

Oggi, di fronte all'aumento esponenziale delle richieste assistenziali, la sanità veneta richiede una nuova fase di programmazione per ridisegnare il quadro dei diritti e dei doveri di tutto il sistema dell'assistenza pediatrica ospedaliera e territoriale adeguando il servizio ai nuovi bisogni, anche mediante l'attivazione di modelli organizzativi sperimentali definiti a livello regionale. Il Pediatra di Libera Scelta è riconosciuto come il primo referente del paziente bambino e come l'elemento portante di avvio e monitoraggio dei percorsi preventivo-diagnostico-terapeutici più appropriati per i pazienti che, nella quasi totalità dei casi, si esauriscono nell'ambito della propria attività; se da un lato la sua figura e il suo ruolo devono adeguarsi al cambiamento dei profili di morbilità, della patologia corrente, dei nuovi bisogni e della domanda di salute sempre crescenti, dall'altro l'eccessiva sovrapposizione dei ruoli tra il primo e secondo livello assistenziale richiede una miglior definizione del confine tra territorio e ospedale spesso fonte di eccessivo dispendio di risorse che potrebbero essere riallocate per l'adeguamento dei servizi alle nuove richieste. Va riformulata l'organizzazione pediatrica territoriale per adeguarsi alle funzioni da assolvere oggi. E' necessario che la funzione di filtro del Territorio sia aumentata evitando che i bambini facciano inutili e tortuosi viaggi ai PS e alle Divisioni di Pediatria, intasando i PS e togliendo tempi di assistenza alle urgenze vere. Di conseguenza si rendono necessarie azioni correttive per potenziare una rete assistenziale territoriale che attivi gli strumenti di integrazione e di razionalizzazione tra i diversi livelli di assistenza e tra attori diversi nell'ambito dello stesso livello, secondo una logica "di sistema" basata sull'attuazione dei Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza per garantire uniformità di prestazioni su tutto l'ambito regionale, lasciando la specificità dell'ospedale alle patologie acute gravi. Un nuovo modello assistenziale delle Cure Primarie, per le nuove esigenze d'area pediatrica, è stato intrapreso nella Regione Veneto nell'ultimo Accordo Regionale per la Pediatria di libera scelta. Questo prevede un processo di incentivazione delle forme associative a complessità crescente, e il suo completamento si rivela la vera premessa ad una maggiore qualità delle cure con l'aumento della assistenza temporale (continuità) e l'incremento del self-help ambulatoriale (migliori diagnosi e cure con maggiore appropriatezza e costo-efficienza). Alla valorizzazione dello sviluppo delle Forme associative si aggiungono oggi l'informatizzazione e l'assistenza in rete.

Gli indirizzi regionali stabiliscono le condizioni per una attuazione uniforme del modello Cure primarie su tutto il territorio del Veneto. Esso prevede la definizione di modelli organizzativi standard ed omogenei per la pediatria territoriale e l'individuazione di attività e di funzioni assistenziali che devono essere garantite dai pediatri ai fini di migliorare il governo clinico della popolazione (AFT/Rete assistenziale) e l'efficacia della presa in carico dei propri assistiti (promozione dell'appropriatezza).

Obiettivi di sistema:

- sviluppare sul territorio regionale un sistema globale di reti assistenziali: orizzontali fra gli operatori delle singole categorie e verticali fra questi e operatori diversi che comunque concorrono all'assistenza di pazienti comuni;
- completare l'attivazione del flusso informativo/co per le prestazioni relative all'Accordo collettivo nazionale e regionale e alla gestione dei Patti aziendali e degli obiettivi di sistema,
- incentivare le nuove forme evolute di Pediatria di gruppo;
- contribuire al governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza concordati, evitando sovrapposizioni di interventi ridondanti e dispendiosi tra i diversi livelli assistenziali tramite la riorganizzazione dei servizi assistenziali territoriali e la revisione della allocazione delle risorse, prevedendo il loro spostamento dal comparto ospedaliero a quello territoriale.

Azioni e Strumenti

- L'unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico.
- Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.
- Il miglioramento della qualità assistenziale.



- La pianificazione dell'assistenza pediatrica territoriale secondo una logica di funzione e non di singole prestazioni; infatti il ruolo attribuito alla Pediatria di Famiglia dall'ordinamento giuridico, di assunzione di responsabilità relativamente alla tutela della salute dei soggetti minori, impone l'attivazione di modelli integrati di assistenza sanitaria, i quali, oltre ad offrire un approccio più tempestivo e coordinato ai problemi del paziente, spostano l'attenzione dei professionisti coinvolti dalla singola prestazione alla gestione della patologia nel suo complesso.

I LEA pediatrici territoriali prevedono l'intervento su due distinti ambiti:

- quello della prevenzione primaria e secondaria per l'età evolutiva
- quello dell'assistenza che prevede un completamento dei compiti previsti dall'A.C.N. che si esprime attraverso l'adesione del Pediatra a percorsi assistenziali strutturati, condivisi ed integrati.

Modello organizzativo

I PLS devono passare progressivamente dall'attività singola a quella in RETE fra loro e con gli altri operatori dell'area pediatrica (reparti pediatrici ospedalieri, specialisti pediatri di branca, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile, ecc.).

Si deve infatti tenere conto:

- dell'aumento della richiesta di prestazioni assistenziali pediatriche, anche per patologie apparentemente banali,
- della crescente domanda di cure domiciliari per presa in carico di bambini con patologie cronicodisabilitanti,
- della continuità dell'assistenza non pienamente realizzata nei percorsi di dimissione ospedale-territorio,
- della disomogeneità tra Aziende nella organizzazione della PLS,
- dei peculiari bisogni della popolazione immigrata,
- della mancanza di una completa continuità assistenziale pediatrica territoriale

Si rende, pertanto, necessario:

- favorire l'attività dei PLS in forme associative informatizzate on-line,
- creare un sistema organico di rete con i servizi ospedalieri e specialistici pediatrici, i servizi sociali e di neuropsichiatria infantile, trovando forme organizzative di coordinamento per la continuità assistenziale, per la razionalizzazione degli interventi diagnostici e terapeutici, per il miglior sostegno soprattutto al bambino con problemi di patologia cronica e/o a rischio psicosociale;
- sviluppare piani assistenziali post ricovero per patologie definite (es. grande prematuro, patologie neuromotorie, mucoviscidosi, ecc);
- sviluppare procedure condivise fra Aziende sanitarie e Enti locali per la presa in carico terapeutica, socio sanitaria e assistenziale di minori in situazioni di disagio (disabili, maltrattamenti, abusi, etc ...);
- favorire l'accesso in ospedale ai pediatri di libera scelta per garantirne il coinvolgimento nel percorso assistenziale;
- adeguare la rete assistenziale degli operatori a supporto della domiciliarizzazione del bambino cronico;
- organizzare un'appropriata formazione comune fra strutture ospedaliere e assistenza territoriale;
- sviluppare progetti di telemedicina e un sistema informativo che metta in comunicazione tutti i professionisti.

Su questi punti fondamentali per il nuovo ruolo della PLS, andranno individuati gli obiettivi dei prossimi Patti aziendali.



Aggregazioni Funzionali Territoriali

Tutti i PdF partecipano obbligatoriamente alle AFT, sulla base di quanto disposto dall'art.26 bis dell'ACN 29/7/2009. L'AFT opera, attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review", per favorire:

- la promozione della "clinical governance",
- la promozione dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari,
- la promozione di modelli di comportamento clinico orientati al miglior uso delle risorse,
- la formazione continua.

L'organizzazione delle AFT fa capo ad un PdF coordinatore che ha anche i compiti di:

- presentare i report di sintesi dei dati dell'AFT ai fini di revisione e verifica interna di qualità,
- partecipare alle attività aziendali di programmazione,
- facilitare e favorire i rapporti tra Azienda e PdF.

Le AFT sono individuate in ciascuna Azienda Sanitaria in considerazione delle proprie specificità orografiche e demografiche e degli obiettivi aziendali di pianificazione e riorganizzazione, previo parere del Comitato Aziendale. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali tra pediatri fondano le proprie modalità organizzative su strumenti non strutturati quali:

- incontri periodici;
- audit interno;
- momenti di peer review.

Esse si differenziano dunque dalle strutture organizzate in quanto non prevedono modifiche strutturali delle modalità organizzative ed operative del lavoro degli aderenti, ma agiscono prettamente su aspetti di natura clinica e di formazione continua.

Rete assistenziale pediatrica.

E' l'evoluzione e il perfezionamento delle forme associative semplici. La pianificazione dei modelli attuativi viene concordata nelle singole ULSS anche in base alle specifiche caratteristiche oro geografiche.

La Rete Pediatrica potrà garantire

- il reale reciproco collegamento degli studi dei pediatri con sistemi informatici (modello di cartella clinica informatizzata usufruito dal 95% dei PLS della Regione Veneto) tali da consentire:
 - o l'accesso alla scheda sanitaria di tutti i pazienti,
 - o l'aggiornamento della scheda sanitaria a seguito di prestazioni non differibili,
 - o la prescrizione su ricetta informatizzata per tutti i pazienti della rete,
- la continuità assistenziale per l'orario concordato mediante l'apertura coordinata degli studi dei pediatri,
- l'adozione di una comune carta dei servizi, elemento indispensabile perché i cittadini percepiscano l'utilità e accettino le regole di funzionamento dei nuovi servizi.

Sarà sviluppata una integrazione tra i pediatri e la struttura informatica aziendale al fine di assicurare:

- l'allineamento anagrafico,
- la ricetta elettronica,
- la possibilità di ricezione telematica dei referti laboratoristici e specialistici di branca,
- collegamento con servizi di ULSS o reparti sub specialistici e di secondo o terzo livello,
- l'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda,
- raccolta dati clinici e/o epidemiologici,
- sperimentazione di modelli di telemedicina.



Gli adempimenti informativi/ci richiamati nel presente documento non possono derogare alle specifiche regionali impartite in materia.

Governo clinico

Il governo clinico viene garantito dai PdF che:

- assicurano l'erogazione dei LEA così come definiti dagli AA.CC.NN. e dagli AIR;
- sono collegati tra di essi tramite rete informatizzata;
- hanno accesso ai dati sanitari degli utenti della Rete, nel rispetto delle normative sulla privacy;
- garantiscono la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento dell'orario di apertura degli studi della rete e della contattabilità telefonica in maniera da consentire agli assistiti della stessa rete, per le prestazioni non differibili, una congrua copertura assistenziale;
- inviano periodicamente alle aziende, tramite via telematica e secondo gli standard previsti, i dati conformemente agli ACN.

Modelli attuativi di riferimento:

La Rete assistenziale della PLS esplica le proprie modalità organizzative pianificando l'attività dei PLS secondo le seguenti forme associative: Pediatria di Gruppo e di Rete

Pediatria di gruppo

Si identifica quale presidio di assistenza pediatrica territoriale in cui prestano la propria attività tutti i pediatri dell'ambito di riferimento (concordato nelle singole ULSS secondo le specifiche caratteristiche oro geografiche e organizzative) e si caratterizza per le seguenti prerogative:

- punto di riferimento assistenziale per gli assistiti di tutti i pediatri del gruppo anche per le prestazioni non differibili con continuità assistenziale feriale diurna di almeno 6 ore giornaliere (3 mattino, 3 pomeriggio).
- Collegamento informatico orizzontale fra i pediatri componenti il gruppo (con condivisione delle cartelle cliniche informatizzate).
- Collegamento informatico verticale, secondo disponibilità dell'Azienda ULSS, per:
 - o Ricezione referti di esami e prestazioni.
 - o Allineamento anagrafico.
 - o Ricetta elettronica.
 - o Prenotazione esami e prestazioni.
 - o Collegamento con i servizi dell'ULSS.
- Personale amministrativo per prenotazione visite e gestione logistica dello studio.
- Personale infermieristico di supporto al pediatra per attività di screening, self help diagnostico, medicazioni, attività di prevenzione ed educazione sanitaria.
- Possibile la periodica presenza dei SAI, Assistente Sociale, Psicologo ecc..
- Implementa i percorsi diagnostico terapeutici attivati dagli accordi aziendali.
- Partecipa ai programmi di screening e prevenzione definiti da Accordi nazionali, regionali o aziendali.
- Coordinamento dei pediatri partecipanti al gruppo per l'esecuzione delle ADI e per i programmi di assistenza al cronico.

Pediatria di rete

È composta da PLS al fine di migliorare l'appropriatezza e la continuità dell'assistenza con l'obiettivo di assicurare la continuità delle cure per le prestazioni non differibili sul territorio di riferimento in cui insistano i propri assistiti, modello di riferimento per tutto il territorio regionale. Pianificata in ambiti territoriali



adeguati alle caratteristiche oro geografiche e alle modalità organizzative locali, come concordato nel Comitato Aziendale.

I PLS svolgono le loro prestazioni assistenziali nel proprio studio, ma organizzano la loro attività in coordinamento con gli altri pediatri del team tramite:

- il collegamento degli studi dei pediatri con sistema informatico tale da consentire:
 - o l'accesso alla scheda sanitaria di tutti i pazienti del gruppo,
 - o l'aggiornamento della scheda sanitaria a seguito di prestazioni non differibili,
 - o la prescrizione su ricetta informatizzata per tutti i pazienti del gruppo,
- il coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi in modo da garantire un orario di continuità assistenziale per le prestazioni non differibili nei giorni feriali di almeno 3 ore al mattino e 3 ore al pomeriggio per tutti gli assistiti del gruppo,
- implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici attivati dagli accordi aziendali,
- Partecipazione ai programmi di screening e prevenzione definiti da Accordi nazionali, regionali o aziendali.

Formazione

L'attività formativa viene prefigurata sia in attività didattica sia in momenti di tutoraggio, da parte di un gruppo di esperti e/o PLS animatori di formazione, a supporto delle Aziende e delle AFT che ne fanno richiesta per l'implementazione ed il governo di piani e patti.

L'attività didattica è rivolta a tutti i PdF e, oltre a riguardare aspetti prettamente di natura clinico - sanitaria, contempla tematiche organizzative e di governo dell'intero sistema della Pediatria di Famiglia. In particolare s'intende analizzare, attraverso l'attività formativa, l'impatto dei modelli organizzativi e dei diversi sistemi di governo sugli aspetti clinici e di erogazione dei LEA.

La formazione continua e permanente si realizza prevalentemente nell'ambito delle AFT tramite la condivisione di progetti concordati (Percorsi diagnostico terapeutici) con tappe di verifica e revisione della qualità tramite l'analisi dei report relativi agli indicatori concordati, raccolti dalla rete informatica dei PLS del Veneto.

Azioni

Si prevede di sviluppare il passaggio alla pediatria di Rete e di Gruppo dei pediatri della Regione ancora operanti in forma singola allo scopo di implementare su tutto il territorio regionale la continuità assistenziale diurna per le prestazioni non differibili. Ciò sarà possibile nell'ambito della programmazione regionale per l'assistenza territoriale e della pianificazione aziendale per la fase operativa, compatibilmente con le risorse disponibili.

Si procederà all'adeguamento e alla revisione dei Progetti Salute - Infanzia e Cure Primarie sulla base delle mutate condizioni epidemiologiche e cliniche e rendendoli più coerenti al profilo di responsabilità del pediatra di famiglia.

Verranno definiti Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali condivisi per favorire il rapporto di coordinamento fra l'Ospedale (2° e 3° livello assistenziale) ed il Territorio, la cui realizzazione si concretizza a livello del Distretto.

A livello aziendale sarà possibile concordare progetti innovativi per la gestione delle Cure primarie pediatriche soprattutto relativi a modelli erogativi per obiettivi di salute, o di assistenza integrata o di area pediatrica e di forme di autogestione dell'assistenza primaria pediatrica. Potranno essere sperimentati modelli organizzativi alternativi, che prevedano l'estensione dell'attività ambulatoriale nell'arco dell'orario 8.00 - 20.00 e/o 7 giorni su 7, e/o l'erogazione di prestazioni anche in collaborazione con le strutture ospedaliere.



In caso di mancata accettazione e partecipazione dei Pediatri di libera scelta ai Progetti di cui al presente atto, la Regione definirà, sentite le OOSS del settore, modalità sostitutive per garantire i LEA pediatrici e per la sospensione dei trattamenti economici aggiuntivi correlati nei confronti dei Pediatri inadempienti.

DISPOSIZIONI DI ATTUAZIONE

Le modalità attuative comportano:

- Attivare entro 30 giorni dalla data della presente Delibera un tavolo tecnico che avrà il compito di individuare le linee operative per la realizzazione degli indirizzi del presente documento e l’allocazione delle relative risorse economiche.
- Avvio di sperimentazioni per verificare l’efficacia degli indirizzi del presente atto nelle more della messa a regime dello stesso.