

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Marzo 2002

numero 3

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

La pediatria di comunità in Emilia-Romagna: valutazione dell'attività nel triennio 1997-1999 e integrazione con la pediatria di libera scelta

L. Bolognesi¹, D. Tramonti², M.L. Marcaccio³, A. Paganelli⁴, M. Lazzarato⁵

¹ Statistico collaboratore, ² Dirigente medico Servizio Pediatria di Comunità Ausl di Ravenna, ³ Dirigente medico Servizio Pediatria di Comunità Ausl di Bologna Sud, ⁴ Dirigente medico Servizio Distretti Sanitari Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna, ⁵ Responsabile del Servizio Distretti Sanitari Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna

vedi commento di G Tamburlini

PREMESSA

I cambiamenti sociali hanno determinato nuovi bisogni nell'infanzia e nell'età evolutiva, rendendo evidente la necessità di rafforzare la tutela dei soggetti deboli e svantaggiati con l'offerta di interventi continuativi, integrati e di buon livello qualitativo, da realizzarsi con approccio intersettoriale. Gli obiettivi di salute sono riferiti soprattutto ai bambini svantaggiati (per condizioni socioeconomiche della famiglia, per problematiche di tipo psicologico o per malattie croniche o handicap psicofisico), per i quali vanno attivati interventi preventivi, orientati al superamento delle disuguaglianze, e percorsi integrati di presa in carico.

L'assistenza di base, garantita dalla Pediatria di Libera Scelta, ha raggiunto in Regione, in questi ultimi anni, buoni e diffusi livelli di copertura sanitaria individuale. Allo stato attuale, in sintonia con gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, le due figure professionali del pediatra di libera scelta e

del pediatra di comunità, distinte nei loro compiti, ma integrate nella progettazione e realizzazione di attività assistenziali e preventive rivolte alla salute dell'infanzia, sono chiamate a confrontarsi nell'ambito dell'Unità Pediatrica di Distretto e dei Nuclei delle Cure Primarie, partecipando ai programmi dei singoli Distretti.

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 individua, nell'ambito del Distretto, il Dipartimento delle Cure Primarie come strumento organizzativo per garantire tra l'altro l'assistenza pediatrica, di base (Pediatria di Libera Scelta) e consultoriale (Pediatria di Comunità). L'unità operativa del Dipartimento delle Cure Primarie volta alla realizzazione degli obiettivi di salute della popolazione infantile/adolescenziale. E' l'Unità pediatrica di Distretto che integra funzionalmente professionalità diverse, anche provenienti da Enti locali, quali il pediatra di libera scelta, il pediatra di comunità, l'assistente sanitaria, psicologo/a, assistente sociale.

Le aree problematiche che richiedono interventi strutturali a tutela della salute del bambino e gli obiettivi specifici per i programmi distrettuali sono indicati in particolare nelle linee guida per l'assistenza distrettuale (Delibera regionale n.309/00), anche sulla base delle priorità espresse dal Progetto obiettivo materno infantile del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

OBIETTIVI

Effettuare un'analisi quantitativa delle prestazioni di salute individuale e di sanità pubblica in Emilia Romagna nell'ultimo triennio. Identificare nuovi obiettivi per programmi integrati tra pediatra di libera scelta e pediatria di comunità.

DATI DEMOGRAFICI, DI ASSISTENZA DI BASE E DI STRUTTURA

Dati demografici e di assistenza di base	1997	1998	1999	Variaz. % '99-'97	Variaz. % '99-'98
Tasso di natalità (nati vivi per 1.000 abitanti)	7,6	7,7	8,0	5,3	3,9
Copertura Pediatri di Libera Scelta 0-13 anni (%)	78,8	81,6	82,7	4,9	1,3
- di cui copertura 0-5 anni (%)	94,3	95,6	96,5	2,3	0,9
- di cui copertura 6-13 anni (%)	67,0	71,0	72,1	7,6	1,5

Il triennio 1997-'99 ha confermato, accanto ad un aumento del tasso di natalità, la valida copertura sanitaria individuale della Pediatria di Libera Scelta (PLS), con una percentuale di copertura per l'anno 1999 pari a 96,5 per la fascia 0-5 anni e a 72,1 per la fascia 6-13 anni.

Nell'anno 1999 si assiste al consolidamento del numero delle sedi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali ridotte

rispetto al 1997 ma che presentano un numero complessivo sovrapponibile a quello rilevato nel 1998: 247 sedi con un rapporto di 4,6 per diecimila unità di popolazione target.

L'apertura al pubblico, registrata nell'anno 1999, è nella maggior parte delle sedi di 1 o 2 giorni la settimana. L'aumento del numero delle sedi aperte 5 giornate e oltre settimanali, associato ad una diminuzione sia delle sedi aperte meno di 1

giorno che di quelle aperte 3-4 giorni la settimana, indica una maggiore attenzione posta nei confronti dell'accessibilità dei servizi dovuta ad un orario di apertura sempre più ampio. La presenza di sedi con apertura settimanale inferiore ad un giorno è finalizzata ad agevolare l'accesso alle famiglie residenti in territori con bassa densità di popolazione.

Si registra nel periodo considerato una riduzione di ore di

attività svolte dal personale medico ed infermieristico. Nel 1999-'98, tuttavia, si evidenzia un assestamento sui valori di 9 ore di attività medica e di 17 ore di attività infermieristica ogni 1.000 bambini/adolescenti.

ATTIVITÀ DI SALUTE INDIVIDUALE

Attività di salute individuale	1997	1998	1999	Variaz. % '99-'97	Variaz. % '99-'98
Attività clinica: visite mediche libere, bilanci di salute, classi scolastiche filtro	26.009	20.582	17.489	-32,8	-15,0
- di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	3.771	4.322	6.282	66,6	45,3
Attività clinica: certificazioni zone indenni, case vacanza, centri diurni, visite prevaccinali, altre visite	199.387	181.538	176.979	-11,2	-2,5
- di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	n.e.	2.049	3.444	-	68,1
Visite domiciliari	n.e.	3.728	3.690	-	-1,0
- di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	n.e.	1.174	1.373	-	17,0
Visite per ammissione in collettività:	13.704	8.664	6.986	-49,0	-19,4
- di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	n.e.	445	1.018	-	128,8
Bambini con malattie croniche: seguiti con protocolli assistenziali:	132	187	242	83,3	29,4
- seguiti senza protocolli assistenziali	n.r.	n.r.	87	-	-

n.e. = non elaborato

n.r. = non rilevato

Le variazioni rappresentate nella tavola sinottica esprimono la contrazione graduale dell'attività clinica svolta dalla Pediatria di Comunità (PdC) in relazione al progressivo rafforzamento della Pediatria di Libera Scelta (PLS) che garantisce gran parte dell'assistenza individuale ai bambini residenti nel territorio regionale. Infatti i bilanci di salute effettuati dai Pediatri di Libera Scelta nel triennio 1998-2000 sono stati 181.018. In sintonia con tale situazione, il trend 1997-'99 evidenzia la riduzione dell'attività clinico-individuale della PdC nella parte svolta a favore del bambino già assistito dal pediatra di famiglia.

Per le attività a favore della popolazione nomade ed extracomunitaria i dati mostrano un incremento pari al 56,6% rispetto al '98 delle prestazioni erogate (da n. 8.649 del 1998 a n. 13.545 del 1999).

L'attività effettuata dalla Pediatria di Comunità a favore del bambino malato cronico registra un incremento consistente dei bambini assistiti con protocolli integrati: dai 132 del 1997 ai 242 del 1999. A tale riguardo un'analisi della prevalenza di malattie croniche può essere tratta, seppur in modo parziale,

da uno studio I.M.E.R. (Indagine sulle Malformazioni Congenite in Emilia-Romagna), effettuato nel periodo 1978-1995, in cui sono stati identificati 7.162 neonati con malformazioni congenite su 369.783 nati totali, con prevalenza alla nascita di 1,9%.

In particolare, dei nati totali, sono risultati affetti il:

- 4,8‰ da cardiopatie;
- 2,32‰ da malformazioni congenite agli organi genitali;
- 1,97‰ da malformazioni all'apparato urinario;
- 1,85‰ da anomalie cromosomiche;
- 1,38‰ da malformazioni all'apparato digerente;
- 1,3‰ da sistema nervoso centrale;
- 1,15‰ per malformazioni multiple.

Con il maggiore coinvolgimento dei pediatri di libera scelta è prevedibile un incremento quali-quantitativo dell'attività assistenziale integrata al bambino malato cronico nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie e dell'Unità Pediatrica di Distretto.

ATTIVITÀ DI SANITÀ PUBBLICA

	1997	1998	1999	Variaz. % '99-'97	Variaz. % '99-'98
Vaccinazioni: Numero dosi vaccinazioni somministrate ¹	361.141	503.668	527.134	46,0	4,7
- Copertura vaccinazioni obbligatorie al 12° mese (%)	98,8	98,7	98,4	-0,4	-0,3
- Copertura vaccinazioni obbligatorie al 24° mese (%)	98,5	98,4	98,3	-0,2	-0,1
- Copertura vaccinale pertosse al 12° mese (%)	94,8	96,8	96,1	1,4	-0,7
- Copertura vaccinale morbillo al 24° mese (%)	86,9	88,1	89,1	2,5	1,1
- Copertura vaccinale rosolia al 13° anno (%)	83,3	82,8	81,0	-2,8	-2,2

¹ Per l'anno 1997 manca il numero dosi vaccinazioni somministrate delle Ausl Modena e Forlì

L'attività vaccinale effettuata mostra confortanti tassi di copertura, storicamente consolidati per le vaccinazioni obbligatorie al 12° e al 24° mese (antipolio, antidiftotetica, an-

tiepatite B) che, nel 1999, sono rispettivamente di 98,4% e 98,3% (range 96,0% e 100%).

Certamente più complesso e variegato risulta il quadro relativo ai tassi di copertura per le vaccinazioni raccomandate facoltative: accanto a punte di eccellenza, troviamo realtà che

presentano ancora valori insoddisfacenti, con una obiettiva variabilità e, a volte, rilevante disomogeneità fra i tassi di copertura delle diverse vaccinazioni non soggette ad obbligo di legge.

Un soddisfacente livello di copertura per la vaccinazione contro la pertosse è confermato al 12° mese (nel 1999 pari al 96,1%, in lievissimo calo rispetto al 1998 ma superiore al limite 95% fissato come obiettivo dal Piano Sanitario Nazionale).

L'andamento della vaccinazione antimorbillo mostra un con-

tinuo incremento del tasso di copertura vaccinale al 24° mese, con valori crescenti dal '96 e pari al 88,1% nel '98, al 89,1% nel '99 anche se con limiti degli intervalli ampi, a dimostrazione di una importante disomogeneità fra i distretti della regione, per questo parametro.

Si registra un calo lieve ma costante del tasso di copertura vaccinale antirubeolica delle sole femmine al 13° anno (81% nel '99, 82,8% nel '98, 83,3% nel '97), mentre la vaccinazione anti-haemophilus influenzae tipo B presenta un tasso di copertura al 12° e al 24° mese, nel 1999, rispettivamente di 64,4% e di 66,8%.

	1997	1998	1999	Variaz. % '99-'97	Variaz. % '99-'98
Sorveglianza igienico-sanitaria nelle collettività - controlli strutture:	n.e.	72,9	83,0	-	13,9
- di cui nidi (% controllate)	n.e.	93,6	95,9	-	2,5
- di cui materne (% controllate)	n.e.	82,1	89,2	-	8,6
- di cui elementari (% controllate)	n.e.	66,9	82,5	-	23,3
- di cui medie inferiori (% controllate)	n.e.	67,0	79,5	-	18,7
Refezioni scolastiche (% copertura)	n.e.	82,1	87,9	-	7,1
Tabelle dietetiche approvate (% copertura)	n.e.	82,8	76,2	-	-8,0
Visite riammissione in comunità e controlli effettuati a seguito di malattie infettive	n.e.	67,438	74,684	-	10,7
- di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	n.e.	659	1.428	-	116,7

n.e. = non elaborato

I dati riferiti alle attività preventive e di sorveglianza igienico-sanitaria nelle comunità educative e scolastiche attestano il consolidamento storico delle stesse, ottenuto dal settore Pediatria di Comunità, col raggiungimento di buoni livelli di

copertura relativi alla sorveglianza delle strutture e delle refezioni scolastiche (nell'anno 1999, rispettivamente, 83% per le strutture e 87,9% per le refezioni), con particolare attenzione ai nidi e alle scuole materne che mostrano i maggiori livelli di copertura.

	1997	1998	1999	Variaz. % '99-'97	Variaz. % '99-'98
TBC - alunni: bambini testati in 3a media	25.492	27.357	27.340	7,2	-0,1
- copertura rispetto al target (%)	98,5	97,7	98,0	-0,5	0,3
- indice tubercolinico 3a media	0,5	0,6	0,6	20,0	0,0
Screening ambliopia: distretti che lo effettuano/totale distretti delle Ausl interessate	20/37	24/40	39/45	-	-
- copertura rispetto al target (%)	n.e.	88,0	82,2	-	-6,6
Screening scoliosi: distretti che lo effettuano/totale distretti delle Ausl interessate	n.e.	12/22	13/18	-	-
- copertura rispetto al target (%)	n.e.	96,3	96,1	-	-0,2

n.e. = non elaborato

Per la profilassi della tubercolosi si evidenzia quella rivolta agli alunni di terza media, con un buon livello di copertura (pari al 98%).

Per gli screening relativi all'ambliopia e alla scoliosi, la situazione nel territorio regionale risulta eterogenea, essendo tali indagini attivate solo in alcuni Distretti, e si rende necessario riconsiderare la tematica alla luce di indicazioni basate su prove di efficacia.

CONSIDERAZIONI FINALI

La Pediatria di Comunità ha esercitato le attività per la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'età evolutiva attraverso l'istituzione nel territorio regionale di una rete ben articolata di Consultori Pediatrici e di punti vaccinali. Garantisce un livello molto buono di copertura vaccinale e di sorveglianza igienico-sanitaria nelle collettività e, per gli interventi rivolti ai singoli, ha indirizzato l'attività clinica verso alcune fasce

deboli della popolazione (nomadi, immigrati) e bambini non assistiti dal Pediatra di Libera Scelta.

Allo stato attuale, in sintonia con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e dalle linee guida per l'assistenza distrettuale, alla Pediatria di Comunità è richiesto un impegno nell'attuazione dei programmi di promozione e di tutela della salute infantile, nell'ambito dell'Unità Pediatrica di Distretto (Unità Operativa del Dipartimento di Cure Primarie). L'attuazione dei programmi richiede un approccio inter-settoriale che si esplica con interazioni fra la Pediatria di Comunità, la Pediatria di Libera Scelta, il Consultorio Familiare, la Neuropsichiatria Infantile, il Dipartimento di Sanità Pubblica e altre Istituzioni (Scuola, Comune, ecc.) per garantire interventi continuativi, integrati e di buon livello qualitativo.

Gli obiettivi a medio e lungo termine previsti sono:

- il percorso nascita con la partecipazione ai corsi di preparazione al parto e la presa in carico del neonato sano dimesso precocemente;
- i bilanci di salute, effettuati dai Pediatri di Libera Scelta,

come strumento di integrazione tra Pediatria di Comunità e Pediatria di Libera Scelta;

- l'attivazione di protocolli integrati per l'assistenza di bambini multiproblematici e/o affetti da malattia cronica;
- l'assistenza alla popolazione infantile migrante ed extracomunitaria.

Parallelamente, si mantengono le attività vaccinali relative ai soggetti in età evolutiva, la vigilanza igienico-sanitaria nelle comunità educative e scolastiche, la profilassi TBC, i controlli effettuati a seguito di malattia infettiva e gli screening di comprovata efficacia.

Bibliografia:

BIBLIOGRAFIA

Assessorato alla Sanità, Deliberazione della Giunta Regionale n.309 del 1 marzo 2000 'Assistenza distrettuale - Approvazione linee guida di attuazione del Piano sanitario regionale 1999/2001', in B.U.R. n.77 del 2/5/2000, Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2000.

Assessorato alla Sanità, I.M.E.R. 1978-1995: 18 anni di sorveglianza delle Malformazioni Congenite, Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2000.

Assessorato alla Sanità, Piano Sanitario Regionale 1999-2001: il patto di solidarietà per la salute in Emilia-Romagna, Regione Emilia-Romagna, Bologna, 1999.

Ministero della Sanità, Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 'Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000', in G.U. n.89 del 7/6/2000, Roma, 2000.

Ministero della Sanità, Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: un patto di solidarietà per la salute, Roma, 1998.