

Neuropsichiatria infantile e Pediatria

Il progetto regionale per i primi anni di vita

Neuropsichiatria infantile e Pediatria

Il progetto regionale per i primi anni di vita

Il documento è stato predisposto nell'ambito del Progetto regionale per il miglioramento della collaborazione tra Neuropsichiatria infantile e Pediatria per i primi anni di vita

Elisabetta Fréjaville	Direzione generale sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna - coordinatore del progetto
Maria Grazia Catellani	Azienda USL di Modena - Segretario regionale FIMP <i>pediatra di famiglia</i>
Francesco Ciotti	Azienda USL di Cesena - responsabile scientifico per la Romagna - <i>pediatra e neuropsichiatra infantile</i>
Tiziano Dall'Osso	Azienda USL di Bologna - Segretario regionale CIPE <i>pediatra di famiglia</i>
Nadia Lugli	Azienda USL di Modena <i>pediatra di famiglia</i>
Marilisa Martelli	Azienda USL di Bologna - responsabile scientifico per l'Emilia - <i>neuropsichiatra infantile</i>

Hanno coordinato i Gruppi di lavoro

Carla Cafaro	Azienda USL di Ferrara - <i>pediatra di famiglia</i>
Carlotta Gentili	Azienda USL di Bologna - <i>neuropsichiatra infantile</i>
Miriam Prodi	Azienda USL di Modena - <i>pediatra di famiglia</i>
Paolo Stagi	Azienda USL di Ravenna - <i>neuropsichiatra infantile</i>
Anna Tomesani	Azienda USL di Bologna - <i>pediatra di comunità</i>

La redazione del volume è stata curata da

Elisabetta Fréjaville	Direzione generale sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna - coordinatore del progetto
Francesca Ciceri	Bologna

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, maggio 2006

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Sistema comunicazione, formazione, documentazione
Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna
e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
1. Gli attori	7
1.1. La Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA)	8
1.2. L'organizzazione della Pediatria di famiglia tra sanitario e sociale (PdF)	11
1.3. La Pediatria di comunità (PdC)	15
1.4. Il pediatra ospedaliero (PO)	16
2. Il progetto regionale	19
2.1. Materiali e metodi	19
2.2. Risultati	24
3. Approfondimenti teorici	33
3.1. Organizzazione di percorsi integrati fra NPIA e Pediatria	33
3.2. Quale formazione per il miglioramento della collaborazione fra NPIA e Pediatria?	41
3.3. Quali linee guida e <i>screening</i> fra NPIA e Pediatria?	44
3.4. Relazioni tematiche	63
4. Approfondimenti operativi	71
4.1. Un'esperienza di formazione al <i>counseling</i> in ambulatorio pediatrico - Cesena	71
4.2. L'esperienza del Centro clinico per la prima infanzia - Bologna	87
4.3. Esempi di buone prassi	101
5. Dalla riflessione all'innovazione operativa	133
5.1. Principali criticità	133
5.2. Organizzazione	134
5.3. Linee guida	137
5.4. Formazione	137
5.5. Comunicazione	139
5.6. Conclusioni	139

Appendice	141
Appendice 1. <i>Check list</i> I Responsabili UO NPIA	143
Appendice 2. <i>Check list</i> II Pediatri di libera scelta	159
Appendice 3. <i>Check list</i> III Pediatri ospedalieri	175
Appendice 4. <i>Check list</i> IV Pediatri di comunità	187

Sommario

L'obiettivo del progetto regionale per il miglioramento della collaborazione fra Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Pediatria è la promozione della salute neuropsichica della popolazione in età 0-6 anni attraverso l'identificazione di modelli assistenziali tesi alla tempestiva diagnosi e alla appropriata risposta di competenza sanitaria ai problemi di sviluppo e/o di *handicap* in questa fascia di età.

Tutto quanto assunto dalle attuali politiche di promozione della salute, che per l'infanzia sono ancora più importanti (dalla valorizzazione dei medici di famiglia alla conoscenza epidemiologica della propria popolazione di riferimento, dalla modificata relazione con il contesto familiare all'importanza del coinvolgimento dei genitori nell'assistenza alle patologie croniche e alle situazioni di *handicap*, ecc.), induce a riconsiderare le modalità di rapporto fra la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) e la Pediatria, sia essa prevalentemente orientata alla cura del singolo bambino in ambito ospedaliero o extra-ospedaliero oppure alla tutela sanitaria globalmente intesa.

La NPIA in Emilia-Romagna rappresenta un settore di recente evoluzione: in adeguamento alle politiche di governo - clinico, organizzativo e amministrativo - del Sistema sanitario, questa disciplina ha visto cambiare la propria identità da quella di servizio sanitario di base inserito nel Servizio materno-infantile a quella di servizio specialistico aggregato al Dipartimento di salute mentale.

Questa nuova collocazione, la definizione di requisiti di accreditamento, la condivisa definizione del nomenclatore regionale dei prodotti della NPIA e l'impegno a standardizzarli a livello aziendale, anche attraverso una più approfondita analisi dei dati desunti dallo specifico sistema informativo (SINP), hanno favorito lo sviluppo di questo progetto, lanciato dal Piano sanitario regionale 1999-2001.

Il progetto si è sviluppato attraverso una iniziale indagine fra i diversi attori (neuropsichiatri infantili, pediatri di famiglia, di comunità e ospedalieri) provenienti da tutte le realtà aziendali della regione, numerose iniziative di formazione e aggiornamento, gruppi di lavoro di interesse trasversale, riflessione e sperimentazione tecnica e organizzativa di soluzioni innovative.

Il lavoro si è concluso con la comune definizione di piste operative di miglioramento della comunicazione fra NPIA e Pediatria, con specifico riferimento alla fascia di età 0-6 anni, finalizzata alla tempestiva diagnosi, alla continuità assistenziale integrata e alla appropriatezza clinica.

Se si considera la vita del bambino longitudinalmente, il bisogno di migliorare la comunicazione fra Neuropsichiatria e Pediatria può cominciare sin dal percorso nascita (neonati prematuri, con gravi *deficit* e/o lesioni neurologiche; depressione *post partum*, ecc.), prevedendo momenti di contatto già alla dimissione ospedaliera di neonati con problemi; continua con il mettere il pediatra in condizioni di individuare tempestivamente alcune situazioni di disturbo evolutivo o di confrontarsi con gli operatori della NPIA in

situazioni di dubbio, fino al renderlo competente, partecipe e di utile supporto alla famiglia o al progetto terapeutico-abilitativo per i bambini presi in carico dalla NPIA.

In tutti i casi va sottolineata la imprescindibile necessità che il pediatra di famiglia sia sempre informato e coinvolto nell'accesso di propri assistiti alla NPIA anche se con modalità differenti nelle diverse situazioni e/o realtà locali.

Alla Regione spetta l'impegno di supportare il processo di miglioramento della promozione della salute neuropsichica dell'infanzia attraverso azioni di formazione sui temi di comune interesse, di monitoraggio dell'evoluzione nella sperimentazione delle presenti piste operative, di miglioramento della comunicazione nella rete sanitaria (clinica, informativa, informatica, ecc.), di recepimento di questi aspetti nella negoziazione (vedi accordo regionale per la Pediatria di famiglia), di condivisione di specifici indicatori per la ricerca di uniformità nella standardizzazione di "prodotti" di interesse generale, negli indirizzi sul rilievo tempestivo dei segnali di allarme e sull'appropriatezza clinico-organizzativa (ad esempio nel Percorso nascita per l'integrazione dei numerosi attori coinvolti, dalla gravidanza al primo anno di vita).

La considerazione che il contenuto di questo Dossier scaturisce dalla collaborazione costruttiva fra professionisti della Neuropsichiatria infantile e dei tre ambiti pediatrici delle realtà aziendali della regione deve indurre a ritenerlo utile contributo all'attuale riflessione dei livelli istituzionali deputati alla programmazione dei servizi per l'infanzia, unitamente a quanto è già in atto nei settori sociali e sanitari per la reciproca definizione di ruoli, competenze e responsabilità nella promozione della salute nei primi anni di vita.

1. Gli attori

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non è semplicemente assenza di malattia o infermità" (OMS, 1948) e la "promozione della salute" non è prevenzione di malattie né semplice educazione a corretti stili di vita, bensì attenzione ai requisiti fondamentali per la qualità della vita e la dignità dell'individuo, quali istruzione, casa, lavoro, pace, equità sociale, ecc. (*Carta di Ottawa*, OMS, 1986).

Con questa visione, il documento attuativo del Piano sanitario regionale 1999-2001 *La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva*¹ propone ai costruttori locali dei Piani per la salute l'analisi dei luoghi riconosciuti importanti per la promozione della salute in questa fascia di età (famiglia, scuola, città e ambiente urbano, ospedale, servizi territoriali). Il lavoro integrato fra i servizi sanitari e sociali del territorio, in *partnership* con le istituzioni scolastiche, oltre che con la famiglia e le organizzazioni che la tutelano e rappresentano, è riconosciuto come il modo di lavorare più appropriato (clinico, organizzativo, amministrativo, economico, ecc.); in questa ottica l'Allegato D del documento citato "La salute psichica nei primi tre anni di vita: interventi preventivi e terapeutici" fornisce ottimi spunti per una conoscenza e un lavoro fondamentali a promuovere la salute dell'adulto di domani.

Per parlare di salute è dunque imprescindibile porre attenzione al contesto di vita di ciascun individuo, di qualunque età e in qualunque condizione (anche di *handicap*, di malattia cronica, ecc.).

Motivazioni e obiettivi

L'obiettivo generale del presente progetto è la promozione della salute neuropsichica della popolazione in età 0-6 anni, attraverso l'identificazione di modelli assistenziali tesi alla tempestiva diagnosi e all'appropriata risposta di competenza sanitaria ai problemi di sviluppo e/o di *handicap* in questa fascia di età.

I seguenti paragrafi, tesi a contestualizzare funzioni e reciproci ruoli delle diverse categorie professionali coinvolte nel progetto, sono altresì da ritenersi utile contributo all'attuale riflessione del livello regionale sulla modernizzazione dei servizi sanitari per l'infanzia.

¹ Pubblicato nella collana Dossier dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, n. 56 http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss056.htm

1.1. La Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA)

In attuazione del PSR 1999-2001, la sistematizzazione della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in Emilia-Romagna rappresenta un settore di recente evoluzione e adeguamento alle politiche di governo clinico, organizzativo e amministrativo del sistema sanitario: nel territorio, la NPIA ha visto rapidamente passare la propria identità da servizio sanitario di base, inserito nel Servizio materno-infantile, a servizio specialistico aggregato al Dipartimento di salute mentale.

In Emilia-Romagna le strutture di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si riconoscono in:

- Unità operative territoriali strutturalmente aggregate ai Dipartimenti di salute mentale;
- Unità operative ospedaliere, strutturalmente aggregate ai Dipartimenti ospedalieri del presidio di riferimento, collocate in Aziende USL e ospedaliere. Nelle strutture ospedaliere la NPIA è presente in 6 realtà difformi fra loro: 1 Unità operativa in un Presidio ospedaliero dell'Azienda USL (Ospedale Maggiore di Bologna), 1 Unità operativa in un'Azienda ospedaliera (Reggio Emilia), 2 strutture universitarie bolognesi (UO NPIA dell'Azienda ospedaliera; struttura NPIA all'interno della Clinica neurologica), 2 Servizi unificati alla NPIA del territorio (Azienda USL di Rimini; Azienda USL di Bologna per il *day hospital* psichiatrico). Ad eccezione di quest'ultima realtà, la vocazione di queste strutture ospedaliere è prevalentemente di tipo neuro-pediatrico.

Attuando due progetti di interesse regionale lanciati dal suddetto Piano sanitario regionale 1999-2001, la NPIA ha:

- ormai completato la definizione del catalogo regionale dei prodotti, che ha visto il lavoro congiunto di realtà territoriali e ospedaliere, finalizzato alla condivisione di criteri di uniformità e di reciproca definizione di ruoli e competenze, ivi compresi i rapporti con la Scuola (inserimento di persone con *handicap* e/o disagio, ecc.) e/o con altre istituzioni (es. Tribunale per affidi/adozioni, abuso/maltrattamento, ecc.) e le iniziative di prevenzione;
- condotto la presente azione di indagine e la conseguente riflessione tecnica e organizzativa per la definizione di piste operative di miglioramento della comunicazione fra NPIA e Pediatria, con specifico riferimento alla fascia di età 0-6 anni, finalizzata alla tempestiva diagnosi, alla continuità assistenziale integrata e all'appropriatezza clinica.

Sono infine in corso di adozione i requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di NPIA territoriali e ospedaliere, a completamento dei requisiti per l'accreditamento dei Dipartimenti di salute mentale già previsti dalla Delibera di Giunta regionale n. 327/2004.

La NPIA consta di circa 600 operatori delle diverse professionalità (neuropsichiatri, psicologi, terapisti della riabilitazione, educatori, ecc.) ed esplica le sue attività in 91 sedi ambulatoriali diffuse su tutto il territorio regionale.

Nel 2004 la NPIA territoriale delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna ha offerto oltre 600.000 prestazioni ambulatoriali a 36.124 utenti (equivalente al 6% della popolazione di età 0-18 anni) (*Tabella 1*).

Nel 2004, degli utenti 0-18 anni della NPIA, il 21,3% hanno una età compresa fra 0 e 6 anni; ogni anno circa la metà sono nuovi utenti (*Tabella 2*).

Tabella 1. Casistica NPIA per utenti 0-18 anni

Anno	Popolaz. target	Utenti	Utenti / target	Nuovi utenti	Nuovi utenti / target	Dimessi	Dimessi / utenti	Prestazioni	Prestaz. / utente
1999	539.204	34.175	6,34%	7.802	1,45%	6.666	19,51%	541.752	15,85
2000	549.229	37.976	6,91%	8.854	1,61%	5.495	14,47%	602.536	15,87
2001	560.326	37.511	6,69%	9.326	1,66%	8.583	23,14%	615.154	16,59
2002	572.438	37.305	6,52%	9.018	1,58%	6.572	17,62%	635.685	17,04
2003	584.736	37.442	6,40%	9.693	1,66%	5.723	15,28%	620.751	16,58
2004	602.257	36124	6,0%	10.275	1,71%	6.793	18,8%	618.724	17,13

Tabella 2. Utenti NPIA di età 0-6 anni. Anno 2004

Utenti	Popolazione target	vs target	vs utenti NPIA	Nuovi utenti	vs nuovi/tot
7.707	208.632	3,7 %	21,3 %	3.947	51,2 %

Punti di forza

La peculiarità della NPIA in Emilia-Romagna consiste nella grande valorizzazione di questa disciplina sul territorio sin dagli anni '80, con articolazioni ambulatoriali diffuse anche al di fuori delle principali realtà cittadine.

La consuetudine al lavoro di *équipe* è una delle principali ricchezze delle modalità organizzative e assistenziali della NPIA, avendo nel tempo favorito le modalità di lavoro interprofessionale, di progettazione condivisa e di reciproco rispetto di ruoli e professionalità.

Anche l'appartenenza a un Servizio di base come era il Materno-infantile tendeva a favorire la presa in carico e gestione condivisa dei casi, unitamente ai pediatri (di base e/o di comunità) e ai Servizi sociali, a seconda delle specifiche organizzazioni locali.

Questa modalità integrata e condivisa di lavoro, infine, ha nel tempo consolidato un rapporto di collaborazione e reciproca fiducia fra le istituzioni scolastiche e i diversi operatori della NPIA, non solo per le situazioni di *handicap* ma anche per tutte quelle in cui si rilevano problematiche di sviluppo neuropsichico dell'infanzia.

L'esistenza di un sistema informativo della NPIA già dal 1994 va inoltre considerata una grande opportunità, benché solo negli ultimi anni si stia procedendo a una raccolta sistematica e integrata a livello regionale.

Criticità

Quanto sopra può altresì costituire elemento di criticità se non ben interpretato. Nel corso degli anni '80-'90, infatti, la NPIA aveva perso quella qualificazione specialistica, favorendo nell'immaginario di alcuni amministratori l'impressione che prevalesse la funzione sociale rispetto a quella prettamente clinica; ciò ha dato luogo a un'eccessiva delega nei confronti della NPIA per alcune tipologie di problemi di grave ritardo e/o *handicap*, difficilmente gestibili da altri settori.

L'attuale collocazione nel Dipartimento di salute mentale, la definizione di requisiti di accreditamento, la definizione condivisa del nomenclatore regionale dei prodotti della NPIA e l'impegno a standardizzarli a livello aziendale, una più approfondita analisi dei dati desunti dal sistema informativo della NPIA (SINP), unitamente a quanto è in atto negli altri settori sociali e sanitari per la reciproca definizione di ruoli, competenze e responsabilità, ha favorito il superamento di questa inappropriata visione della NPIA in Emilia-Romagna.

È altresì vero che l'attuale fase di rimodulazione delle attività distrettuali, sanitarie e sociali, secondo le recenti previsioni normative e organizzative, ha reso difficoltosa in alcune situazioni l'individuazione della corretta interfaccia di riferimento per la gestione di situazioni di complessità e multiproblematicità, sociale e sanitaria.

La crescente complessità degli utenti che afferiscono annualmente alla NPIA territoriale, la loro difficile dimissibilità, la necessità di assumere impegni con la scuola anche per bambini non affetti da grave situazione di *handicap* e/o di specializzarsi sempre più in alcuni tipi di interventi per specifiche patologie e/o per alcune tipologie di trattamento rendono talora insoddisfacente il livello di offerta formativa e/o quantitativa delle risorse umane assegnate alla NPIA.

Punti di raccordo con la Pediatria

Tutto quanto assunto dalle attuali politiche di promozione della salute, che per l'infanzia sono ancora più importanti - dalla valorizzazione dei medici di famiglia alla conoscenza epidemiologica della propria popolazione di riferimento, dalla modificata relazione con il contesto familiare all'importanza del coinvolgimento dei genitori nell'assistenza alle patologie croniche e alle situazioni di *handicap*, ecc. - induce a riconsiderare le modalità di rapporto fra la NPIA e la Pediatria, sia essa prevalentemente orientata alla cura del singolo bambino in ambito ospedaliero o extra-ospedaliero oppure alla tutela sanitaria globalmente intesa.

Se si considera longitudinalmente la vita del bambino, il bisogno di migliorare la comunicazione fra NPIA e Pediatria può cominciare sin dal percorso nascita (neonati prematuri, con gravi *deficit* e/o lesioni neurologiche; depressione *post partum*, ecc.), prevedendo momenti di contatto già alla dimissione ospedaliera di neonati con problemi; continua con il mettere il pediatra in condizioni di individuare tempestivamente alcune situazioni di disturbo evolutivo o di confrontarsi con gli operatori della NPIA in situazioni di dubbio, fino al renderlo competente, partecipe e di utile supporto alla famiglia o al progetto terapeutico-abilitativo nel caso di bambini presi in carico dalla NPIA.

1.2. L'organizzazione della Pediatria di famiglia tra sanitario e sociale (PdF)

Le funzioni del pediatra

Il pediatra di famiglia è l'attore principale nella gestione della salute fisica e psichica del bambino, dalla nascita fino all'età di 14 anni.

L'Accordo collettivo nazionale per la pediatria di famiglia prevede che il pediatra di famiglia sia detentore dell'esclusività nell'assistenza sanitaria del paziente da 0 a 6 anni.

In questa fascia di età, si occupa in particolare di:

- diagnosi e cura delle patologie acute e croniche del bambino;
- alimentazione, favorendo, quando possibile, innanzitutto l'allattamento al seno, poi un corretto stile alimentare che permetta al bambino di crescere senza squilibri nutrizionali;
- vaccinazioni, proponendo e - ove necessario - eseguendo direttamente le vaccinazioni ritenute obbligatorie dal Ministero della salute, promuovendo quelle raccomandate o facoltative che meritano di essere consigliate secondo i principi dell'*evidence based medicine*;
- corretti stili di vita, sensibilizzando prima i genitori poi, appena possibile, gli stessi bambini ad assumere atteggiamenti compatibili con la convivenza comune (inserimento nella scuola materna ed elementare);
- educazione sanitaria: il pediatra di famiglia impegna quotidianamente una congrua parte del proprio orario lavorativo per svolgere attività di educazione sanitaria, intesa come educazione alla salute nei confronti dei genitori, affinché questi si riappropriino con autorevolezza dell'ormai dimenticato ruolo di punto di riferimento per i figli, occupandosi con amorevolezza di fornire le prime cure ai piccoli senza delegare altri (medici di Pronto soccorso, medici di continuità assistenziale, ecc.) nella gestione del cosiddetto codice bianco.

Il tempo impiegato dal pediatra di famiglia in educazione alla salute assume vitale importanza nella definizione di compiti e ruoli del pediatra, perché propedeutico al raggiungimento di un obiettivo primario: l'appropriatezza delle cure, intesa come approccio al paziente congruo e giustificato.

Un genitore che conosce ed è consapevole del carattere di innocuità delle piccole patologie che quotidianamente possono interessare il bambino, è poi in grado di affrontarle in prima persona con serenità e acquisendo ogni volta sempre più sicurezza nelle risorse interne alla famiglia. Tutto ciò non può che apportare maggiore autostima nell'acquisizione di una genitorialità che permetta di vivere il rapporto con i figli in maniera più proficua e costruttiva.

Questo innesca un circuito virtuoso in cui il pediatra di famiglia può così avere a disposizione maggiori risorse in termini di tempo (non dovendo occuparsi di acuto banale) per i temi forti della propria professione - la prevenzione, il *self help*, la cura dell'acuto vero (broncopolmonite, otite, faringotonsillite, ecc., che non deve più demandare all'ospedale), la gestione del cronico, l'approfondimento dei disturbi

neuropsichici (in aumento) - e può gestire un primo livello più efficace e filtrare con competenza i casi da inviare allo specialista più adeguato e formato per quel tipo di disturbo.

Punti di forza dell'attività del pediatra di famiglia

L'attività della Pediatria di famiglia si è sviluppata negli ultimi anni secondo due linee di forza:

- riguardo ai modelli organizzativi, ha inteso garantire:
 - copertura assistenziale allargata alla quasi totalità della popolazione pediatrica;
 - collocazione dell'attività dei pediatri di famiglia all'interno del Dipartimento di cure primarie, dove il pediatra di famiglia connette il proprio intervento a quello dei professionisti di diversi Dipartimenti, avendo come peculiarità attuale e verosimilmente futura l'impegno a definire il proprio ruolo tra sanitario e sociale, intendendo non tanto la presa in carico globale del bambino e della famiglia multiproblematica quanto il paradigma di operare secondo un'organizzazione del lavoro (gruppi, associazioni) che dia spazio e contribuisca all'*empowerment* della famiglia;
 - attività dei pediatri di famiglia in gruppo o in associazione che fornisce la possibilità di ampliare la copertura temporale della propria attività, di utilizzare risorse come il collaboratore di studio e di sviluppare le pratiche di *self help*;
- riguardo agli ambiti di interesse, seguendo in particolare le direttive principali dell'Accordo regionale.
 - Percorso nascita e allattamento.

Percorso nascita: in molte province sono stati definiti percorsi nascita per risolvere la criticità rappresentata dalla ormai consolidata dimissione del neonato dopo 48 ore di vita in caso di parto vaginale eutocico e dopo 72 ore in caso di taglio cesareo, che prevedono una presa in carico da parte del pediatra di libera scelta da attuarsi nel più breve tempo possibile. Per realizzare azioni che portino alla riduzione del tempo che intercorre tra la dimissione e la presa in carico del neonato da parte del pediatra molte Aziende hanno attivato alcune azioni:

 - realizzare uno sportello di scelta del pediatra di libera scelta presso ogni punto nascita;
 - coinvolgere il personale sanitario che ha contatti con la gravida (Consultorio, MMG) per un'informazione adeguata sulla necessità di provvedere tempestivamente non solo alla scelta ma soprattutto al contatto telefonico con il pediatra per concordare la prima visita;
 - coinvolgere analogamente il personale della sala parto e del nido;
 - dimettere puerpera e neonato solo dopo che è stato fissato l'appuntamento con il pediatra di libera scelta;
 - integrare le risorse del territorio (Consultorio, assistenza ostetrica a domicilio, ecc.).

Allattamento: in questo ambito come operatori sanitari si può operare identificando all'interno di un gruppo aziendale politiche e obiettivi comuni al Dipartimento di ostetricia e al Dipartimento ospedaliero, per esempio:

- collegamento con i medici di medicina generale;
- collaborazione con i pediatri di comunità per la conservazione e l'utilizzo del latte materno negli asili nido;
- collegamento in ambito distrettuale con le altre componenti sanitarie;
- attività di formazione sulle tematiche generali e specifiche;

Nell'ambito sociale, operando come Pediatria in associazione o in gruppo (o formando aggregazioni funzionali di associazioni o gruppi) è fondamentale la possibilità di amplificare l'attività di formazione-informazione ai genitori svolta dai pediatri di famiglia.

Si è ampliata negli ultimi anni anche la partecipazione dei pediatri di famiglia in qualità di referenti sanitari ai gruppi di auto/mutuo aiuto.

- Assistenza al bambino affetto da patologia cronica.

Come evidenziato dai dati della letteratura recente, è in aumento la percentuale di bambini affetti da patologia cronica - che si attesta intorno al 10% della popolazione infantile - e si ha un considerevole incremento delle nascite pre-termine. Questa popolazione richiede un'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare di tipo integrato.

I pediatri di famiglia sono impegnati in percorsi diagnostico-assistenziali sulle principali patologie, ad esempio celiachia, diabete, asma, Sindrome di Down.

- Vaccinazioni.

Come professionisti i pediatri di famiglia operano:

- spesso all'interno dei servizi vaccinali con contratti di collaborazione;
- continuativamente, attraverso il controllo clinico e il *counseling* pre-vaccinale;
- attraverso il collegamento con la Pediatria di comunità e i medici di medicina generale, per il miglioramento della sorveglianza sulle reazioni avverse ai vaccini.

- Uso dei farmaci e degli antibiotici.

In ambito regionale si è sviluppata e continua la collaborazione con il gruppo ProBA - Progetto Bambini e Antibiotici dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.²

In ambito distrettuale, all'interno dell'Unità pediatrica di Distretto - ove attivata - o con altre modalità - si sta sviluppando l'analisi della reportistica, la formazione, lo sviluppo di protocolli su patologie di interesse sociale (asma) e la promozione del *self help* diagnostico.

² http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/rischio_inf/proba/index.htm

- Genitorialità.

Come operatore sanitario il pediatra di libera scelta è impegnato a collaborare con il Servizio di NPIA e i Servizi sociali su tematiche in costante aumento, come genitori separati, figli di immigrati, adozioni, ecc. Negli ultimi anni è anche cresciuto l'impegno formativo in questo ambito.

In ambito sociale il pediatra si impegna nell'informazione ai genitori anche attraverso la collaborazione con i gruppi di auto/mutuo aiuto.

Punti critici nell'attività del pediatra di famiglia

Sono legati a situazioni emergenti come nascita di nuovi bisogni nelle famiglie e nella popolazione pediatrica - immigrazione (10% della popolazione pediatrica regionale); cronicità in aumento (incremento delle nascite pre-termine, miglioramento nell'assistenza alle patologie gravi e invalidanti); nuove famiglie (divorzi, separazioni, ecc.) - e/o a problemi neuropsichiatrici nella fascia 0-3 anni e pre-adolescenziale/adolescenziale.

Prospettive di raccordo tra NPIA e PdF

La collaborazione tra NPIA e PdF si iscrive nel quadro organizzativo descritto; attraverso questo Progetto regionale, i pediatri di famiglia hanno assunto l'impegno di collaborare a:

- sviluppare protocolli su invio, collegamento tra i due Servizi, presa in carico di patologie specifiche;
- identificare e sostenere nel tempo prassi di formazione congiunta (in particolare all'interno dell'UPD, dove sia stata attivata) su tematiche come abuso, *handicap*, depressione materna, ecc.;
- sostenere la genitorialità con iniziative di formazione, informazione e collaborazione con i gruppi di auto/mutuo aiuto;
- collaborare con il Servizio di NPIA e i Servizi sociali su nuove tematiche quali genitori separati, figli di immigrati, adozioni, ecc.
- ampliare la possibilità del pediatra di famiglia di partecipare al lavoro di rete, anche sul piano dell'intervento sociale.

1.3. La Pediatria di comunità (PdC)

Funzioni

- Erogazione diretta dell'assistenza pediatrica.
Si esplica per la popolazione pediatrica non iscritta al pediatra di famiglia. Fanno parte di questa popolazione in particolare i minori non iscritti al SSN perché appartenenti a nuclei familiari nomadi o stranieri non in regola con il permesso di soggiorno.
- Facilitazione e promozione dei percorsi assistenziali dei minori appartenenti a nuclei familiari con disagio socio-sanitario.
Pur essendo presente l'iscrizione al pediatra di famiglia, l'accesso a questo tipo di assistenza è limitato dalla scarsità di risorse culturali e sociali del nucleo familiare. Il ruolo della Pediatria di comunità in questo caso è quello di concorrere all'identificazione del bisogno e di facilitare l'accesso, in raccordo con i Servizi sanitari (ospedale, Distretto sanitario e Dipartimento di salute mentale) e con le istituzioni locali, come previsto dai Piani per la salute e dai Piani di zona, attraverso interventi individuali e progetti assistenziali.
- Raccordo con le Istituzioni scolastiche ed educative del territorio per concorrere con gli altri Enti e Servizi alla costruzione dei percorsi di segnalazione del disagio e dei problemi sanitari, e all'inserimento dei minori con *handicap* o malattie croniche.
- Organizzativo per l'attivazione dei percorsi assistenziali per i minori con patologie croniche e disagio psicosociale e come garante per la loro appropriatezza. In questo ambito riveste particolare importanza la partecipazione alla programmazione della formazione integrata dei professionisti coinvolti.

Punti di forza

Sono punti di forza la cultura professionale orientata alla cura della relazione - in particolare per i soggetti che non hanno assistenza pediatrica, con disagio o esclusione sociale -, alla facilitazione dell'integrazione scolastica e all'accesso ai servizi.

Sono altrettanto espresse le competenze di tipo organizzativo e gestionale per gli obiettivi legati ai percorsi per le patologie croniche, all'assistenza domiciliare, allo sviluppo della collaborazione con la Pediatria di famiglia, nell'ambito dell'attuazione dell'Unità pediatrica di Distretto.

Questa esperienza professionale è particolarmente efficace perché unita alla visione complessiva della popolazione pediatrica, permette di svolgere con efficacia il ruolo di integrazione delle visioni specialistiche, salvaguardando la centralità dell'utente.

Criticità

Il principale punto critico può essere identificato nella difformità con cui questo Servizio si è andato configurando nelle Aziende. Se la variabilità dell'offerta o della progettualità costituiscono un valore positivo di flessibilità e capacità di adattarsi al bisogno locale, va curata un'equa offerta a tutta la popolazione.

Andranno quindi presidiati momenti di coordinamento, di riferimento centrale e di impulso verso una direzione comune, che orientino le differenti realtà territoriali alla progettualità comune, al confronto di metodologie e risultati.

Ove questo servizio non abbia sufficienti risorse, nella realtà locale dovranno essere assicurate modalità organizzative che rispondano in maniera appropriata ai bisogni della popolazione più debole.

Orientamenti per il raccordo progettuale con la NPIA

Si può concludere che il ruolo della Pediatria di comunità, per i temi correlati alla promozione della salute neuropsichica per l'età 0-6 anni, è dedicato in primo luogo a concorrere all'integrazione dei Servizi e poi all'assistenza diretta dei minori senza assistenza di base. Queste funzioni, differenziate in relazione alle diverse realtà organizzative dei Distretti, devono peraltro essere assicurate dalle Aziende, orientate e verificate - al pari di altri interventi di sanità pubblica - da parte degli organismi competenti della Regione, al fine di garantire congruenza e appropriatezza nella promozione della salute e dell'assistenza.

1.4. Il pediatra ospedaliero (PO)

Funzioni

La Pediatria ospedaliera non può e non deve rappresentare il luogo di cura per i pazienti di età 0-6 anni affetti da patologia neuropsichica.

Spesso l'ospedalizzazione è l'unica strada percorribile nelle condizioni di urgenza, ma superata la fase critica dell'emergenza e una volta esclusa una patologia organica, il pediatra ospedaliero dovrebbe quanto prima trasferire il paziente ai colleghi della Neuropsichiatria infantile per competenza.

Punti di forza

I punti di forza fondamentalmente si riducono a uno solo, e cioè la disponibilità 24 ore su 24: in qualsiasi momento di una qualsiasi giornata gli operatori sanitari (ma non solo: basti pensare a forze dell'ordine, magistrati, assistenti sociali, familiari, ecc.) possono fare riferimento alla struttura ospedaliera.

Criticità

Le Unità operative di Pediatria ospedaliera - così come sono oggi strutturate nella gran parte delle Aziende USL della regione Emilia-Romagna - non sono in grado di assistere adeguatamente i pazienti affetti da patologia neuropsichica.

L'ospedalizzazione non è funzionale (difficilmente il quadro clinico di tali pazienti migliora durante la degenza ospedaliera), non è appropriata (nella gran parte delle strutture ospedaliere non operano neuropsichiatri infantili ma solo pediatri, e tra questi alcuni con competenza di neurologia), non è economica (le risorse umane, per esempio il personale infermieristico, impegnate nell'assistenza a pazienti con patologia neuropsichica, potrebbero dedicarsi anche ad altre tipologie di pazienti, anche perché spesso non sono in possesso delle competenze professionali specifiche).

Prospettive di raccordo

Per i motivi suddetti, diventa indispensabile e improrogabile definire un raccordo tra Pediatria ospedaliera e NPI. Andrebbero innanzitutto concordate le tipologie di pazienti oggetto del progetto di integrazione.

Al fine di una concreta continuità assistenziale, sono individuate le seguenti aree di possibile integrazione:

- *follow up* di neonati a rischio;
- *follow up* di neonati malformati o affetti da malattia rara (diagnosi prenatale);
- diagnosi e *follow up* di pazienti con ritardo del linguaggio;
- diagnosi e *follow up* di pazienti con ritardo neuromotorio evidenziatosi in epoca post-natale e comunque in assenza di eventi patologici perinatali (anamnesi perinatale negativa);
- diagnosi e *follow up* di pazienti con diagnosi di malattia rara, diagnosticata in epoca post-natale;
- diagnosi e *follow up* di pazienti con ritardo mentale;
- diagnosi e *follow up* di pazienti con turbe comportamentali e malattie neuropsichiche (iperattività e *deficit* dell'attenzione, sindromi ticcose, autismo, ecc.).

Una prima distinzione da fare è quella tra bambini in cui la diagnosi di certezza o l'ipotesi diagnostica vengono fatte alla nascita (e quindi in sede ospedaliera) e bambini in cui le problematiche si sono evidenziate durante le prime fasi dello sviluppo (e pertanto nell'ambito dei controlli di salute effettuati dal pediatra di famiglia). Nel primo caso l'iniziativa deve partire dal pediatra neonatologo ospedaliero, che sin dall'inizio provvederà a coinvolgere il PdF e il NPI; nel secondo caso, l'*iter* verrà avviato dal pediatra di famiglia, con coinvolgimento del pediatra ospedaliero solo se necessario (per esempio quando sia indispensabile effettuare indagini diagnostiche e/o consulenze specialistiche in ospedale).

In pratica si vengono a ipotizzare 2 possibilità.

- Diagnosi (o ipotesi diagnostica) in epoca neonatale (talvolta solo *il follow up* permette di definire con certezza la diagnosi).

Il pediatra neonatologo dell'ospedale, già durante la degenza, appena definita la diagnosi ed eventualmente sciolta la prognosi, provvede a informare il PdF e a contattare il NPI di riferimento.

Si viene così a formalizzare (anche se senza una vera e propria ufficializzazione, che richiederebbe tempi più lunghi) un piano assistenziale post-ricovero.

Nell'imminenza della dimissione dall'ospedale, il piano assistenziale si concretizza a seconda dei casi in:

- dimissione protetta, quindi con il coinvolgimento dell'Assistenza domiciliare (in realtà si tratta di una minoranza di casi);
- dimissione concordata: in tal caso è già definito il percorso successivo, con tutte le tappe di *follow up* (data, luogo, specialista) che deve comunque prevedere il coinvolgimento del PdF, che provvederà a coordinare le varie figure specialistiche coinvolte.

- Diagnosi (o ipotesi diagnostica) definita in epoca post-natale dopo indagini eseguite in ospedale (ricovero ordinario, *day hospital*, ambulatorio) su sollecitazione del pediatra di famiglia oppure dopo un accesso in urgenza

In questo caso, anche se la diagnosi venisse posta in ospedale, il ruolo di coordinatore spetta al pediatra di famiglia, sia nel caso che il bambino sia stato inviato alla struttura ospedaliera per consulto o indagini, sia quando sia giunto all'osservazione del pediatra ospedaliero attraverso il Pronto soccorso.

Ovviamente, dal confronto e dalla collaborazione tra pediatra ospedaliero e pediatra di famiglia si verrà a delineare la priorità: il Servizio di NPI, contattato telefonicamente (e in casi particolari consultato direttamente), fornirà le coordinate per un primo approccio tempestivo e per il relativo *follow up* specifico.

In entrambe le condizioni sarebbe opportuno che la struttura ospedaliera identificasse il pediatra ospedaliero di riferimento, che provvederà a coinvolgere altro collega competente qualora emergessero problematiche specialistiche specifiche (gastroenterologiche, neurologiche, endocrinologiche, broncopneumologiche, ecc.).

2. Il progetto regionale

2.1. Materiali e metodi

Inizialmente è stato costituito un Comitato scientifico, coordinato dal referente per la neuropsichiatria infantile del Servizio salute mentale ed assistenza sanitaria nelle carceri dell'Assessorato sanità della Regione Emilia-Romagna.

Su indicazione del Coordinamento regionale di NPIA (costituito da tutti i responsabili delle Unità operative di NPIA, territoriali e ospedaliere, e dai professori di Neuropsichiatria infantile delle Università dell'Emilia-Romagna) sono stati individuati due responsabili scientifici del progetto, uno per l'area Emilia e l'altro per la Romagna.

Sono state invitate a partecipare ai lavori del Comitato le principali sigle sindacali dei pediatri di famiglia attive sul territorio regionale (FIMP, CIPE).

Il progetto ha svolto prioritariamente un'indagine fra tutti i responsabili di Unità operativa di NPIA della Regione (territoriali e ospedaliere) e i pediatri di famiglia di tre realtà campione (Bologna, Modena, Cesena).

Tenuto conto dell'obiettivo del progetto - analisi dell'intero sistema di cura per la fascia di età 0-6 anni - nella primavera 2004 si è ritenuto di estendere il monitoraggio a tutte le realtà pediatriche della regione attraverso l'invio del questionario alle Direzioni aziendali dei Presidi ospedalieri e dei Dipartimenti cure primarie, per coinvolgere i responsabili delle Unità operative ospedaliere di branche pediatriche (pediatria, neonatologia, ecc.) e i pediatri di comunità.

La costruzione del questionario ha rispettato in tutti i casi caratteristiche simili, volte ad indagare i seguenti aspetti relativi a bisogni e criticità:

- collegamento della NPIA e dei pediatri di libera scelta fra loro e con i pediatri di comunità e ospedalieri;
- consulenza della NPIA ai pediatri;
- modalità di invio degli utenti dai pediatri alla NPIA e refertazione (*feedback*);
- implicazioni organizzative per la gestione degli utenti seguiti dalla NPIA;
- eventuali bisogni e/o modalità innovative di formazione congiunta.

Il campione della ricerca era composto da:

- tutti i 13 responsabili di Unità operativa di NPIA territoriali (*check list I in Appendice*);
- 153 pediatri di famiglia (su un totale di 519 nell'intera regione) delle Aziende USL indagate (*check list II in Appendice*):

Questionari consegnati	N
Azienda USL di Modena	60
Azienda USL Città di Bologna	34
Azienda USL Bologna Sud	22
Azienda USL Bologna Nord	18
Azienda USL di Cesena	19
<i>totale</i>	<i>153</i>

- 23 responsabili di UO pediatriche ospedaliere in Presidi ospedalieri di 11 Aziende USL (considerando l'Azienda USL di Bologna come Area vasta) e 3 Aziende ospedaliere (*check list III in Appendice*);
- 35 pediatri di comunità delle realtà distrettuali delle 11 Aziende USL regionali (*check list IV in Appendice*).

L'elaborazione dei dati e l'analisi dei risultati è stata svolta a cura del Servizio salute mentale dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna, con il supporto del Comitato di progetto.

Sulla base dei primi risultati dell'indagine (PdF, NPIA), nel periodo da dicembre 2003 a novembre 2004 sono stati avviati in Emilia seminari sull'emergere della psicopatologia nella prima infanzia. I seminari erano tenuti da esperti di livello nazionale e internazionale, responsabili di servizi pilota per i rispettivi ambiti.

Responsabile di questo ciclo formativo: dott.ssa Marilisa Martelli

Relatori	Titolo incontro
prof.ssa Dora Knauer psichiatra infantile, vicedirettore Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Università di Ginevra	Segnali di allarme nella prima infanzia
prof.ssa Anna Fabrizi professore associato di Neuropsichiatria infantile, Università di Roma La Sapienza	L'emergenza dei disturbi di sviluppo: semeiotica per l'invio
prof. Massimo Ammaniti professore ordinario di Psicopatologia dello sviluppo, Università di Roma La Sapienza	Gli interventi di sostegno alla genitorialità. Il Progetto di <i>Home Visiting</i>
prof.ssa Marie Rose Moro psichiatra infantile, responsabile Servizio di psicopatologia del bambino e dell'adolescente Ospedale Avicenne, Bobigny, Parigi	Figli di genitori in esilio
prof. Juan Manzano professore di Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Facoltà di Medicina, Università di Ginevra	Le depressioni dopo il parto

Contestualmente, nell'ambito del progetto regionale, si sono tenute in due realtà campione (Cesena, Modena) iniziative locali di formazione congiunta e reciproco aggiornamento fra queste professionalità su temi specifici, nell'ambito del progetto regionale.

Un'esperienza di formazione al counseling in ambulatorio pediatrico a Cesena

Introduzione al counseling in ambulatorio pediatrico

Il percorso è iniziato il 12 e 13 dicembre 2003 con le prime due giornate di introduzione al *counseling* indirizzate a 24 pediatri dell'area romagnola e tenute dal dott. Michele Gangemi di Verona e dalla dott.ssa Patrizia Elli di Milano. Queste giornate sono state dedicate a presentare le principali abilità di *counseling*, a illustrare con videoregistrazioni e discussione su casi le tecniche del *counseling* che facilitano la narrazione e la comunicazione verbale e non verbale. In particolare si sono analizzate le tre funzioni principali dell'intervista medica: raccogliere informazioni sul problema del paziente; instaurare una relazione; informare, spiegare, motivare il paziente a collaborare al programma terapeutico. Si sono sottolineati i criteri per un'intervista medica efficace: il paziente si sente compreso e sostenuto dal medico nell'esprimersi, la comprensione dei problemi è condivisa da paziente e medico, il paziente partecipa e collabora al programma terapeutico. Per soddisfare questi criteri, l'intervista si deve strutturare in una fase iniziale centrata sul paziente, tesa a comprendere le sue opinioni, a facilitare le sue espressioni, a porre domande aperte suggerite dagli interventi del paziente. Segue la fase più centrata sul medico, con domande di approfondimento sul problema presentato, e una raccolta più selettiva di informazioni sui disturbi ai fini della diagnosi e del trattamento. La terza fase è l'incontro fra l'agenda del paziente e l'agenda del medico nella pianificazione delle cose da fare, in cui si raggiunge una comprensione condivisa che incorpora le prospettive del paziente.

L'introduzione al *counseling* è stata completata con altre due giornate (16 e 17 aprile 2004), dedicate a *counseling* e genitorialità e alla presentazione della scheda Calgary,³ finalizzata a migliorare il colloquio clinico. Nel sostegno alla genitorialità si è sottolineata l'importanza di evitare di entrare in conflitto con un sistema familiare proponendo o imponendo cambiamenti alla cieca, senza avere prima verificato se il sistema è in grado di accoglierli e realizzarli. Sostenere la genitorialità significa rendere possibile a ciascun genitore, con i suoi limiti e le sue imperfezioni, di essere il miglior genitore che è in grado di essere.

³ Vedi Paragrafo 4.1.

L'esperienza di formazione congiunta tra Neuropsichiatria dell'età evolutiva e Pediatria di famiglia a Modena

È interessante riferire che il percorso di formazione congiunta è stato preceduto a Modena da un'esperienza svoltasi nel biennio 2002-2003, che aveva sia un obiettivo formativo sia la finalità di iniziare un dialogo fra la Pediatria di famiglia e il Servizio di neuropsichiatria dell'età evolutiva.

Si è trattato di due iniziative successive.

- La prima di carattere formativo era dedicata ai disturbi di apprendimento (dott. Ruggeneri, dott.ssa Gibertoni), alla quale ha fatto seguito una giornata dedicata a:
 - presentazione dell'opuscolo per i genitori *Parole per crescere*, elaborato in collaborazione con la Neuropsichiatria;
 - modalità di utilizzo dell'opuscolo da parte del pediatra;
 - collegamento con le scuole materne, relativamente all'eventuale invio dell'opuscolo.
- L'iniziativa successiva è consistita nella costruzione di un percorso di invio alla Neuropsichiatria dell'età evolutiva che prevedeva una richiesta, compilata sul ricettario regionale da parte del pediatra di famiglia e una prima risposta su modulo USL di presa in carico e iniziale orientamento diagnostico da parte della Neuropsichiatria infantile.

Dopo l'avvio del progetto regionale di promozione della salute neuropsichica nell'infanzia, il percorso di Modena si è sviluppato nella cornice formativa prevista dall'aggiornamento provinciale iniziato in seguito all'attivazione della formazione continua in medicina (ECM) attraverso l'Agenzia formativa provinciale (Agefor).

Durante l'incontro annuale di progettazione dell'attività, i responsabili della formazione della Pediatria di famiglia (attività svolta da Pediaform, organismo previsto nell'Accordo aziendale per la Pediatria di libera scelta) e della Neuropsichiatria infantile hanno stabilito di comune accordo di:

- inviarsi reciprocamente le informazioni riguardanti l'attività formativa di comune interesse;
- condividere una formazione congiunta da sviluppare negli anni 2004, 2005 e 2006.

Si è deciso di dare a questa attività formativa tre direttrici principali.

- Sviluppare le abilità di *counseling* e le conoscenze dei pediatri di famiglia riguardo alle dinamiche familiari.

Sono stati quindi organizzati nel 2004-2005 un corso di *counseling* in pediatria (dott. Gangemi, dott.ssa Elli) e due seminari dedicati a "Famiglia e dinamiche familiari" (tenuto dal prof. Cigoli) e a "L'approccio bio-psico-sociale sull'esperienza di cura" (prof. Saba).

- Sviluppare e presentare protocolli diagnostico-terapeutici.

È stato presentato nel 2004 il protocollo per l'assistenza al bambino affetto da Sindrome di Down, che ha coinvolto i pediatri di libera scelta, il Servizio di neuropsichiatria dell'età evolutiva, il Centro per l'assistenza al bambino Down

dell'Azienda USL, gli specialisti delle branche interessate e gli operatori della riabilitazione.⁴

Nell'anno in corso è iniziato un percorso formativo e assistenziale al bambino autistico.

È in preparazione un percorso di presa in carico condivisa del bambino adottato, che prevede il coinvolgimento del pediatra di famiglia per la gestione del benessere fisico (anamnesi, esami bioumorali) e psichico del bambino e della famiglia, il Servizio di pediatria di comunità per la componente relativa alle vaccinazioni, e il Servizio di neuropsichiatria dell'età evolutiva per la presa in carico in situazioni di disagio psichico.

- Sviluppare attività formative a tutela della genitorialità.

Nel 2005 è stato organizzato un corso multidisciplinare sull'allattamento al seno, al quale hanno partecipato, insieme a pediatri ospedalieri e di famiglia, ostetriche e ginecologi, anche diversi psicologi dei vari Distretti, e che ha preparato 10 formatori in grado di formare in seguito il personale dell'Azienda e del Policlinico universitario. Nell'aprile 2006 inizia un corso multidisciplinare per referenti alla genitorialità, pensato a integrazione del precedente, rivolto agli operatori interessati all'intervento sulla fascia 0-3 anni (pediatri, assistenti sanitarie ed educatori dei Distretti), con lo scopo di renderli capaci di sviluppare le abilità relazionali necessarie a valorizzare la genitorialità, consentendo una nascita e una prima infanzia il più possibile serene.

Nella consapevolezza che negli stessi anni molte altre iniziative locali stavano operando per lo stesso fine, si è richiesto di documentare iniziative di buone pratiche di integrazione NPIA-Pediatria al fine di valutarne - contestualmente ai risultati finali del progetto - l'eventuale trasferibilità e possibile disseminazione nella comune, sottesa cultura organizzativa.

A seguito dell'analisi conclusiva dei risultati delle indagini e dell'individuazione delle principali criticità e dei suggerimenti di miglioramento, il 16 marzo 2005 si è tenuto un seminario regionale interprofessionale per la presentazione dei risultati delle indagini e l'avvio della raccolta delle buone pratiche di integrazione.

Nell'estate 2005 tre specifici gruppi interprofessionali (NPI, Pediatria di famiglia, di comunità, ospedaliera) hanno prodotto documenti di riflessione sui tre temi principali della organizzazione, formazione e linee guida, con il mandato di proporre linee operative di miglioramento, in coerenza con quanto documentato dai risultati delle indagini.

⁴ Vedi Paragrafo 4.3 - Buone prassi 8.

2.2. Risultati

Nelle Tabelle 3 e 4 sono sinteticamente riportate le risposte ai quesiti più significativi, utili al confronto fra le diverse categorie professionali. In particolare, si ritiene ottima la percentuale di questionari restituiti da parte dei responsabili NPIA e dei pediatri di famiglia interpellati (100%). Per quanto riguarda i pediatri ospedalieri e di comunità, i questionari restituiti riguardano tutte le Aziende sanitarie regionali; non è tuttavia disponibile il totale di riferimento.

Le diverse percentuali registrate in risposta alle singole domande hanno permesso di valutare le criticità di principale interesse (dal 31 al 100% dei responsabili NPI; dal 40 al 98% dei pediatri di famiglia; dall'87 al 100% dei pediatri ospedalieri; dall'89 al 100% dei pediatri di comunità).

Di seguito si riportano analiticamente le considerazioni che possono essere rilevate dal confronto fra i risultati dei questionari, secondo le principali tematiche su cui si è sviluppata l'indagine.

In Appendice sono presentati integralmente i risultati delle singole indagini, registrati come percentuale di risposta positiva alle singole domande dei questionari rispetto alla numerosità dei questionari restituiti e/o delle persone, Aziende sanitarie o UO intervistate (*check list I* = NPIA; *check list II* = Pediatria di libera scelta; *check list III* = Pediatria ospedaliera; *check list IV* = Pediatria di comunità).

Data l'esiguità del numero di intervistati, non si è proceduto a ricercare particolari significatività statistiche, privilegiando l'analisi qualitativa "narrativa" da parte delle differenti categorie professionali; a tale scopo, per ogni risposta si riportano integralmente eventuali commenti e/o ulteriori risposte verbali.

Tabella 3. Tabella sintetica di confronto fra i risultati dei questionari restituiti da NPI e pediatri (di libera scelta, ospedalieri e di comunità)

Domanda	PLS*	PO	PdC	NPIA
Attività specifica / strutturata di collegamento tra NPIA e Pediatria				
Riferita dai pediatri nei confronti della NPIA	42%	48%	46%	
Riferita dai responsabili NPI	69%	85%	77%	
Invio e risposta clinica sui pazienti inviati	29%	13%	34%	46% ^
Incontri sul caso	16%	30%	31%	31% ^
Invio - modalità				
Accesso diretto su ricettario USL	39%	9%	11%	54% ^
Telefonicamente da pediatra a NPIA	34%	70%	57%	62% ^
Invitando il genitore a telefonare	57%	26%	43%	92% ^
Invitando il genitore a recarsi presso UO NPIA	8%	39%	60%	85% ^
Discussione singolo caso				
Telefonica	76%	96%	86%	92% ^
Relazione scritta	59%	61%	69%	-
Altro	21%	39%	26%	-
Altro	24%	30%	60%	-
Referto scritto	-	-	-	62%
Questionari clinici, test, ecc.				
Uso sistematico strutturato	-	-	-	77%
Sentita necessità di invio "guidato"	66%	91%	34%	-
Conoscenza dell'organizzazione NPIA				
In modo formale	56%	91%	89%	-
In modo informale	10%	26%	31%	-
In modo informale	22%	43%	54%	-
Con incontri periodici	23%	13%	14%	-
Numeri telefonici NPIA disponibili	72%	96%	100%	-
Esistenza/conoscenza punto ricezione e smistamento telefonate	47%	70%	86%	85%
Referente NPEE formalizzato		26%		
Formazione congiunta con NPIA territoriale				
Lezioni su specifici temi	52%	17%	34%	62% ^
Incontri periodici x discussione casi	16%	13%	14%	38% ^
Incontri periodici x discussione casi	11%	9%	17%	31% ^
Ricerca in collaborazione				
	-	-	-	31%

Legenda

* I pediatri di libera scelta rispondenti rappresentano la totalità dei PLS delle realtà aziendali di Modena, Bologna (ex Sud, Città, Nord), Cesena

^ Riferita a pediatri di libera scelta

Tabella 4. Bisogni formativi per invio guidato da pediatri a NPIA (questionari clinici, test, ecc.)

	PLS	PO	PdC
Disturbo di linguaggio	52%	48%	29%
Disturbi psicofunzionali (alimentazione, sonno, altro, ...)	41%	43%	26%
Disturbo relazionale	44%	39%	14%
Autismo	39%	35%	20%
ADHD	39%	30%	20%
Altro	3%	4%	17%

I risultati sono presentati come analisi dei dati ritenuti più significativi, sia sulla base delle risposte che hanno ottenuto la maggiore percentuale di adesione, sia per il significato che le stesse riportano.

Va altresì considerato che le interviste ai responsabili di Unità operative di NPIA aziendali contenevano principalmente rivolte alla collaborazione con la Pediatria di famiglia. A ciò è dovuta la maggiore ricchezza di dati di confronto fra le risposte NPIA rispetto alla Pediatria.

L'esposizione dell'analisi verrà suddivisa nelle tre aree pediatriche indagate:

- R.1 NPIA - Pediatria di famiglia
- R.2 NPIA - Pediatria ospedaliera
- R.3 NPIA - Pediatria di comunità

R.1 NPIA - Pediatria di famiglia (check list I e II)

Attività di collegamento

A detta dei 13 responsabili di NPIA territoriali:

- nel 69% delle realtà esiste una specifica attività di collegamento tra NPIA e pediatri di libera scelta, riccamente dettagliata nell'85% dei casi (*vedi note al punto A1d*) benché solo in un caso sia allegata la documentazione formale;
- le attività descritte fanno riferimento alle modalità di invio e di risposta clinica sui pazienti inviati dai pediatri alla NPEE (46% delle UO) e sulle modalità di reciproco incontro (31% delle UO);
- tali attività risultano incentivate (es. Piano azioni, obiettivi, ecc.) nel 46% delle realtà di NPIA regionali;
- diverse sono le forme descritte di collegamento fra NPIA e PLS.

A detta dei PLS (premettendo che non tutte le realtà aziendali sono state indagate per i motivi espressi precedentemente):

- il 42% afferma l'esistenza di un'attività strutturata, che nel 29% dei casi è riferita a invio e risposta clinica sui pazienti inviati alla NPIA dai PLS, solo nel 16% è riferita a "contatto o incontro sul caso tra pediatri e NPIA";
- le fasce orarie preferite sono le mattine dei giorni feriali, mai quelle pomeridiane, nel 6% il sabato mattina.

Invio

A detta dei 13 responsabili di NPIA territoriali:

- dei 4.017 bambini di età pre-scolare giunti all'osservazione delle NPIA regionali, il 28% risulta inviato dai pediatri di libera scelta, il 25% arriva per diretta richiesta dei genitori (prevalentemente dopo i 2 anni), il 19% dalla Pediatria ospedaliera (41% della fascia di età 0-2 anni), l'11% direttamente dalla scuola (prevalentemente dopo i 2 anni) e il 17% per altre fonti di invio;
- è sempre (100%) prevista la modalità di richiesta diretta di consulenza da parte dei genitori (telefonicamente o di persona), così come è prevista la richiesta da parte dei PLS sia telefonicamente (62%) che con richiesta scritta (58%); il 50% di "altro" è rappresentato da diverse fonti istituzionali (servizi sociali, scuola, ospedale, consultorio familiare, Centro di salute mentale, ecc.).

A detta dei PLS:

- circa la metà dei PLS tiene una registrazione dei bambini inviati alla NPIA;
- circa la metà (45% dei rispondenti, pari al 97% dei questionari) dei pediatri di libera scelta afferma di aver inviato alla NPIA in un anno meno di 10 bambini di età 0-2 anni; un quarto dei pediatri non ne ha inviato nessuno di questa età;
- nella fascia di età 3-5 anni, il 60% dei PLS afferma di avere inviato alla NPIA meno di 10 bambini, il 10% dei PLS nessuno e un altro 10% ne ha inviati fra 10 e 20;
- è difforme la modalità di invio del PLS alla NPIA, prevalentemente attuata "invitando il genitore a telefonare" (57%); solo nel 39% la richiesta di consulenza è effettuata "su ricettario USL" (tramite CUP nel 37%) e nel 34% telefonicamente;
- nel 66% del 97% di rispondenti è sentita la necessità di utilizzare questionari o test per guidare l'invio, con particolare riferimento a disturbi del linguaggio (54%), relazionali (46%), psicofunzionali (43%), autismo e ADHD (entrambi 41%).

Tipologia di pazienti

- 0-2 anni
Secondo i pediatri di libera scelta, la problematica prevalente per l'invio dei bambini 0-2 anni è rappresentata dai ritardi di sviluppo (40% dei rispondenti, 33% dei questionari), seguiti da disturbi del comportamento (20%) e da problemi relativi all'attaccamento o comunque alla relazione genitori-bambino (20% rispondenti), quindi da disturbi del sonno (15%) e dell'alimentazione (14%).

- 3-5 anni
Secondo i PLS, il problema prevalente in questa fascia di età è rappresentato dai disturbi del linguaggio (71% dei rispondenti, 67% dei questionari), seguiti da disturbi comportamentali (51%), e patologie organiche quali paralisi cerebrali infantili, epilessia, ecc. (32%), quindi da iperattività (26%), disturbo della relazione genitori-bambino (25%) e autismo (23%).

Tabella 5. Tabella riassuntiva della tipologia dei pazienti suddivisa nelle due fasce di età (0-2 anni, 3-5 anni) secondo i pediatri di famiglia.

0-2 anni	3-5 anni
Ritardi di sviluppo (40% dei rispondenti, 33% dei questionari)	Disturbi del linguaggio (71% dei rispondenti, 67% dei questionari)
Disturbi del comportamento (20%)	Disturbi comportamentali (51% rispondenti)
Problemi relativi all'attaccamento o comunque alla relazione genitori-bambino (20% rispondenti)	Patologie organiche quali PCI, epilessia, ecc. (32%)
Disturbi del sonno (15%)	Iperattività (26%)
Disturbi della alimentazione (14%)	Disturbo della relazione genitore-bambino (25%) Autismo (23%)

Consulenza

Secondo i NPI:

- tutte le professionalità che operano nelle UO di NPIA sono coinvolte nell'attività di consulenza: neuropsichiatri (77%), psicologi (69%), terapisti della riabilitazione (fisioterapisti e logopedisti, 38%), educatori (23%), con diverse modalità, secondo i protocolli locali. Tale attività coinvolge complessivamente quindi diverse centinaia di operatori delle diverse professionalità.
- La consulenza è erogata prevalentemente nei locali del Servizio NPIA (85%), per lo più individualmente (77%) anche se quasi la metà riferisce anche una modalità di *équipe* (46%). È rara l'erogazione di consulenza presso l'ambulatorio del PLS (8% delle UO).
- La metà (54%) delle NPIA riferisce una modalità strutturata di comunicazione telefonica, con apposita fascia oraria.
- Nel 77% dei Servizi NPIA è riferito un uso sistematico di questionari clinici, test, ecc.; nel 38% tale uso è definito saltuario (*item* n. 16).
- A fronte del 100% della presa in carico da parte dei Servizi NPIA, il 92% riferisce di offrire psicoterapia, logopedia, fisioterapia; una percentuale minore riferisce di prescrivere farmaci (69%), offrire psicomotricità (69%) e terapie di gruppo (46%); nel 62% delle UO è riferito il possibile invio a liberi professionisti, nel 25% a strutture convenzionate e nel 15% a strutture private.

- Per quanto riguarda l'invio ad altri servizi del SSR (*item* n. 17), questo può prevedere l'invio a servizi della stessa Azienda nel 54% delle UO aziendali di NPIA, di altra Azienda sanitaria nel 46% delle UO.

Il referto

Secondo i NPI:

- il 62% dei responsabili NPIA riferisce che il referto del Servizio NPIA viene abitualmente scritto, a mano (54%) oppure su un modulo predisposto / dattiloscritto / su PC / con modalità di relazione clinica (38%).
- Il 91% degli 11 rispondenti a questa domanda assicura che il referto del Servizio NPIA viene raccolto nella cartella clinica.
- Il 62% riferisce che esiste una registrazione di questa attività, sia delle richieste dei PLS (38% cartaceo, 23% su PC), sia dei referti NPI (38% cartaceo, 8% su PC); solo il 15% lo fa in modo strutturato.
- Nell'85% delle UO la decisione di presa in carico viene abitualmente presa dall'operatore del Servizio NPEE da solo (*item* n. 18); può altresì essere concordata con il PLS nel 31% delle UO, così come sempre nel 31% dei casi la decisione non gli viene comunicata.

La presa in carico

- Il 100% delle UO aziendali prevede la possibilità di psicoterapia all'interno del Servizio NPIA, di tipo psicodinamico (85% UO), cognitivo/comportamentale (46% UO), sistemico/familiare (38% UO) o di altro tipo (15%), specificato come "psicomotricità relazionale" o "solo *counseling*".
- Nel 38% delle UO è prefissata la durata delle psicoterapie.
- Nel 38% delle UO è previsto il pagamento di un *ticket* per le prestazioni di NPEE.

Comunicazione e organizzazione

- Sia le risposte dei NPI che quelle dei PLS riferiscono che il collegamento fra NPIA e PLS vede in oltre la metà dei casi un criterio territoriale di tipo distrettuale. Per il resto sono riferiti sia criteri di collegamento aziendale che (in un caso) sovra-aziendale.
- Il 56% dei PLS riferisce di essere a conoscenza dell'assetto organizzativo e funzionale del Servizio NPEE aziendale; il 72% ha a disposizione i numeri telefonici del Servizio NPIA.
- Il 47% degli pediatri intervistati risponde affermativamente sull'esistenza di un punto di ricezione e smistamento delle telefonate nel Servizio NPEE, mentre l'85% di UO di NPEE ne afferma l'esistenza.

Esperienze strutturate di collegamento NPIA-PLS

- Il 62% delle UO di NPIA dell'Emilia-Romagna afferma di aver svolto negli ultimi 12 mesi esperienze strutturate con i pediatri di libera scelta (discussione di casi, formazione congiunta, ecc.); di queste: il 92% riferisce la possibilità di discussione del singolo caso; il 62% riferisce di formazione congiunta; il 38% riferisce di lezioni su specifici temi. Tale attività è effettuata nell'ambito delle attività di formazione/aggiornamento delle UO nel 46% per i PLS, nel 38% per i neuropsichiatri infantili.
- Nelle risposte dei PLS delle realtà territoriali indagate, solo la metà riferisce di attività strutturate, in percentuali molto più basse (dall'1 al 14%) con le modalità già dette: lezioni su specifici temi, discussione casi.

Integrazioni e suggerimenti

- Strutturare percorsi, protocolli, ecc.
- Maggiore comunicazione strutturata, ad esempio:
 - incontri periodici sui casi e per reciproco aggiornamento
 - comunicazione facilitata, anche telefonica
 - refertazione scritta da NPIA a pediatri
 - *follow up* congiunto per bambini cronici
- Incontri strutturati e periodici di PLS, personale NPIA e neuropsichiatri ospedalieri per:
 - formazione congiunta
 - aggiornamento su disturbi del linguaggio e comportamentale, autismo, fattori di rischio psicopatologico, ansia, attaccamento, disordini alimentari, ecc.
 - valutazione congiunta di casi clinici
 - rischio di falsi positivi per i bambini e la famiglia
 - orari delle riunioni compatibili con l'attività dei PLS

R.2 NPIA - Pediatria ospedaliera (check list I e III)

- L'85% delle UO di NPIA riferisce di specifica attività di collegamento con i pediatri ospedalieri, dandone numerose esemplificazioni e descrizioni progettuali (*vedi punto A1d*).
- Il 48% dei pediatri ospedalieri di 9 Aziende USL riferisce di attività strutturata con la NPIA, principalmente riferibile a incontro sul caso (30% in 7 Aziende USL) o in altre forme (13%, *vedi punto A2c1*), in giorni feriali e preferibilmente al mattino.
- Il 39% dei pediatri ospedalieri riferisce che è prevista la refertazione scritta della NPIA in 7 Aziende USL.
- Il 26% dei pediatri ospedalieri in 6 Aziende USL riferisce della presenza di un referente della NPIA istituzionale / formalizzato.
- Nel 96% delle UO pediatriche di 11 Aziende USL ci si avvale della consulenza psicologica, che nel 65% dei casi è acquisita dal Servizio NPIA territoriale, nel 25% è uno psicologo dello stesso Dipartimento ospedaliero.

Invio

- L'83% dei pediatri ospedalieri invia le richieste di consulenza alla NPIA, per lo più telefonicamente (70%), o invitando un genitore a telefonare in 2 Aziende USL (26%) o a recarsi presso l'UO di NPIA in 5 AUSL (39%).
- Sul 96% di pediatri ospedalieri rispondenti, il 52% (5 Aziende USL) sente l'esigenza di un invio guidato da test o questionari clinici, principalmente negli ambiti del disturbo relazionale (48%), dei disturbi psicofunzionali (43%), dell'autismo (39%), dell'ADHD (35%) e dei disturbi del linguaggio (30%).
- Solo il 17% tiene una registrazione del numero di bambini inviati alla NPIA, asserendo comunque che generalmente è inferiore a 10 ogni anno (di entrambe le fasce di età 0-2 anni e 3-5 anni); l'invio prevalente è per disturbi comportamentali.

Comunicazione e organizzazione

- Il 91% dei pediatri ospedalieri intervistati asserisce di conoscere l'organizzazione della NPIA; tale conoscenza è stata acquisita prevalentemente in modo informale (43%). Nel 96% sono disponibili i numeri telefonici della NPIA; in 10 Aziende USL il 70% dei pediatri ritiene che esista un punto telefonico di smistamento e selezione delle telefonate.
- Anche per i pediatri ospedalieri - così come visto per i pediatri di famiglia - è considerata prevalente la modalità di collegamento secondo criterio di territorialità distrettuale.
- La discussione sui casi è prevalentemente telefonica (61% in 7 Aziende USL), ma è prevista anche la relazione scritta (39% in 8 Aziende USL) e altre modalità riferibili a incontri diretti.

Formazione

- Il 26% delle Pediatrie ospedaliere in 5 Aziende USL hanno effettuato attività di formazione congiunta con la NPIA dello stesso ospedale, il 17% con la NPIA territoriale; la tipologia prevalente (13%) sono state lezioni su specifici temi, esplicitati in nota (*vedi punto C7b4*).

R.3 NPIA - Pediatria di comunità (check list I e IV)

- I NPI riferiscono nel 77% delle Aziende USL una specifica attività di collegamento con la Pediatria di comunità; nel punto A1d sono specificate le molteplici modalità di progetti comuni e integrati.
- Il 46% dei pediatri di comunità in 7 Aziende USL riferisce di attività strutturata della Pediatria di comunità con la NPIA, la cui modalità prevalente (34%) è di incontro o contatto sul caso; nell'11% dei casi è anche riferita la modalità di invio e risposta clinica sui pazienti inviati dalla PdC e/o in altra forma (*vedi punto A2c1*).

Invio

- Anche in questo caso la principale modalità di invio dei pazienti alla consulenza NPIA avviene telefonicamente (57% in 7 Aziende USL), o invitando il genitore a recarsi presso l'UO di NPIA (60%) o a telefonare (43%).
- Non si registra la prevalenza di uno specifico disturbo per cui è richiesta la consulenza di NPIA.
- Il 29% dei pediatri di comunità dichiara di tenere registrazione dei bambini inviati alla NPIA; nelle due fasce di età è prevalente l'invio in numero minore a 10 all'anno per disturbi di vario tipo; nella fascia 0-2 anni non appare una prevalenza specifica di qualche disturbo; nella fascia 3-5 anni prevalgono i disturbi del comportamento.

Comunicazione e organizzazione

- L'attività di collegamento fra Pediatria di comunità e NPIA riconosce un criterio di territorialità prevalentemente distrettuale (89%, 8 Aziende USL), aziendale (23%, 2 Aziende USL), secondo Nuclei di cure primarie (9%, 2 Aziende USL).
- La prevalenza dei pediatri di comunità (89% in 11 Aziende USL) dichiara di essere a conoscenza dell'assetto organizzativo della NPIA aziendale, prevalentemente per via informale (54%). Il 100% ha a disposizione i numeri telefonici della NPIA; l'86% dichiara che nel Servizio di NPIA esiste un punto di ricezione e smistamento delle telefonate.
- Nell'86% si riferisce la possibilità di discussione sul singolo caso, prevalentemente per via telefonica (69%) o con incontri o relazioni scritte.
- In 6 Aziende USL, il 43% dei pediatri di comunità rispondenti riferisce di esperienze strutturate negli ultimi due anni con la NPIA, sia di formazione congiunta (34% in 4 Aziende USL), sia di incontri periodici per la discussione di casi (17% in 5 Aziende USL) o per lezioni su specifici temi (14% in 4 Aziende USL).
- L'attività formativa è effettuata nell'ambito istituzionale di formazione/aggiornamento dei pediatri di comunità (26% in 4 Aziende USL) e dei neuropsichiatri infantili (20% in 3 Aziende USL).

3. Approfondimenti teorici

3.1. Organizzazione di percorsi integrati fra NPIA e Pediatria

Gruppo di lavoro	Qualifica	Azienda USL
Stefano Alboresi	PdF	Bologna
Caterina Alonge	PdF	Bologna
Sergio Amarri	PO	Ravenna
Antonella Brunelli	Dip. Sanità pubblica	Cesena
Simonetta Campana	PdF	Reggio Emilia
Cristina Carboni	PdF	Bologna
Francesco Ciotti	NPI	Cesena
Massimo Farneti	Dip. Cure primarie	Cesena
Carlotta Gentili (<i>coordinatrice</i>)	NPI	Bologna
Nadia Lugli	PdF	Modena
Claudio Mangialavori	PdF	Modena
Giancarlo Marostica	NPI	Bologna
Giovanni Mascolo	PO	Imola
Gianna Massari	PdF	Reggio Emilia
Marco Minarelli	PdC	Bologna
Miriam Prodi	PdF	Sassuolo
Anna Tomesani (<i>coordinatrice</i>)	PdC	Bologna

Accesso ai Servizi NPEE

In tutte le Aziende USL della Regione il Servizio NPEE è collocato presso il Dipartimento di salute mentale.

Si è discusso se vada mantenuto l'accesso diretto o se sia necessario l'invio da parte dei pediatri di famiglia o comunque da altri sanitari, come i pediatri ospedalieri o di comunità. Si è discusso poi con quali modalità vada curata l'informazione al PdF qualora l'invio sia stato diretto o eseguito da altri sanitari.

Dall'analisi dei questionari della ricerca regionale risulta che su 4.017 bambini in età 0-6 anni, l'invio è eseguito da:

- pediatri di famiglia: 28%
- accesso diretto: 25%
- pediatrie ospedaliere: 19% (41% della fascia 0-2 anni)
- scuola: 11%
- altre fonti: 17%

Accesso mediato da fonti istituzionali

Ha una dimensione che si può considerare stabilizzata, regolata da leggi e dagli Accordi locali di programma.

Da dati preliminari di analisi dell'invio nell'Azienda USL di Bologna, risulta che sta aumentando il numero dei bambini con certificazione, con disagio o con disturbi dell'apprendimento. Per quanto questo fenomeno nella fascia di età 0-6 anni sia meno rilevante per la prevalenza di altri bisogni, la tipologia del lavoro correlato a questo tipo di utenza tende a spostare una parte rilevante delle risorse a fasce di età superiori rispetto a quella pre-scolare.

Accesso diretto

Può essere effettivo (è la famiglia stessa che rileva il bisogno e cerca una soluzione). È aumentato progressivamente per la richiesta di cure psicologiche e neuropsichiatriche, e ora le richieste di supporto per problemi meno rilevanti sono di difficile gestione.

La proposta di porre un filtro attraverso l'obbligo di una richiesta del pediatra di famiglia ne può contenere le dimensioni; questo metodo non va però utilizzato rigidamente. La semplice messa in atto di un invio formale, senza un reale contributo del pediatra, difficilmente riuscirebbe a costituire un contenimento degli accessi impropri, rischiando piuttosto di diventare esclusivamente un passaggio burocratico.

Pur risultando formalmente un accesso diretto, questo può essere indotto da altri professionisti o dalla Scuola, che consigliano la famiglia di rivolgersi al servizio specialistico pur senza eseguire direttamente una richiesta. In questi casi, il Servizio NPI deve recuperare la collaborazione con i pediatri di famiglia, per non perdere l'opportunità di migliorare l'efficacia della presa in carico, attraverso una più chiara esplicitazione del quesito diagnostico, la condivisione di aspetti dell'osservazione diagnostica e le decisioni sulla gestione del paziente.

Nell'ottica della promozione dell'appropriatezza dell'accesso ai servizi si segnalano esperienze locali in cui i servizi NPIA operano per la fascia di età pre-scolare con un'ottica di prevenzione e cura precoce mediante l'integrazione con altri servizi (Centri di salute mentale, Consultori familiari, Servizi sociali) e istituzioni (Centri per le famiglie dei Comuni e istituzioni educative per la prima infanzia). In questi casi l'accesso, oltre che su invio del pediatra di famiglia o di altri servizi, è anche diretto. La relazione che gli operatori dei servizi NPIA mantengono con i pediatri di famiglia è costante e attiva, costituita da momenti di confronto sui casi clinici in carico e di formazione; essi eseguono consultazioni, terapie brevi e partecipano con altri servizi alla presa in carico di casi complessi; promuovono momenti di educazione sanitaria per gruppi di genitori o per insegnanti.

Accesso mediato dal pediatra di famiglia

Deve diventare centrale per i percorsi di invio, in quanto:

- costituisce il sostegno per l'accesso ai servizi di secondo livello. In assenza del supporto del PdF, le prese in carico hanno maggiori probabilità di fallire. L'invio da parte del pediatra di famiglia costituisce a tutti gli effetti la prima fase dell'elaborazione del percorso diagnostico;
- la condivisione dei percorsi del secondo livello migliora l'appropriatezza della presa in carico in fase diagnostica e terapeutica;
- può contenere gli accessi impropri da parte delle famiglie che potrebbero avere risposte più adeguate nell'ambito di un'assistenza di base su problemi di rilevanza minore, non di competenza specialistica.

Essenziali per l'efficacia degli interventi sono:

- la formazione per migliorare le competenze dei pediatri di famiglia nell'attività di *counseling*, e la tempestività e l'accuratezza nell'individuazione dei problemi;
- la comunicazione delle conclusioni diagnostiche da parte del servizio NPIA a chi ha eseguito l'invio. Oltre alla refertazione, è essenziale che la NPIA comunichi più assiduamente con il pediatra di famiglia o con chi ha eseguito l'invio, con le modalità idonee per ciascun caso (condivisione del percorso, ritorno al PdF).

Quando l'invio non è eseguito dal pediatra di famiglia

Un invio mediato rigidamente dai pediatri di famiglia potrebbe portare a una perdita di casi. In situazioni particolari, la famiglia non fa capo al proprio pediatra ma ad altri operatori sanitari o sociali. Questo accade in particolare nelle situazioni di disagio che hanno più semplice accesso ai servizi ospedalieri, nelle richieste di perizie o consulenze da parte del Tribunale per i minori.

È importante che l'informazione della presa in carico arrivi comunque al pediatra di famiglia anche se non ha eseguito direttamente l'invio:

- la presa in carico è tanto più efficace quanto più è condiviso il percorso;
- se il PdF non ne è al corrente, non è poi in grado di seguire complessivamente il bambino. In particolare è fondamentale che il pediatra sia a conoscenza di eventuali segnalazioni da parte delle scuole, per cui va favorita la comunicazione con il curante.

L'informazione di ritorno in questi casi costituisce un momento delicato del percorso terapeutico e deve avvenire nella tutela della *privacy*, previa acquisizione del consenso del paziente.

Considerazioni per patologie specifiche

- Molti dei casi che non passano dai pediatri di famiglia e che rischiano di escluderli dai percorsi specialistici sono legati prevalentemente a patologie di tipo neuromotorio in cui l'Ospedale riveste un ruolo preminente. In questo caso dovrebbero essere identificati percorsi precisi per il suo coinvolgimento nella presa in carico e nel trattamento successivo.
- Sono necessari strumenti organizzativi per migliorare le prese in carico di casi multiproblematici con l'apporto di professionisti di differenti servizi (ospedale, servizi territoriali, ...). Per fare chiarezza sui rispettivi ruoli è opportuno definire protocolli per i percorsi di presa in carico e di *follow up*, in particolare per problematiche quali prematurità, patologie sensoriali o genetiche.
- Nei casi di particolare svantaggio culturale o sociale, una presa in carico iniziata dalla Pediatria ospedaliera o di comunità non deve prescindere dal coinvolgimento del pediatra di famiglia, nell'ambito di una *équipe* allargata. Assume un ruolo importante in questi casi il contributo delle assistenti sanitarie, che conducono anche visite domiciliari, in un'ottica di rete. Le esperienze maturate in questa prospettiva costituiscono per i professionisti di primo livello opportunità di formazione sul campo.
- Vanno identificati percorsi differenziati e priorità per l'accesso e il trattamento per le patologie urgenti o comunque gravi (codici specifici o protocolli).
- Ove vi sia l'indicazione, deve esserci comunque la possibilità di attuare una psicoterapia, non disponibile in tutte le Aziende.

Il servizio NPPIA e l'organizzazione delle Aziende

Nel gruppo si è discusso quali siano le opportunità e i limiti della collocazione attuale del servizio NPPIA all'interno del Dipartimento di salute mentale e di quali debbano essere le azioni per mantenere effettiva l'integrazione con gli altri servizi del territorio.

Modelli organizzativi precedentemente sperimentati

Il servizio NPPIA era in passato all'interno dei Servizi materno-infantili. In seguito in alcune Aziende USL è stato inserito nei Dipartimenti territoriali per i minori, poi nei Dipartimenti per le cure primarie. Nei Servizi materno-infantili e nei Dipartimenti minori l'organizzazione era centrata sull'utente; questo rendeva più facile la presa in carico integrata, anche perché in condizioni di maggiore disponibilità di risorse.

Si richiama come esempio il modello organizzativo negli anni '90 di un Dipartimento minori dell'Azienda USL Città di Bologna con un bacino di utenza territoriale di circa 50.000 abitanti, in cui si tenevano regolarmente incontri tra NPPIA, pediatri di comunità e pediatri di famiglia, in cui il ruolo della PdC era prevalentemente rivolto alle collettività scolastiche. Il lavoro di integrazione in questo caso era facilitato dalla dimensione contenuta del gruppo di lavoro.

L'organizzazione attuale delle Aziende

L'attuale organizzazione delle Aziende in Dipartimenti ospedalieri e territoriali comporta la necessità di predisporre percorsi di integrazione e comunicazione per facilitare la collaborazione sui casi in carico.

Il paziente, indipendentemente dall'organizzazione esistente, non dovrebbe percepire l'appartenenza di un operatore a un Servizio o a un altro, ma dovrebbe ricevere risposte coordinate, nella logica del superamento dei concetti di invio o comunque di irrigidimento e burocratizzazione dei percorsi.

Da qui viene ribadita la necessità di costruire protocolli di integrazione, cui si dovrebbero aggiungere modalità di raccordo con *team* di lavoro di dimensione contenuta, per facilitare la comunicazione e superare eventuali difficoltà di invio e refertazione.

Un'altra criticità è costituita dal fatto che nei Dipartimenti di salute mentale la NPIA deve integrarsi con diverse culture professionali e organizzative dati i differenti *target* di popolazione.

Unità pediatrica di Distretto

La soluzione organizzativa per superare le difficoltà precedentemente delineate è indicata dal Piano sociale e sanitario della Regione nell'Unità pediatrica di Distretto, in cui è ribadita la centralità del pediatra di famiglia e al cui interno si possono creare legami funzionali stabili tra PdF, PdC e Servizi ospedalieri e specialistici - in particolare la NPI - e qualificare ulteriormente l'assistenza pediatrica distrettuale ai bambini con patologia cronica e disagio psicosociale.

In molte Aziende, in attuazione del contratto e degli Accordi locali e dell'organizzazione dei Dipartimenti per le cure primarie, la Pediatria di famiglia si sta integrando attivamente con i servizi per l'infanzia. A Modena, per esempio, si è formalmente costituita l'Unità pediatrica di Distretto, con l'avvio di progetti sulle patologie croniche e la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici per il bambino Down, per l'abuso, per l'autismo, per la presa in carico del bambino adottato.

Unità pediatrica distrettuale dell'Azienda USL di Modena

Premessa

Esiste nella Provincia come in larga parte della Regione, una consolidata esperienza di collaborazione tra pediatri di libera scelta e pediatri di comunità.

Negli ultimi anni si sono inoltre verificate nell'assistenza pediatrica rapide trasformazioni che fanno riflettere sulle modalità organizzative dell'assistenza territoriale pediatrica e su un potenziamento di questi collegamenti:

- evoluzione dei modelli assistenziali con focalizzazione dell'assistenza sul territorio;
- rimodulazione dell'assistenza ospedaliera (dimissione tempestiva/precoce del neonato, ecc.);
- nascita di nuovi modelli collaborativi nell'assistenza di base (Associazioni, gruppi, Nuclei di cure primarie, cooperative);
- modificazione della popolazione assistita (famiglie extracomunitarie, famiglie monoparentali, disagio socio-economico);
- aumento delle richieste assistenziali/congruità delle risorse;
- nuove proposte formative (ECM).

Contesto normativo

- Decreto legislativo 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale", art. 3 *quinquies* "Organizzazione del Distretto demandata alle Regioni".
- Piano sanitario regionale 1999-2001, Capitolo 1, dedicato al Distretto.
- Delibera di Giunta regionale, Regione Emilia-Romagna n. 309/2000, par. 3.1 dedicato al Dipartimento delle cure primarie: medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sono indicati come l'elemento portante dei Nuclei di cure primarie, che nel Dipartimento costituiscono i moduli organizzativi della rete clinica distrettuale.
- Accordo collettivo nazionale n. 272/2000, artt. 14 *ter* e 29: possibilità di sperimentare la costituzione delle *équipe* territoriali integrate.
- Accordo attuativo regionale del DPR n. 272/2000 (Delibera di Giunta regionale n. 2039 del 4 novembre 2002).
- Accordo aziendale sui pediatri di libera scelta di Modena ai sensi della Delibera del Direttore generale n. 181 del 24 agosto 2004.

Contesto organizzativo provinciale

L'assistenza pediatrica si sta sviluppando nella Provincia nel nuovo contesto organizzativo dei Dipartimenti delle cure primarie in attuazione del modello assistenziale del Distretto con l'obiettivo di realizzare un'assistenza pediatrica integrata che affronti sia il lato sanitario preventivo sia il lato sociale con un approccio individuale e comunitario, garantendo cioè:

- diffusione dei servizi all'intera popolazione pediatrica provinciale;
- omogeneità di intervento;
- integrazione delle figure che intervengono nella cura del bambino

Questo livello di integrazione potrà permettere di:

- individuare aree di integrazione e modelli organizzativi comuni con i Nuclei di cure primarie (es. progetti di educazione sanitaria, di prevenzione, di continuità di cura, di collegamento informatico);
- attuare una formazione mirata a favorire il miglioramento organizzativo e livelli superiori di integrazione pediatrica;
- attuare una continuità di presa in carico con le strutture ospedaliere territoriali e con la struttura universitaria, ma anche con la medicina generale, nei casi a più elevata necessità di integrazione, per esempio:
 - neonati a rischio socio-sanitario,
 - bambini con famiglia problematica o multiproblematica,
 - bambini affetti da patologie croniche gravemente invalidanti,
 - bambini extracomunitari in situazione di difficoltà socio-sanitaria.

Costituzione dell'Unità pediatrica di Distretto

Composizione

L'Unità pediatrica distrettuale integra funzionalmente i pediatri di libera scelta che operano nei Nuclei di cure primarie con l'*équipe* di Pediatria di comunità; ad essa si riconoscono specifiche competenze e responsabilità per:

- garantire tempestività, appropriatezza e continuità degli interventi attraverso protocolli interni condivisi;
- individuare percorsi integrati con i Consultori familiari, i Dipartimenti territoriali e ospedalieri, le istituzioni interessate, le associazioni di volontariato;
- valutare la qualità e l'efficacia delle attività svolte mediante un sistema di indicatori specifici.

L'UPD è quindi un modello di collaborazione trasversale e di responsabilità condivisa in cui si definisce un contesto nel quale il pediatra di libera scelta, in quanto responsabile della salute del bambino e referente dei bisogni assistenziali suoi e della famiglia,:

- provvede direttamente all'erogazione delle cure primarie in ambito pediatrico, comprese le attività di prevenzione ed educazione alla salute;
- partecipa concretamente e in modo paritario alle attività di programmazione e organizzazione tese a garantire i livelli uniformi di assistenza pediatrica, in collaborazione con la Pediatria di comunità e i Nuclei di cure primarie;
- concorre alla definizione di percorsi assistenziali specifici, anche secondo modelli innovativi.

Il Coordinatore dell'UPD è di norma un pediatra di libera scelta.

Obiettivi:

- sono coerenti con la programmazione aziendale;
- sono declinati in modo specifico per Distretto o sono peculiari per Distretto;
- sono sostenuti da un programma di formazione condiviso;

- sono obiettivi di salute:
 - collettiva, da perseguire in correlazione con il Dipartimento di sanità pubblica;
 - individuale, da definire e realizzare attraverso l'integrazione con le Unità operative ospedaliere, i settori del Dipartimento di salute mentale (con particolare riferimento alla NPEEE), le Unità operative del Dipartimento di cure primarie e quelle di Pediatria ospedaliera.

Ambiti di competenza: si inseriscono nelle strategie peculiari dell'assistenza primaria che è finalizzata alla cura globale del paziente e che si realizza attraverso percorsi assistenziali e processi organizzativi integrati tra le strutture e i servizi territoriali e ospedalieri:

- Neuropsichiatria dell'età evolutiva, Consultori familiari, medicina generale, Unità operative di Pediatria dei Presidi ospedalieri universitari e delle Cliniche pediatriche delle Aziende ospedaliere, per gli aspetti di diagnosi e cura;
- Dipartimento di sanità pubblica, per gli aspetti di prevenzione e di salute nelle comunità;
- Servizi sociali dei Comuni del Distretto dedicati ai minori.

Coordinamento provinciale della UPD

Il modello delle UPD - come quello dei Nuclei di cure primarie - configura una situazione di decentramento; per garantire una sostanziale omogeneità dei livelli assistenziali, necessita quindi della condivisione formale dei percorsi e degli strumenti attraverso l'istituzione di un organo di coordinamento collegiale a valenza provinciale, composto dai coordinatori delle UPD distrettuali.

3.2. Quale formazione per il miglioramento della collaborazione fra NPIA e Pediatria?

Gruppo di lavoro	Qualifica	Azienda USL
Daniela Bertocchi	PdF	Bologna
Chiaretta Busconi	NPI	Piacenza
Valentina Cappelli	PdF	Ferrara
Rosanna Cipolla	NPI	Piacenza
Pierluigi Cremonini	PdF	Imola
Tiziano Dall'Osso	PdF	Bologna
Paolina Miscione	PdF	Bologna
Paola Pace	PdF	Modena
Alessandro Piantoni	NPI	Reggio Emilia
Miriam Prodi (<i>coordinatrice</i>)	PdF	Modena
Susanna Trombetti	PdC	Bologna

Il gruppo ha il mandato di fornire un quadro generale delle modalità organizzative con cui attualmente si sviluppano le iniziative di formazione rivolte ai pediatri di libera scelta nelle diverse realtà aziendali della Regione, e quali di queste siano specificatamente dedicate all'aggiornamento congiunto con i professionisti della NPIA. Inoltre, al fine di formulare proposte concrete e operative applicabili sull'intero territorio regionale, deve anche da un lato individuare le criticità e le potenzialità delle diverse esperienze, e dall'altro valutare le possibilità di utilizzare, anche al di fuori dell'ambito aziendale, le risorse e le competenze professionali di eccellenza presenti sul territorio.

Secondo quanto elaborato dal gruppo, è necessario che la formazione dei PLS favorisca l'acquisizione di un sapere e di un saper essere finalizzato a migliorare l'appropriatezza nella fase di invio e la competenza professionale nella fase di restituzione diagnostica e di presa in carico integrata.

Molto spesso il pediatra di libera scelta è il primo ad essere interpellato dai genitori con richieste di aiuto sulla cura del sintomo, che talvolta maschera una realtà più complessa che viene così misconosciuta; altre volte, quando da parte della famiglia c'è scarsa collaborazione, può capitare che un caso sia segnalato al pediatra di comunità dalla scuola. Una risposta appropriata è possibile, al di là della buona volontà e dell'intuito, attraverso una formazione specifica e sistematica.

In sostanza, secondo il gruppo la finalità della proposta formativa è di:

- migliorare le competenze professionali per osservare il bambino e interpretare eventuali segnali, sintomi e situazioni di allarme e comprenderli in un'ottica integrata bio-psico-sociale;

- imparare a lavorare in gruppo (ricostruire la rete di professionisti in un contesto multidisciplinare per condividere situazioni, risorse, lavoro e pensiero; per concordare cosa, quando e come inviare al fine di diminuire gli accessi indiretti rispetto a quelli mediati dal pediatra di famiglia nell'ottica della corresponsabilità nel percorso di diagnosi; per attuare protocolli e linee guida a livello locale);
- valorizzare e accrescere le proprie capacità di ascolto e comunicazione, da spendere positivamente con i genitori nelle fasi di negoziazione, sia al momento dell'invio al servizio (sospetto diagnostico) sia al momento della restituzione (conferma, con eventuale presa in carico, oppure esclusione del dubbio clinico). Nel gruppo non si è raggiunto il consenso sugli strumenti su cui formarsi in questo campo (*counseling*, gruppi Balint o altre tecniche di carattere psicorelazionale).

Definite le finalità, da esse derivano le modalità attuative: la necessaria sistematicità della proposta formativa congiunta - che per definizione è multiprofessionale e integrata tra servizi interessati nella progettazione, nella realizzazione e nella valutazione del percorso formativo - e il suo inserimento nel programma di formazione annuale obbligatoria che, in alcune realtà, è concordato tra rappresentanti dell'Azienda e dei PLS. A tal proposito è stato riportato l'esempio della Commissione formazione PLS dell'Azienda USL di Bologna, composta da dirigenti della Pediatria di comunità e da rappresentanti dei pediatri di libera scelta, che predispone il Piano di formazione obbligatoria annuale sulla base delle proposte dei PLS e delle priorità individuate dall'Azienda.

A tal fine, il gruppo propone che gli eventi formativi:

- non siano occasionali: è opportuno che si stabiliscano modalità codificate, con luoghi e tempi prestabiliti (l'incontro regolare aiuta l'integrazione operativa dei servizi), e che gli eventi siano inseriti nei percorsi ECM;
- utilizzino una metodologia partecipata: è la modalità più adatta a professionisti che, lavorando insieme sullo stesso bambino, debbono acquisire non solo un lessico ma anche un linguaggio comune per poter comunicare (segnalazione, valutazione);
- offrano una formazione di qualità, che, di volta in volta, si può sviluppare attraverso:
 - letture magistrali e lezioni frontali, nei casi in cui si ritenga necessario sviluppare un argomento di particolare interesse clinico ed epidemiologico, nell'insieme dei suoi aspetti teorici;
 - gruppi di lavoro su casi (anche con video) per affinare la capacità di osservazione del bambino e di rilevazione dei segnali di rischio, se pur iniziali e sfumati;
 - una lettura del sintomo attraverso gli strumenti della medicina psicosomatica e psicorelazionale;
- permettano l'acquisizione di strumenti utili alla propria pratica professionale.

A questo proposito, anche in relazione all'analisi del materiale prodotto nella fase preliminare del Progetto regionale e in particolare dei suggerimenti ricavati dalle *check list* somministrate ai PLS, il gruppo ha segnalato l'opportunità che i pediatri siano formati all'utilizzo di griglie e questionari condivisi e validati dalle evidenze scientifiche, che mettano in evidenza la presenza di un rischio per le diverse patologie; tali strumenti potrebbero supportare l'osservazione del bambino nelle varie fasi di sviluppo,

in particolare nell'ambito dei bilanci di salute, senza peraltro sostituire l'insieme dell'esame clinico. L'acquisizione di tali strumenti permetterà ai pediatri di sviluppare la propria cultura scientifica e le proprie competenze, migliorandone l'integrazione nella pratica professionale.

I contenuti della formazione saranno oggetto di riflessione e progettazione a livello aziendale; tuttavia si segnalano alcuni criteri prioritari, in base ai quali può essere data rilevanza a patologie:

- ad elevata prevalenza (criterio epidemiologico);
- gravi, ad elevato impatto assistenziale (criterio clinico);
- che presentanti sintomi somatici (disturbi del sonno, disturbi dell'alimentazione, scarso accrescimento, disturbi del comportamento sfinterico) quale manifestazione sia organica che psichica;
- dei primi periodi di vita del bambino, per esempio "disturbi della regolazione" e "comportamenti problema".

Inoltre in un'ottica di valorizzazione delle competenze di carattere preventivo e di collaborazione con gli Enti e le Organizzazioni del territorio non può essere tralasciata una formazione riguardante:

- gli stili di cura, le modalità di attaccamento e lo sviluppo neuropsicomotorio nei primi 6 anni di vita (prevenzione primaria e secondaria);
- i temi indicati prioritariamente nel Piano sanitario regionale;
- le criticità evidenziate dalle associazioni dei genitori.

Gli organismi deputati alla formulazione di una proposta formativa condivisa potrebbero essere una commissione multiprofessionale (pediatri e neuropsichiatri) insediata con delibera aziendale (gruppo di lavoro ad obiettivo/progetto), oppure il coordinamento delle UPD (in cui sono rappresentate la Pediatria di famiglia e di comunità) che formulano, congiuntamente all'Unità operativa di NPIA, una proposta all'AGEFOR (Agenzia di formazione dell'Azienda), o altri.

Si potrebbe infine prevedere l'individuazione di animatori con formazione multiprofessionale (come è avvenuto nel "Progetto di sostegno alla genitorialità" dell'Azienda USL di Modena).

Sarebbe assai utile poter contare a livello interaziendale su un gruppo di formatori della NPIA, che potrebbero costituire il punto di riferimento stabile della Pediatria per la progettazione, l'organizzazione e l'attuazione degli eventi formativi specifici.

Sarebbe inoltre utile che le esperienze locali di formazione fossero pubblicate con gli opportuni riferimenti in un sito perché si attui una rete di risorse regionale.

3.3. Quali linee guida e *screening* fra NPIA e Pediatria?

Gruppo di lavoro	Qualifica	Azienda USL
Angela Benatti	NPI	Modena
Carla Cafaro (<i>coordinatrice</i>)	PdF	Ferrara
Mila Degli Angeli	PdF	Cesena
Gabriella Ferranti	PdC	Bologna
Elena Ferrari	PdF	Reggio Emilia
Ornella Parisini	PdF	Bologna
Giuseppina Parlato	PdC	Bologna
Anna Parolini	PdF	Ferrara
Antonella Pellacani	PdF	Bologna
Agnese Santelmo	PdF	Bologna
Andrea Santi	NPI	Bologna
Paolo Stagi (<i>coordinatore</i>)	NPI	Ravenna
Antonella Stazzoni	PdF	Cesena

Il gruppo si è proposto di passare in rassegna le aree cliniche dove maggiori sono le interazioni - dunque le attività condivise - tra UO NPIA (intendendo esclusivamente quelle territoriali) e Pediatria (ospedaliera, di comunità e di libera scelta) e documentare, per ciascuna di queste interfacce, l'eventuale esistenza di procedure, protocolli operativi o linee guida, sia di carattere tematico (ad esempio quando si riferiscono a una fascia d'età, come nel caso dell'adolescenza), sia orientate a patologie specifiche (ad esempio l'autismo).

Dal momento che l'assistenza neuropsichiatrica alla popolazione *target* è informata ai criteri metodologici dello standard di prodotto elaborati nel corso del 2004 dal gruppo di lavoro istituito *ad hoc* su mandato del Coordinamento regionale dei Direttori delle Unità operative NPIA dell'Emilia-Romagna, e codificati nel *Catalogo regionale dei prodotti (da standardizzare). Repertorio base delle prestazioni* (dicembre 2004) (*Figura 1*), la descrizione procederà sulla base di tale Catalogo. In particolare i prodotti condivisi con la Pediatria sono:

- Macroaggregato 3. Percorso diagnostico integrato con l'attività di organi giudiziari e altri servizi/istituzioni
- Macroaggregato 4. Interventi di prevenzione secondaria, ulteriormente suddiviso in:
 - Macroaggregato 4A. *Screening*
 - Macroaggregato 4B. Sorveglianza popolazioni a rischio
 - Macroaggregato 4C. Interventi educativi formativi su gruppi
- Macroaggregato 5. Consulenza

La Tabella 6 mostra, per ciascun macroaggregato, alcuni esempi di possibili attività condivise (interfacce) tra UO NPIA e Pediatria; naturalmente tali esempi non hanno alcuna pretesa di essere rappresentativi di tutte le molteplici e variegate realtà aziendali. Ogni interfaccia dovrebbe essere regolata da specifiche procedure (protocolli di comunicazione tra servizi, protocolli interdipartimentali), in modo da saldare tra loro i vari nodi della rete aziendale e sovra-aziendale, ad esempio di Area vasta. In tal modo l'intera rete diviene pienamente fruibile all'utenza da qualsiasi punto di accesso.

La Tabella 7 propone invece una sintesi delle linee guida attualmente disponibili per patologie specifiche: da un lato sono illustrati i documenti prodotti da vari organismi regionali in tema di neuropsichiatria infantile e rapporti con altri servizi (colonna sinistra); dall'altro sono elencate le linee guida elaborate dalla Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - SINPIA (colonna destra).

A questo proposito si propone di istituire un centro di documentazione regionale (sotto forma di sito *web*) di libero accesso, che raccolga le principali linee guida proposte dalle varie società scientifiche nazionali e internazionali sui temi di comune interesse (neuropediatrico, pedopsichiatrico e nell'area della protezione psicosociale).

Figura 1. I macroaggregati dei prodotti delle Unità operative aziendali NPJA - area territoriale

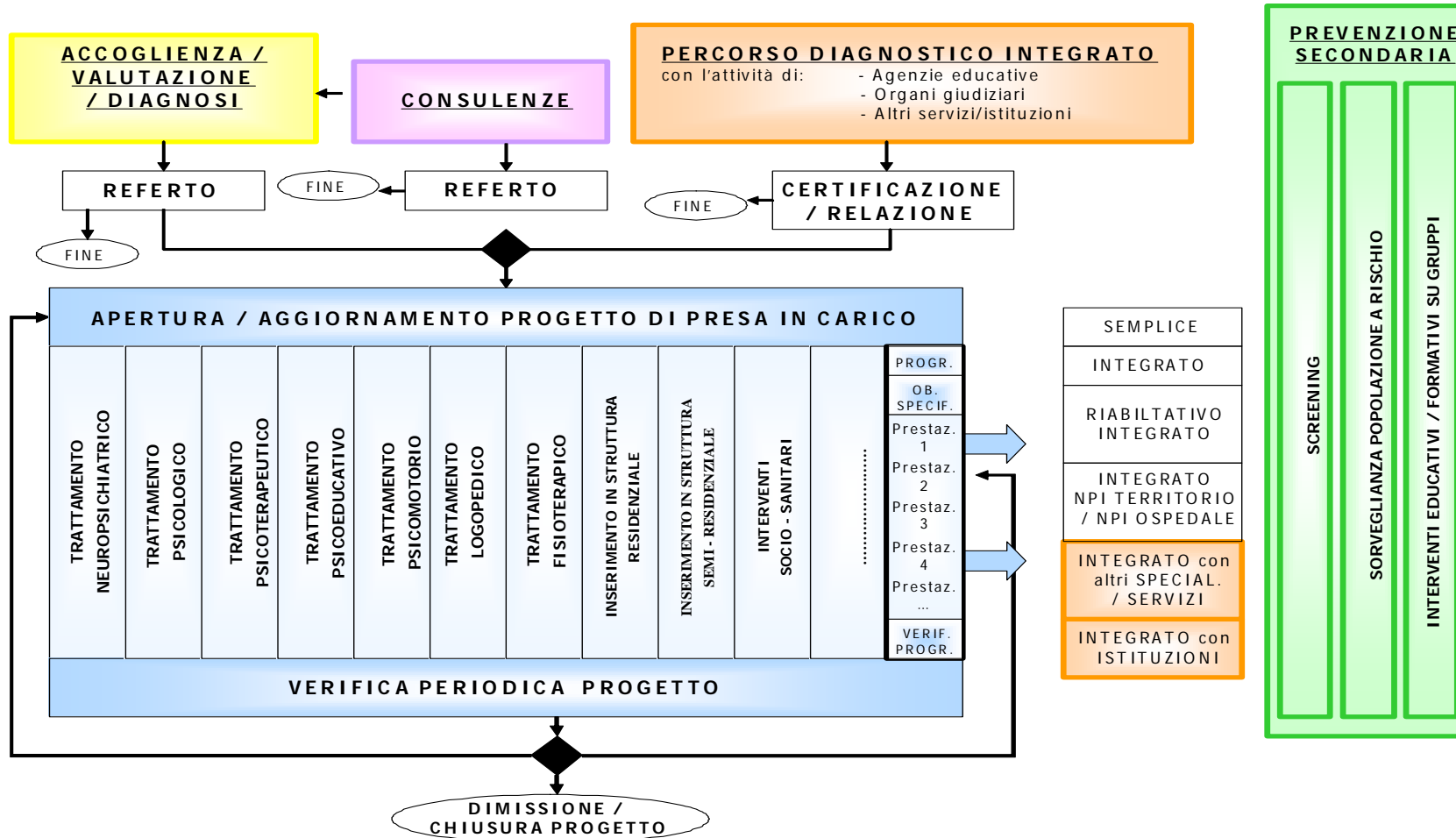


Tabella 6. UO NPI ↔ Pediatria, attività condivise

MACROAGGREGATO 1. ACCOGLIENZA, VALUTAZIONE, DIAGNOSI

MACROAGGREGATO 2. PROGETTO DI PRESA IN CARICO (PRESA IN CURA)

Attività/progetto	Target	UO NPIA	Altri servizi	Azioni
Accoglienza, valutazione e diagnosi di tutti gli utenti che per la prima volta contattano le Unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	Tutti gli utenti 0-18 anni che si rivolgono alle UO NPIA (0-14 per la Pediatria)	<ul style="list-style-type: none"> • Percorsi di accoglienza e valutazione • Formulazione della diagnosi neuropsichiatrica 	Pediatria ospedaliera	Accertamenti diagnostici in regime ambulatoriale o di ricovero (<i>day hospital, day service</i> , ricovero ordinario)
Successiva presa in carico laddove richiesta		<ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione dei piani di trattamento per la successiva presa in cura • Attivazione degli accordi di programma (Legge 104/1992) 	PLS Pediatria ospedaliera Pediatria di comunità PLS	Tutte le restituzioni dei macroaggregati 1 e 2 Gestione condivisa delle cosiddette ospedalizzazioni a domicilio

Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 1. ACCOGLIENZA / VALUTAZIONE / DIAGNOSI

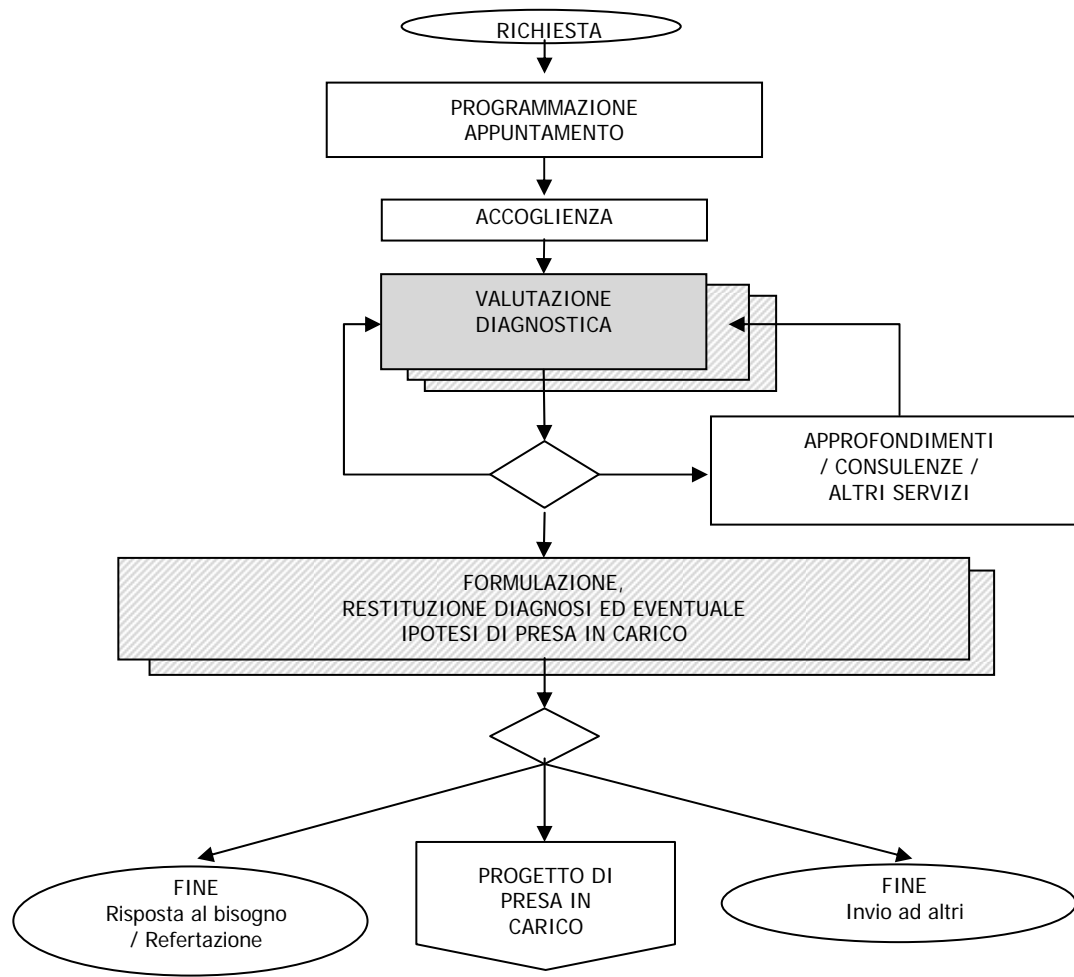


Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 2. PROGETTO DI PRESA IN CARICO

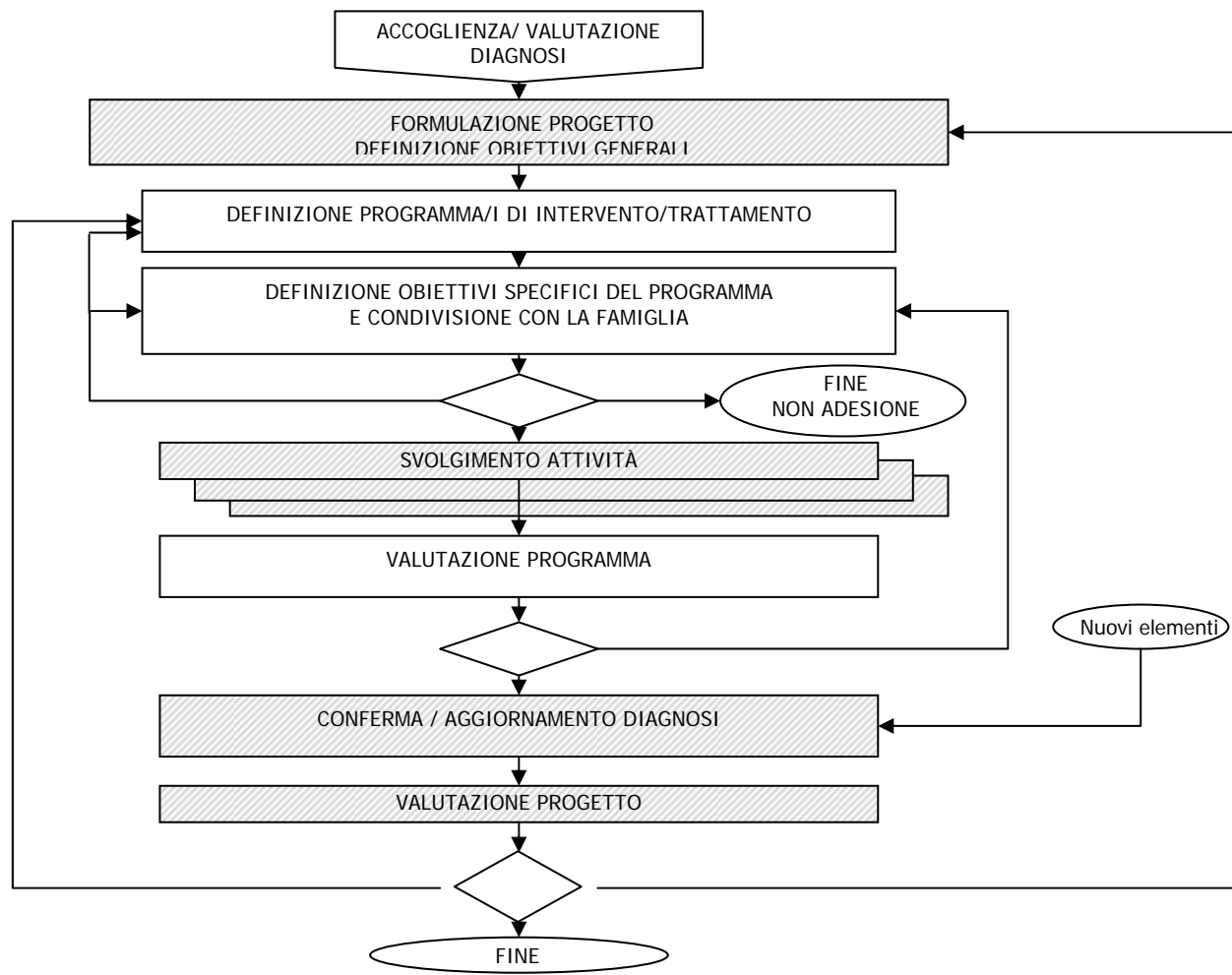


Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 3. PERCORSO DIAGNOSTICO INTEGRATO CON L'ATTIVITÀ DI ORGANI GIUDIZIARI E ALTRI SERVIZI/ISTITUZIONI

Attività/progetto	Target	UO NPIA	Altri servizi	Azioni
Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	Minori con sintomatologia legata a un distorto rapporto col cibo	Formazione Valutazione diagnostica nei soggetti individuati a rischio Presa in carico	Ambulatorio multidisciplinare DCA del DSM Pediatria ospedaliera (vedi oltre Ricoveri) PLS/MMG	Collaborazione gruppo DCA
Disabilità acquisita	Minori portatori di lesioni neurologiche post-traumatiche	<ul style="list-style-type: none">• Formazione ICF• Presa in carico e gestione del progetto di vita in funzione delle disabilità esitate• Integrazione scolastica• Sostegno alla accettazione del trauma del minore e della famiglia• Sostegno alla integrazione socio-relazionale	Servizio riabilitazione Servizio sociale Pediatria ospedaliera PLS/MMG	Individuazione di un protocollo di presa in carico integrata

Tabella 6. (continua)

Attività/progetto	Target	UO NPIA	Altri servizi	Azioni
Abuso/maltrattamento Separazioni/divorzi	Minori segnalati dai Servizi sociali e/o dal Tribunale	<ul style="list-style-type: none">• Valutazione diagnostica del minore e/o delle interazioni familiari• Elaborazione e gestione progettualità integrata• Sostegno minore• Supporto alla coppia /genitori• Consulenza a strutture educative• Formazione	Servizio sociale Pronto soccorso Pediatria ospedaliera PLS Autorità giudiziaria Medicina legale MOCF SerT DSM	Attività coordinate nell'ambito del Gruppo di lavoro aziendale
Ambulatorio interdipartimentale per le malattie croniche (malattie neurologiche; patologie psicosomatiche; diabete; obesità)	Minori con patologia cronica	Supporto psicologico a utenti e famiglie	Pediatria di comunità UO diabetologia PLS/MMG	

Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 3. PERCORSO DIAGNOSTICO INTEGRATO CON L'ATTIVITÀ DI ORGANI GIUDIZIARI E ALTRI SERVIZI/ISTITUZIONI

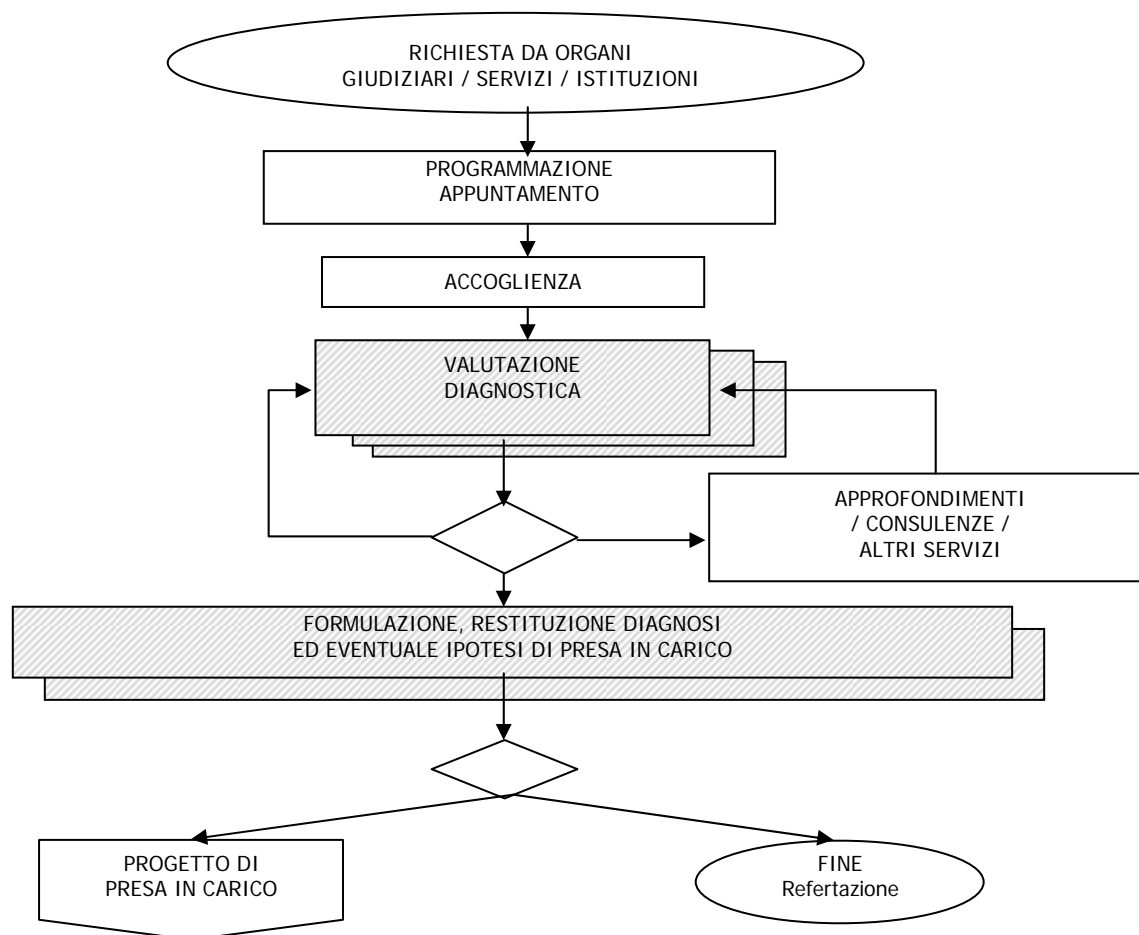


Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 4A. INTERVENTI DI PREVENZIONE SECONDARIA

SCREENING (orientati a tutta la popolazione)

Attività/ progetto	Target	Pediatria ospedaliera	UO NPI	Altre UO	Azioni	Evidenze
<i>Screening</i> sordità	Tutti i neonati	Otoemissioni	Presenza in carico soggetti con accertata sordità profonda	UO ORL: BAEPs/PEA con ricerca soglia UO audiofonologia: invio per impianti cocleari ai centri di terzo livello; protesizzazione; <i>follow up</i>	Genetica: <i>deficit</i> connessina?	Raccomandato
Attività/ progetto	Target	Pediatria di libera scelta	UO NPI	Altre UO	Azioni	Evidenze
<i>Screening</i> disturbi pervasivi dello sviluppo ("spettro autistico")	Tutti i bambini di 18 mesi (bilanci di salute)	Somministrazione della CHAT (<i>Check list for autism in toddlers</i>)	Formazione; valutazione diagnostica nei soggetti individuati a rischio; presa in carico	pediatria ospedaliera: accertamenti clinici da protocollo	Garanzia continuità e integrazione	Consigliato
<i>Screening</i> disturbi del linguaggio	Tutti i bambini del 1° anno della scuola materna	Condivisione percorso	Formazione; valutazione diagnostica nei soggetti individuati a rischio; presa in carico	Centro di audio-fonologia per accertamenti funzionalità uditiva	Garanzia continuità e integrazione	Discusso
<i>Screening</i> disturbi di apprendimento	Tutti i bambini del 1° anno della scuola elementare	Condivisione percorso	Formazione; valutazione diagnostica nei soggetti individuati a rischio; presa in carico		Garanzia continuità e integrazione	Discusso

Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 4. INTERVENTI DI PREVENZIONE SECONDARIA
A. SCREENING

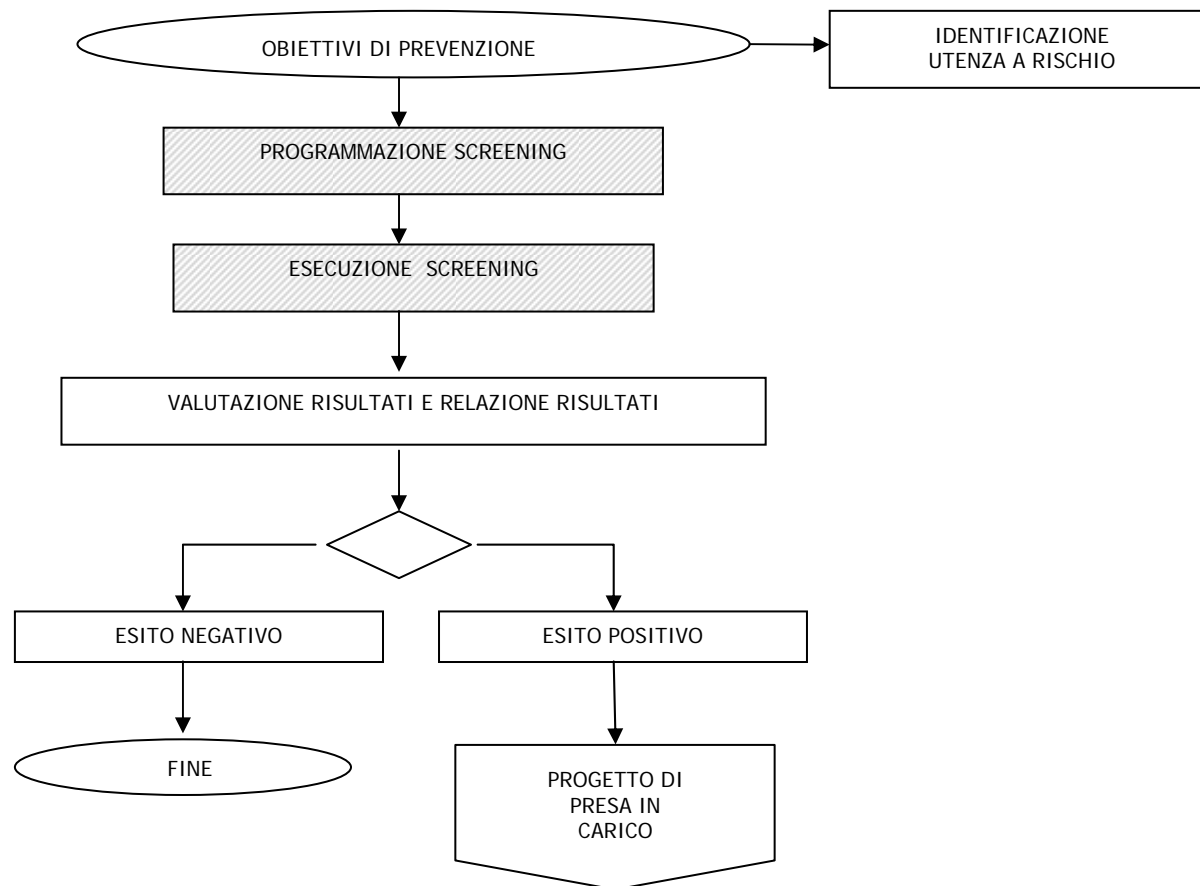


Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 4B. INTERVENTI DI PREVENZIONE SECONDARIA

Sorveglianza popolazioni a rischio (diretti a sottopopolazioni individuate come "a rischio")

Attività/progetto	Target	Pediatria ospedaliera	UO NPI	Altre UO	Azioni
<i>Screening</i> neonatale	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti i neonati pre-termine • Tutti i neonati LBW • Neonati a termine con danno neurologico accertato o ad alto rischio • Neonati sindromici 	Individuazione/ segnalazione popolazione a rischio Ecografia transfontanellare	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi motoscopica, <i>follow up</i> neurologico, prescrizione esami specialistici • Presa in carico psicologica genitori 	UO radiologia: TAC/RMN UO neurologia: neurofisiopatologia (EEG); SEP UO ORL: BAEPs UO oculistica: <i>fundus</i> Genetica Laboratorio analisi	Con UO pediatria: definizione protocollo per la calendarizzazione degli interventi e modulistica condivisa Con UO radiologia: consulenza esterna per supervisione esami neuroradiologici complessi Con UO neurologia: definizione parametri registrazione EEG (ECG, EOG, PNG); acquisizione poligrafo digitale con video EEG Con UO oculistica: attivazione ERG/PEV
		<p><i>Team</i> congiunto gestione emergenza/urgenza e condizioni ad alto carico assistenziale; restituzione congiunta genitori; presa in carico del nucleo familiare</p>			

Tabella 6. (continua)

Attività/progetto	Target	Pediatria ospedaliera	UO NPI	Altre UO	Azioni
<i>Screening</i> neonatale Area psicosociale	Tutti i neonati ad elevato rischio psicosociale (ad es. famiglie multiproblematiche, figli di genitori tossicodipendenti o alcolodipendenti; figli di genitori psichiatrici) Figli di madri affette da depressione <i>post partum</i>	Come sopra PLS	UO CSM UO SerT Servizio sociale ospedaliero Servizio sociale territoriale	Adozione di protocolli condivisi con i Servizi sociali	

Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 4. INTERVENTI DI PREVENZIONE SECONDARIA
B. SORVEGLIANZA POPOLAZIONI A RISCHIO

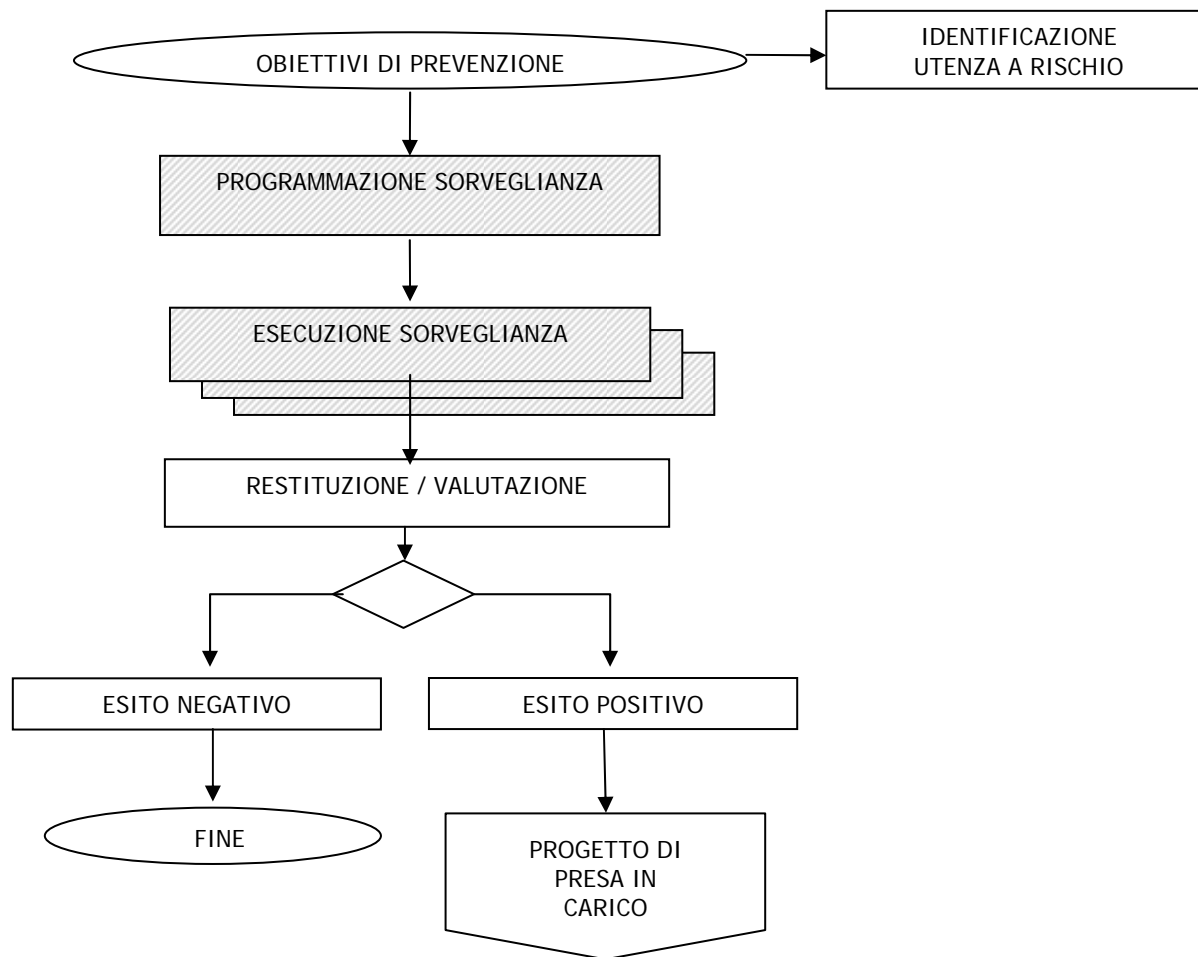


Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 4C. INTERVENTI DI PREVENZIONE SECONDARIA

Interventi educativi formativi su gruppi

Attività/progetto	Target	Pediatria di libera scelta	UO NPI	Altre UO	Azioni
Gruppo di supporto sordità	Minori affetti da sordità	Condivisione percorso	Formazione; presa in carico minore/famiglia; promozione di gruppi di auto-mutuo aiuto	Centro di audio-fonologia	

Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 4. INTERVENTI DI PREVENZIONE SECONDARIA
C. INTERVENTI EDUCATIVI FORMATIVI SU GRUPPI

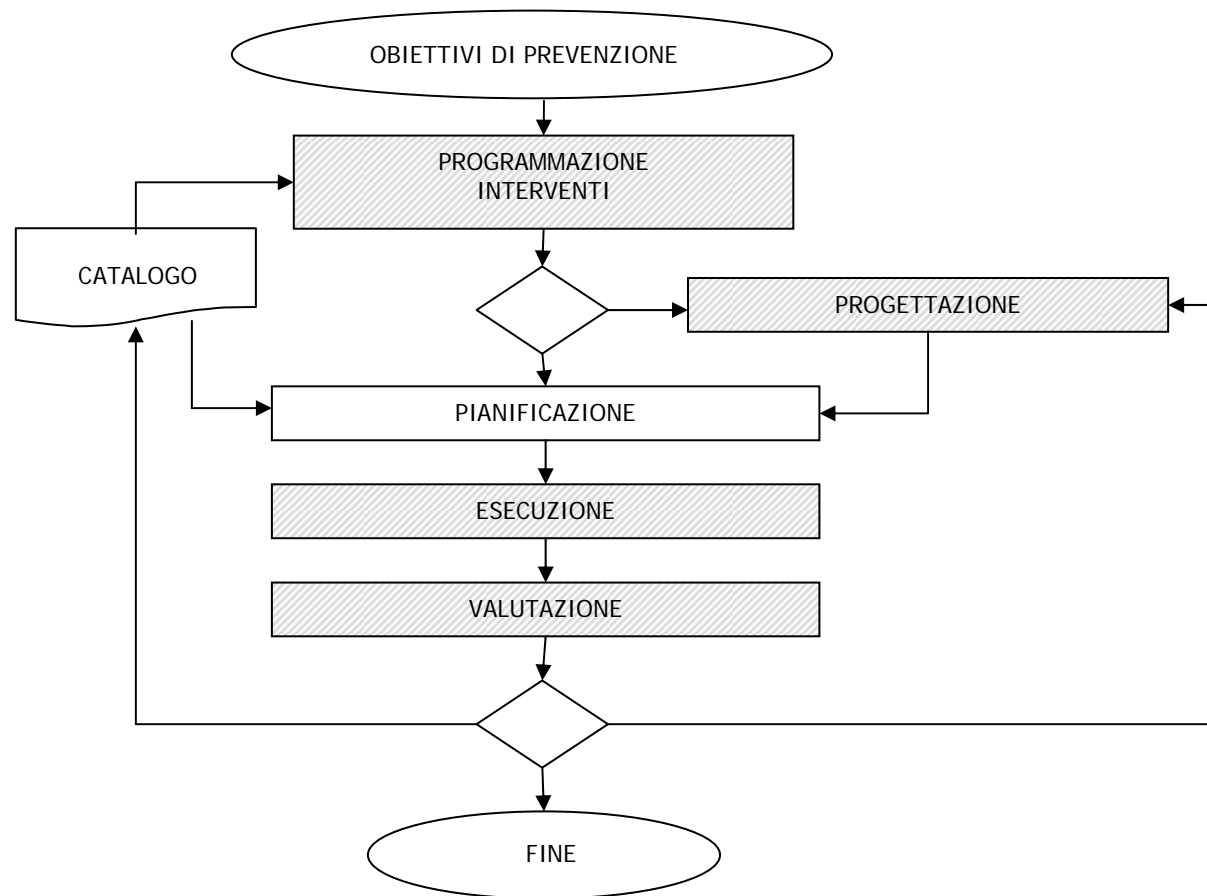


Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 5. CONSULENZA

Attività/progetto	Target	Pediatria ospedaliera	UO NPI	Altre UO	Azioni
Consulenze ricoveri / <i>day hospital /</i> <i>day service</i>	Sindromi in accertamento	<i>Team</i> congiunto gestione emergenza/urgenza e condizioni ad alto carico assistenziale; restituzione congiunta genitori; presa in carico del nucleo familiare		<i>Idem</i>	Definizione protocollo; istituzione di 1-2 letti tecnici?
Nutrizione clinica	Grave <i>handicap</i> neuromotorio	PEG	Consulenza	UO gastroenterologia Riabilitazione infantile	
Ambulatorio interdipartimentale di NPI	Disturbi neurologici e psichiatrici complessi (valutazioni multidisciplinari)	Eventuali approfondimenti diagnostici	Consulenze	PLS/MMG	

Tabella 6. (continua)

MACROAGGREGATO 5. CONSULENZA

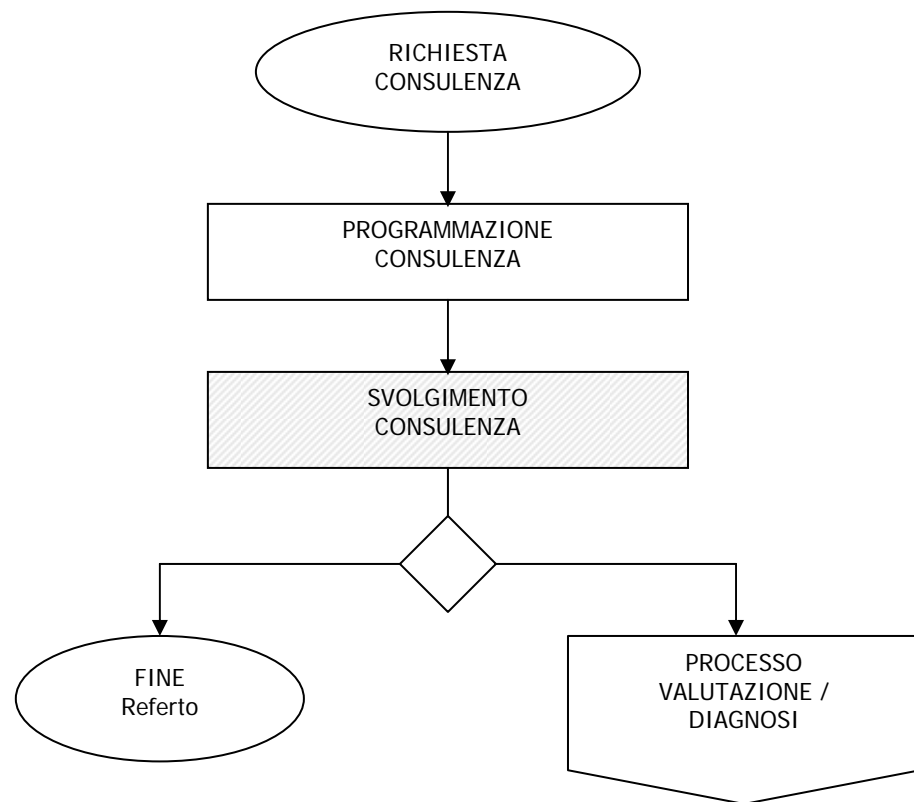


Tabella 7. Linee guida disponibili

REGIONE	SINPIA
Documento regionale (Dossier n. 103/2004) http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss103.htm	Le linee guida per la pratica clinica (Roberto Grilli) <i>Consensus</i> . Il trattamento farmacologico della depressione in età evolutiva (Gabriele Masi) Linee guida per l'autismo http://www.sinpia.org/
Documento regionale (Dossier n. 89/2004) http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss089.htm	Proposta di linee guida per i disturbi di apprendimento Linea guida pratica per i disordini alimentari
Documento regionale	Linee guida sull'epilessia in età infanto-adolescenziale Gruppo di lavoro SINPIA sugli abusi in età evolutiva. Percorsi diagnostici e terapeutici/procedure operative
Gruppo regionale	Linee guida per i disturbi di apprendimento Linee guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del disturbo da <i>deficit</i> attentivo con iperattività (ADHD) in età evolutiva Linee guida alla terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi di attenzione con iperattività (ADHD)
Documento <i>hub & spoke</i>	Linee guida per la diagnosi e la valutazione funzionale delle paralisi cerebrali infantili

3.4. Relazioni tematiche

Sono qui riportati gli *abstract* del ciclo di formazione Area Emilia tenutosi a Bologna dal dicembre 2003 al novembre 2004.⁵

Segnali di allarme nella prima infanzia⁶

La prof.ssa Knauer opera nel Servizio di psichiatria del bambino e dell'adolescente di Ginevra diretto dal prof. Palacio-Espasa.

L'invio dei pazienti al servizio è così suddiviso: 23% dai pediatri, 20% dagli asilo nido, 12% diretto, 11% dai genitori, 6% dagli psichiatri privati, 6% dalle assistenti sanitarie dei quartieri, 5% dall'ospedale, 3% dalla scuola materna, 3% dai medici di medicina generale, 2% per istanze giuridiche.

Il Servizio 0-6 di Ginevra è un servizio di consultazione universitario generico che ha contatti con le Unità di cura e ha anche attivato centri diurni.

È presente nel Reparto di pediatria dell'Ospedale una Unità di psichiatria infantile, che è rivolta a bambini fino all'età pre-adolescenziale e che si occupa di varie problematiche (quali anoressia, schizofrenia, psicosi), in particolare disturbi del comportamento, che sono in aumento, verosimilmente legati all'immigrazione nella città di Ginevra. È poi presente una Unità per adolescenti (12-19 anni) rivolta al disagio psichico e che fornisce assistenza sanitaria e giuridica. È presente inoltre una Unità di crisi per tentati suicidi. A livello preventivo operano psicologhe consulenti degli asili nido per la diagnosi e la cura dei problemi di sviluppo.

Il tema centrale del presente lavoro si riferisce ai segnali di allarme nella prima infanzia. L'autrice sottolinea come sia necessario non solo valutare i sintomi e la loro durata, ma anche come l'accumulo di sintomi possa riferirsi a diverse componenti biologiche legate alle funzioni del bambino, quali ad esempio problemi nel sonno (risvegli frequenti, sonno agitato, addormentamento difficile, incubi notturni), disturbi respiratori (rinofaringiti frequenti, bronchiti frequenti, asma), disturbi dell'alimentazione (disturbi gastrointestinali recidivanti, capricci alimentari). Altri segnali di allarme sono i seguenti: stati di collera frequenti, assenza di oggetto transizionale, sviluppo del gioco atipico e/o in ritardo, molti incidenti tra i 18 mesi e i 3 anni, problemi di salute fisica o psichica della madre.

Per quanto riguarda i disturbi del sonno tra gli 0 e i 2 anni, sono presenti nel 60% dei casi. L'autrice sottolinea come siano importanti le indicazioni che il pediatra può dare ai genitori riguardo per esempio l'alimentazione, la gestione degli orari, le modalità di accudimento; è necessario però tenere in considerazione che se a questi suggerimenti non seguono dei miglioramenti, è necessario l'invio ad altro specialista.

⁵ Gli *abstract* sono stati redatti da Francesca Ciceri con la supervisione di Marilisa Martelli, sulla base delle registrazioni audio.

⁶ Dora Knauer, psichiatra infantile, vicedirettore *Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Università di Ginevra.

I disturbi respiratori riguardano una discreta percentuale dei bambini, che si caratterizzano per ammalarsi spesso, elemento che verosimilmente può essere attribuito a scarsa attenzione o attitudine abbandonica da parte dei genitori e/o degli adulti.

I disturbi dell'alimentazione si riferiscono invece a quei bambini che pur essendo in buone condizioni di salute, non mangiano o lamentano spesso di non avere fame. Un aspetto da tenere in considerazione è quello di valutare sempre se il disturbo nasconda una problematica relazionale.

I bambini che mostrano frequenti problematiche di collera possono in realtà far pensare a un disturbo d'ansia.

L'interesse per l'oggetto transizionale compare intorno ai 4-6 mesi. Sono presenti situazioni in cui vi è uno sviluppo atipico del gioco, come ad esempio bambini a cui manca il gioco simbolico o il cui inizio è posticipato.

Il caso di incidenti frequenti, sottolinea Knauer, non è da correlarsi solo con gli aspetti legati all'iperattività, ma anche con l'incapacità del bambino di sapersi proteggere, che viene acquisita nel corso delle tappe evolutive della prima infanzia (a 6 mesi la differenziazione tra sé e l'altro, dai 18 ai 30 mesi lo sviluppo del linguaggio e della simbolizzazione).

Molti sintomi di allarme si riferiscono a problemi legati a condizioni di stress. In alcuni casi la tendenza dei genitori è quella di dare risposte immediate alle richieste del bambino (es. biberon, giochi, video, ecc.), che possono generare condizioni di non adattamento allo stress e relativi problemi di sviluppo.

Knauer ricorda che nello studio effettuato dal Servizio di psichiatria infantile di Ginevra si è visto che l'intervento sui segnali di allarme nella prima infanzia porta a un miglioramento nelle funzioni di attaccamento e a una stimolazione sulla potenzialità di sviluppo.

L'emergenza dei disturbi di sviluppo: semeiotica per l'invio⁷

Dare una definizione di disturbi dello sviluppo è molto complesso. Anche a livello internazionale ci si sta interrogando sul trovare una definizione che sia condivisa. Inoltre, in questi ultimi anni, le conoscenze a livello biologico sui diversi tipi di disturbi stanno sempre più aumentando e consolidandosi.

Per molti disturbi dello sviluppo si è a lungo pensato che la causa fosse soltanto psichica, dubitando che ci fosse una causa biologica. Ad esempio, questa è stata l'idea per tante patologie dello sviluppo, anche per il ritardo mentale, in particolare le forme lievi in cui si dava peso solo alle cause ambientali. L'ipotesi di una causa organica veniva presa in considerazione solo per le problematiche di ritardo mentale più grave.

Dare una definizione è complesso anche perché i disturbi dello sviluppo cambiano nel tempo e di conseguenza variano e si presentano in maniera differente sulla base dell'età del bambino. Questo per sottolineare quanto sia importante avvalersi di strumenti

⁷ Anna Fabrizi, professore associato di Neuropsichiatria infantile, Università di Roma La Sapienza.

che siano adatti al bambino che si hanno di fronte e che permettano di capire come funziona, quali sono le sue difficoltà specifiche, in relazione alla fase evolutiva che sta attraversando.

Nei primi tre anni di vita, molte evoluzioni del disturbo possono essere difficili da differenziare e inoltre gli strumenti che vengono utilizzati nella pratica clinica (ad esempio le classificazioni diagnostiche DSM IV e ICD10) presentano criteri che sono utilizzabili dai quattro anni in poi.

Fondamentale è avere la possibilità di osservare il bambino nel suo percorso, nelle diverse fasi dello sviluppo, senza avere in mente dei sistemi rigidi e stabili che sono legati al momento, perché il rischio che si corre è di accorgersi troppo tardi di ciò che caratterizza quel bambino.

Così ad esempio nel bambino piccolo il disturbo emerge in maniera graduale, progressiva, in concomitanza con lo sviluppo di una determinata funzione o funzioni che sono colpite. I disturbi si caratterizzano sia per colpire in maniera specifica alcune funzioni, sia per colpire in maniera pervasiva più funzioni. Nei bambini piccoli disturbi più specifici sono ad esempio i disturbi del linguaggio e il ritardo psicomotorio. I disturbi invece globali sono i disturbi dello spettro autistico e il ritardo mentale.

Nei disturbi dello sviluppo, un disturbo specifico può evolvere in un disturbo globale. Esempiativo è il caso di un bambino a 18 mesi che non possiede ancora un vocabolario espressivo, e che spesso userà male anche il gesto, comunicando così non in maniera adeguata, in cui la specificità del disturbo relativa alla patologia del linguaggio diviene globale perché è noto che il linguaggio - da un certo momento in poi - non serve solo a comunicare ma anche a programmare l'azione del bambino e ad anticiparla, e di conseguenza l'assenza di linguaggio che rappresenta una specificità nell'ambito di una funzione, impedisce l'integrazione con tutte le altre funzioni, anche se queste ultime potrebbero svilupparsi in maniera adeguata.

Da ciò deriva la necessità e insieme l'enorme difficoltà di fare una diagnosi corretta e precisa nei primi due anni di vita perché da un certo momento in poi i disturbi dello sviluppo prendono una strada che poi può essere molto diversa, mentre fino ai due anni sono a volte molto simili.

Gli interventi di sostegno alla genitorialità⁸

Il tema centrale del presente lavoro è l'area degli interventi di sostegno alla genitorialità, in particolare nei primi anni di vita.

Un paradigma molto importante e ancora attuale da utilizzare come punto di partenza sono le conclusioni a cui arrivò Bowlby: "Se vogliamo aiutare i bambini, aiutiamo i genitori", facendo così centrare l'attenzione sul ruolo e l'importanza del contesto, che è stato anche dimostrato da numerose ricerche (ad esempio Sameroff).

Diviene quindi fondamentale la relazione tra la coppia genitoriale e il bambino, che come ha ben evidenziato Stern, è agente attivo nella relazione e nelle relazioni.

Si intende ora analizzare quali siano i fattori che intervengono nello sviluppo. Quello che è importante valutare è in particolare la complessità dei fattori che intervengono nello sviluppo.

Tra i fattori di rischio vanno considerati la prematurità e il rischio depressivo materno che può determinare problemi di sviluppo, considerando sia i fattori protettivi che il bambino ha in dotazione sia il tipo di depressione materna. Oltre a valutare i fattori di rischio, è molto importante considerare infatti anche i fattori protettivi; il legame di attaccamento ad esempio può costituire un fattore protettivo per lo sviluppo.

Importante è il ruolo dell'attaccamento anche nell'ottica intergenerazionale. Le esperienze di attaccamento che hanno avuto i genitori influiscono sulla relazione che i genitori hanno con i loro figli.

In una ricerca svolta a Londra intervistando donne in gravidanza, Fonagy (1991) ha evidenziato come sia possibile fare una previsione sullo stile di attaccamento del bambino a un anno di vita (probabilità del 66% in tutti i tipi di attaccamento, mentre una probabilità del 75% se si considerano solo i due gruppi autonomo e preoccupante-distanziale).

Questi dati sono importanti perché è possibile avere indicatori precoci sulle funzioni genitoriali.

La funzione materna più importante ai fini dell'attaccamento con il figlio non è la sensibilità ma la capacità di leggere gli stati mentali. Le madri comunicano con i loro bambini riconoscendo loro uno stato mentale, riconoscendo quindi il bambino come essere pensante e attivo nell'interazione.

Il sapere fare previsioni sul comportamento dell'altro è importante e rientra nel concetto di teoria della mente.

Un altro elemento da valutare è la specificità dell'attaccamento che il bambino ha con ogni singolo genitore perché ogni attaccamento è specifico e differenziato.

Questi elementi fino ad ora analizzati acquistano significato nell'ottica di un intervento precoce di sostegno alla relazione madre-bambino e genitori-bambino.

⁸ Massimo Ammaniti, professore ordinario di psicopatologia dello sviluppo, Università di Roma La Sapienza.

Un esempio di interventi a sostegno della genitorialità sono i programmi di *home visiting* che negli Stati Uniti coinvolgono circa 500.000 famiglie. Gli obiettivi dell'*home visiting* si riferiscono a interventi con diversi tipi di *focus*: intervento psicosociale (assistenza alle famiglie e all'asilo nido), intervento nella relazione madre-bambino, intervento sulle difficoltà nella coppia genitoriale, intervento sul bambino.

Si possono riassumere due diversi programmi di intervento. Il primo si riferisce ai comportamenti prenatali, quindi un intervento durante la gravidanza, che può evitare una serie di conseguenze sul bambino. Il secondo programma invece si focalizza su un intervento sulla genitorialità disfunzionale, quindi quando il bambino è già nato. Un altro *focus* riguarda le gravidanze molto ravvicinate o in età precoce, o in adolescenza.

Figli di genitori in esilio⁹

Il tema centrale di questo intervento si riferisce al lavoro di psichiatria transculturale svolto nel Servizio di psicopatologia del bambino dell'Ospedale di Avicenne di Parigi.

Fondamentale, come primo elemento da prendere in considerazione, è l'aspetto del controtransfert culturale, inteso come l'effetto che la cultura dell'altro ha su noi stessi. Questo aspetto va tenuto presente quando si lavora con persone che vengono da tutto il mondo. Un secondo elemento che da considerare per fare un lavoro di tipo transculturale, è avere conoscenze antropologiche.

Nell'esperienza di consultazioni è emerso come sia fondamentale per gli operatori avere una conoscenza delle culture di origine, perché questo è un elemento fondamentale per potersi avvicinare alle madri, e quindi una condizione necessaria per poter lavorare con loro e con i loro bambini. Confrontandosi con culture diverse dalla propria emerge come la relazione madre-bambino si declini in tante particolarità. Quello che contraddistingue il lavoro transculturale è la ricerca di sempre nuovi adattamenti e nuovi modi di affrontare la situazione.

Il Servizio di psicopatologia transculturale di Avicenne è nato 25 anni fa nella periferia nord di Parigi in cui erano presenti molte famiglie del Nord Africa; in questa zona ora abitano famiglie di tutte le nazionalità.

L'obiettivo del Servizio è la consultazione specifica madre-bambino, da attuarsi il più precocemente possibile. È così nato e si è sviluppato il dispositivo della consultazione transculturale, rivolto inizialmente alla prima generazioni di migranti e attualmente attivo con la seconda generazione, che è nata in Francia ed è portatrice di una problematica transculturale.

⁹ Marie Rose Moro, psichiatra infantile, direttore del Centro di ricerca in clinica transculturale, Clinica universitaria Avicenne, Bobigny, Parigi; professoressa di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Università di Parigi 13.

Considerando questi presupposti, è necessario costruire una psicopatologia che riconosca l'appartenenza multipla di ciascuno, sia sul piano dell'identità che della cultura, anche perché quando un bambino nasce, è subito immerso nella cultura della madre e immediatamente dopo assume la cultura del paese dove vive.

All'interno del Servizio, le consultazioni iniziano nei luoghi dove i bambini nascono e le madri partoriscono: è un lavoro in *équipe* con altre figure come ad esempio i medici, le infermiere, le ostetriche della ginecologia e della pediatria.

Esiste quindi un'*équipe* che si occupa delle relazioni madre-bambino, ed altre *équipe* che si occupano dei bambini più grandi e degli adolescenti che vivono in case protette.

Le problematiche relative ai giovani della seconda generazione si riferiscono al fatto che questi ragazzi sono nati in un paese straniero, non sono bilingui e di conseguenza c'è stata una trasmissione parziale di quello che è accaduto prima di loro. Da ciò nasce il loro bisogno di riappropriarsi di elementi della loro cultura di origine, di cui però non conoscono bene i contenuti. Tutto ciò è accentuato dalla rottura nella trasmissione dei valori culturali.

Nell'*équipe* è sempre presente l'interprete o il mediatore, anche nei casi in cui la famiglia parla bene il francese. Questo perché certi momenti della consultazione, certi pensieri devono essere espressi nella propria lingua madre, perché ogni lingua ha modalità specifiche di rappresentare le situazioni e la realtà stessa.

Il fatto di aver creato un'*équipe* transculturale è frutto anche dell'aver dimostrato gli effetti positivi di questi interventi. La valutazione dell'efficacia degli interventi avviene non solo attraverso la valutazione da parte dell'*équipe* stessa, ma anche di ciò che i pazienti fanno quando si riappropriano delle proprie risorse.

È importante riconoscere le condizioni di sofferenza, che ad esempio una madre può mostrare nel caso di una depressione *post partum*, per poter sviluppare un intervento che sia specifico con tempi relativamente brevi. Sarà quindi fondamentale - oltre all'intervento - attivare la rete sociale intorno a quella madre.

Il problema è sempre riconoscere la sofferenza dell'altro e comprenderla, piuttosto che analizzarla.

Le depressioni dopo il parto¹⁰

La depressione post parto è stata ben stabilita nella letteratura scientifica, con percentuali che variano dal 10% al 15% sulla popolazione generale delle madri (Ferrari, 1991; O'Hara 1990; Wisner, 1993).

La sintomatologia della depressione post-parto si differenzia chiaramente dalle altre patologie psichiatriche (ad esempio le turbe depressive lievi *blues*, psicosi post-parto) perché a livello clinico presenta le caratteristiche della sindrome depressiva, ma si distingue per il fatto che avviene durante la maternità.

La specificità della depressione post parto non viene riconosciuta da tutti gli autori. Infatti alcuni considerano questa sintomatologia come corrispondente a qualunque periodo della vita di una donna, anche se le ripercussioni della depressione post parto sulla relazione madre-bambino sono dimostrate dai dati presenti in letteratura (Field, 1988; Guedeney, 1989; Muray, 1992).

Tra i diversi fattori che possono essere scatenati dalle depressione *post partum* si evidenzia che:

- le ricerche sui marcatori biologici non sembrano essere conclusive (Glover, 1992; O'Hara, 1991; Pop *et al.*, 1993);
- le variabili ginecologiche sono materia controversa perché non vi unanimità a riguardo;
- i fattori psicosociali invece vengono considerati dalla maggior parte degli autori come altamente rilevanti nell'emergenza della depressione *post partum*. Tra i fattori più importanti sono emersi nei diversi studi la mancanza di sostegno da parte dei familiari (Campbell, 1991; Cowan, 1992; Marks, 1992; O'Hara *et al.*, 1990; Rouillon *et al.*, 1992) e l'isolamento sociale (Levit, 1986).

Tra i fattori di rischio determinanti, emergono episodi depressivi personali o familiari antecedenti, episodi psichiatrici nei primi sei mesi post-parto (51% delle donne), una vulnerabilità nevrotica pre-natale (*neuroticism*), la presenza di avvenimenti di vita importanti (*life stress*) e infine le caratteristiche del neonato.

L'obiettivo dello studio che è stato svolto a Ginevra è quello di valutare la possibilità di individuare durante la gravidanza le donne che potrebbero soffrire di una depressione *post partum*, permettendo di intervenire preventivamente proponendo loro colloqui a valenza psicoterapica.

La popolazione dello studio è costituita da 570 donne scelte casualmente, escludendo però dalla ricerca le donne che non parlano abbastanza bene il francese da avere una buona comprensione delle domande né comunicano sufficientemente; che rifiutano dall'inizio di collaborare per la seconda fase dello studio; che sono domiciliate fuori dal cantone o in regioni limitrofe; che presentano turbe psicopatologiche manifeste (psicotiche).

¹⁰ Juan Manzano, professore di psichiatria, Facoltà di medicina, Università di Ginevra.

Le metodologie della ricerca si è sviluppata in tre incontri. Il primo nell'ultimo trimestre di gravidanza, il secondo 3 mesi dopo la nascita con un'osservazione a casa della relazione madre-bambino e l'ultimo 18 mesi dopo la nascita del bambino (facendo una comparazione tra madri depresse e gruppo di controllo).

Gli strumenti utilizzati sono stati:

1° incontro: *Hopkins Symptom Check List* (HSCL)

2° incontro: *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS) di Cox
Indicatori sulle alterazioni precoci della relazione madre-bambino di Guaraldi (domande + osservazione)
Scale cliniche della relazione madre-bambino di Bur (osservazione)

3° incontro: *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS) di Cox
Indicatori sulle alterazioni precoci della relazione madre-bambino di Guaraldi
Scale cliniche della relazione madre-bambino di Bur
test di Answorth (separazione) *strange situation*
test di Uzgis-Piaget (permanenza dell'oggetto)
test di Bayley (livello di sviluppo)
test di Denver (livello di sviluppo)

I risultati dello studio mostrano che due terzi delle donne che soffrono di una depressione post parto presentano già durante la gravidanza una sindrome depressiva, e che questa sindrome depressiva che si può definire pre-parto è presente anche in circa una donna su cinque che in seguito non presentano depressione post parto. La maggior parte delle donne con depressione durante la gravidanza escono dal loro stato depressivo prima della nascita del loro bambino.

Le conclusioni più salienti del presente studio possono essere riassunte nell'esistenza di una sindrome da depressione pre-parto con ampiezza e frequenza importanti. Per quanto riguarda le donne con depressione post parto, è possibile affermare che non costituiscono un gruppo omogeneo. Infatti, se la maggior parte di loro era già depressa durante la gravidanza (depressione pre-parto), un terzo circa non si differenzia in nulla dalle donne che hanno una gravidanza normale e che non presenteranno depressione *post partum*.

Questi dati sono stati confermati anche da altre due ricerche (Poster, 1997; Webster *et al.*, 2000) e sembra quindi possibile definire già durante la gravidanza un gruppo ad alto rischio di depressione post parto, potendo così programmare un intervento di tipo preventivo.

4. Approfondimenti operativi

4.1. Un'esperienza di formazione al *counseling* in ambulatorio pediatrico - Cesena¹¹

Introduzione al counseling in ambulatorio pediatrico

Questo lavoro è materialmente scritto da due operatori della UO di neuropsichiatria infantile psicologia e riabilitazione dell'età evolutiva, un medico e uno psicologo, ma idealmente è scritto da molte mani e molte menti, da tutti quelli cioè che hanno partecipato come docenti o come discenti a questo lungo percorso di formazione, iniziato nel dicembre 2003 e provvisoriamente terminato nel maggio 2005.

Il percorso è iniziato esattamente il 12 e 13 dicembre 2003 con le prime due giornate di introduzione al *counseling* indirizzato a 24 pediatri dell'area romagnola e tenuto dal dott. Michele Gangemi di Verona e dalla dott.ssa Patrizia Elli di Milano, come docenti. Queste giornate sono state dedicate a presentare le principali abilità di *counseling*, a illustrare con videoregistrazioni e discussione su casi le tecniche del *counseling* che facilitano la narrazione e la comunicazione verbale e non verbale. In particolare si sono analizzate le tre funzioni principali dell'intervista medica: raccogliere informazioni sul problema del paziente; instaurare una relazione; informare, spiegare, motivare il paziente a collaborare al programma terapeutico. Si sono sottolineati i criteri per un'intervista medica efficace: il paziente si sente compreso e sostenuto dal medico nell'esprimersi, la comprensione dei problemi è condivisa da paziente e medico, il paziente partecipa e collabora al programma terapeutico. Per soddisfare questi criteri l'intervista si deve strutturare in una fase iniziale centrata sul paziente, tesa a comprendere le sue opinioni, a facilitare le sue espressioni, a porre domande aperte suggerite dagli interventi del paziente. Segue la fase più centrata sul medico con domande di approfondimento sul problema presentato, e una raccolta più selettiva di informazioni sui disturbi, ai fini della diagnosi e del trattamento. La terza fase è l'incontro fra l'agenda del paziente e l'agenda del medico nella pianificazione delle cose da fare, in cui si raggiunge una comprensione condivisa che incorpora le prospettive del paziente.

L'introduzione al *counseling* si è completata con altre due giornate (16 e 17 aprile 2004), dedicate a *counseling* e genitorialità e alla presentazione della scheda Calgary finalizzata a migliorare il colloquio clinico. Nel sostegno alla genitorialità si è sottolineata l'importanza di evitare di entrare in conflitto con un sistema familiare proponendo o imponendo cambiamenti alla cieca, senza avere prima verificato se il sistema è in grado di accoglierli e realizzarli. Sostenere la genitorialità significa rendere possibile a ciascun genitore, con i suoi limiti e le sue imperfezioni, di essere il miglior genitore che è in grado di essere.

¹¹ Francesco Ciotti, Furio Lambruschi, UO di neuropsichiatria infantile, psicologia e riabilitazione dell'età evolutiva, Azienda USL di Cesena.

Il corso di formazione al counseling

Successivamente, ai 24 pediatri partecipanti è stato proposto di partecipare a un corso di formazione all'analisi della relazione pediatra-famiglia-bambino, focalizzato in particolare all'analisi di bambini di età inferiore ai 6 anni (età pre-scolare), più impegnativo, articolato in 10 incontri mensili da maggio 2004 a maggio 2005 di 3 ore ciascuno (durata complessiva del corso: 30 ore).

A questo secondo progetto hanno aderito 8 pediatri.¹² Gli incontri sono stati tutti videoregistrati. Il primo incontro è stato preparatorio per condividere finalità, metodi e strumenti; l'ultimo è stato conclusivo, per raccogliere le valutazioni e le riflessioni del gruppo sull'esperienza. Gli altri 8 incontri sono stati dedicati ciascuno ad uno degli 8 pediatri partecipanti. Ciascun pediatra aveva il compito di videoregistrare o più raramente audioregistrare una propria seduta ambulatoriale per portarla in supervisione all'incontro. Gli obiettivi del corso in questione erano direttamente connessi al corso precedente di introduzione alla tecnica del *counseling*, con la finalità principale di rendere il pediatra ambulatoriale più competente nell'ascoltare i problemi genitore-bambino e offrire risposte analogiche e verbali adattive e soddisfacenti.

Ogni giornata di formazione era strutturata in due moduli di lavoro, ognuno della durata di 90 minuti.

Nella prima parte il pediatra al quale la giornata era dedicata, presentava il caso in circa 10 minuti con una scheda sintetica; nei successivi venti minuti si guardava insieme la seduta di ambulatorio videoregistrata del pediatra; al termine dell'osservazione ciascun partecipante compilava la scheda Calgary (strumento atto a monitorare le abilità di *counseling* del pediatra). Dopo la compilazione, ogni partecipante discuteva le proprie osservazioni raccolte con la scheda e alla fine i formatori proponevano una loro restituzione finale sui commenti ascoltati.

Nella seconda parte della giornata si svolgeva una simulazione su un passaggio emotivamente critico vissuto dal pediatra in questione durante quella seduta ambulatoriale seguendo la tecnica cognitivo-comportamentale della scheda A-B-C (A: *antecedents*, situazione stimolo attivante; B: *beliefs*: pensieri, immagini convinzioni, significati, interpretazioni del pediatra; C: *consequences*: conseguenze, reazioni comportamentali ed emotive del pediatra). La simulazione metteva in gioco anche altri colleghi del gruppo di formazione; alla fine i formatori hanno proposto anche in questo caso una restituzione finale sulle dinamiche emotive osservate.

¹² Mara Asciano pediatra di comunità di Riccione; Antonella Stazzoni, Paolo Faberi, Roberto Barone, Barbara Poggioli, Mila Degli Angeli, Rita Casalboni, pediatri di base dell'Azienda USL di Cesena; Roberto Vallicelli, pediatra di base dell'Azienda USL di Forlì.

Primo modulo: le abilità cognitive al counseling

La scheda sintetica di presentazione iniziale del caso (*Allegato 1* al presente *Paragrafo*) è semplice: prevede nome e cognome del minore, età, residenza, scuola frequentata, composizione familiare con la professione dei genitori, da quanto tempo è in carico al pediatra, patologie croniche eventuali, eventuali ricoveri ospedalieri e consulenze presso il Servizio di neuropsichiatria infantile, abitudini di rivolgersi al pediatra per telefono o per visita con maggiore o minore frequenza, con chi viene di solito il bambino in ambulatorio e infine il problema del bambino proposto in quella seduta ambulatoriale.

Dopo la visione della seduta videoregistrata portata dal pediatra di turno, ognuno passava a compilare la scheda Calgary (*Allegato 2* al presente *Paragrafo*). Questo strumento, utilizzato dai medici di base anglosassoni come guida al *counseling*, è abbastanza complesso; nel contesto di questa esperienza si è cercato di semplificarlo. Questo strumento può essere usato in due modi: come guida anticipatoria nella conduzione del colloquio e la consulenza al paziente, oppure a posteriori in maniera retroattiva analizzando il colloquio video o audioregistrato ed esaminando in quale misura questo ha seguito più o meno fedelmente gli elementi base indicati dalla scheda.

Gli *item* della scheda riguardano diversi ambiti: inizio del colloquio, strutturazione del colloquio, tecniche conversazionali usate per esplorare il problema, esplorazione del mondo interno, attitudine empatica del medico, abilità di informare, di spiegare, di negoziare e programmare, chiusura del colloquio.

In medicina di base questa scheda si applica al rapporto tra medico e paziente adulto. In età evolutiva in realtà le relazioni in gioco sono almeno due: pediatra-genitore e pediatra-bambino, il che ovviamente complica l'analisi. Poiché si considerano bambini in età 0-6 anni, ove il rapporto è per lo più mediato dal genitore, in tutti i casi al centro dell'osservazione e dell'analisi è stata posta soprattutto la relazione tra il pediatra e la madre del bambino in visita.

- Gli elementi base di apertura del colloquio fanno riferimento alle abilità di accoglienza e di concordare con la madre un'agenda della lista dei problemi da esaminare insieme in quella seduta.
- La strutturazione dell'incontro nel suo complesso riguarda la capacità del pediatra di organizzare il colloquio in sequenze logiche, usando formule di transizione tra un argomento e l'altro, e al termine di ogni argomento riassumendo per verificare di aver compreso ciò che la madre ha detto.
- Le tecniche conversazionali di base si riferiscono alla prevalenza delle domande aperte su quelle chiuse, alla capacità di ascolto, alla chiarezza e alla comprensibilità delle domande e del linguaggio usato.
- L'esplorazione del mondo interno della madre, che è risultato il settore di più difficile applicazione e analisi, riguarda l'abilità del pediatra di facilitare e incoraggiare l'espressione dei sentimenti e delle preoccupazioni della madre rispetto ai problemi del figlio.
-

- L'attitudine empatica del medico si riferisce al suo atteggiamento confidenziale, rilassato, non giudicante, di legittimazione dei punti di vista della madre, di empatia e di condivisione dei pensieri e dei sentimenti, di disponibilità continua anche quando scrive o usa il computer.
- Le abilità cognitive di informare e di spiegare del medico si riferiscono alla sua chiarezza, al rispetto dei tempi, all'uso di strumenti visivi per veicolare le informazioni, alla capacità di spiegare le eventuali indagini diagnostiche e il piano terapeutico e di verificarne la comprensione da parte della madre, sollecitandone commenti positivi o negativi.
- Nel negoziare e programmare il pediatra deve tenere conto dei punti di vista del paziente, del suo stile di vita e del suo retroterra culturale; deve offrire alternative e verificare l'accettazione del programma offerto, e alla fine comunque negoziare un programma accettabile da entrambe le parti e praticabile per quella famiglia.
- La chiusura del colloquio, oltre a riassumere le decisioni prese e i possibili esiti inaspettati, deve provvedere a fissare con la madre i successivi controlli.

Nel primo spezzone del DVD allegato al materiale del corso si può seguire la seduta videoregistrata del pediatra dott. Paolo Faberi che fa una consulenza a un bimbo che presenta un problema di laringospasmo. Dalla consulenza nel video è estrapolata la parte successiva alla visita, in cui il pediatra fornisce alla mamma le informazioni, le spiegazioni e le indicazioni terapeutiche da fare a casa. Nello spezzone, all'inizio si vede il pediatra fuori campo che termina la visita e poi è inquadrato in primo piano mentre parla alla madre; l'inquadratura è tale che non siano visibili bambino e familiari. A questo video, seguono alcuni estratti videoregistrati della seduta di formazione relativa al lavoro di gruppo su questa seduta condotto con l'uso della scheda Calgary.

Come si vede dal secondo spezzone del DVD, il confronto del gruppo - pur di fronte a un caso apparentemente banale - mette in evidenza come la traccia rappresentata dalla scala Calgary rappresenti un mezzo assai utile alla riflessione e all'analisi del proprio stile conversazionale; evidenzia inoltre come i suggerimenti e i comportamenti di ciascun pediatra siano fortemente influenzati più che dalle conoscenze consolidate e apparentemente oggettive, dalle diverse esperienze e dai diversi vissuti personali relativi a quel problema. Così, diversa è la preoccupazione suscitata da quel sintomo in ciascun pediatra e diversa è l'attitudine ad esempio al consiglio del ricovero in caso di attacco notturno, ricovero che poi in quel caso effettivamente si verificò nel corso della notte successiva alla visita.

Secondo modulo: le abilità emotive al counseling

La seconda parte della giornata di formazione, dedicata all'analisi e alla simulazione di una situazione emotivamente critica per il pediatra in ambulatorio, aveva l'obiettivo di spostare il fuoco dell'attenzione dal piano delle riflessioni cognitive sulle abilità conversazionali del pediatra, osservabili sul piano comportamentale esterno, all'osservazione della propria esperienza interna, ovvero dei propri stati emozionali, pensieri, immagini, sentimenti, significati interiori; tutto ciò che attraversa la mente e sollecita il vissuto emotivo del pediatra quando è in interazione col paziente.

L'idea di fondo è che attraverso questo esercizio si possa tentare di accrescere nel pediatra stesso la conoscenza della propria esperienza interna e soprattutto di far circolare nel gruppo le informazioni relative al mondo interno di ciascuno dei partecipanti, creando in tal modo una situazione di apprendimento che passa attraverso la condivisione e il confronto della reazione emotiva provata. Tutto ciò, ovviamente, partendo dal presupposto costruttivista che a fronte di una situazione data, non esista una reazione giusta o sbagliata, ma piuttosto che ciascuno di noi costruisca soggettivamente la situazione stessa sulla base del suo sistema di significati personali, frutto della sua storia evolutiva e della sua precedente esperienza relazionale. Crescita, in tal senso, significa acquisizione di una maggiore consapevolezza dei significati personali connessi alle proprie reazioni in quella particolare situazione di visita, e acquisizione di una maggiore ricchezza e flessibilità nel proprio repertorio cognitivo ed emotivo, attraverso il confronto con gli altri.

Il metodo utilizzato fa riferimento alle modalità di auto-osservazione tipiche dell'approccio clinico cognitivista. Si chiede cioè al pediatra di individuare all'interno della visita un momento, una situazione, un passaggio percepito come emotivamente critico, cercando di sintetizzarlo utilizzando la scheda A-B-C (*Allegato 3* al presente *Paragrafo*): vi è una situazione esterna (prima colonna della scheda) durante un momento particolare della visita in cui si determina il comportamento problematico del bambino e/o del genitore (seconda colonna), che ha messo in crisi il pediatra. Gli elementi raccolti relativi alle prime due colonne hanno dunque a che fare con la realtà esterna, che non è mai comunque oggettiva in quanto viene in qualche modo già selezionata dal pediatra come rilevante per sé, è una realtà che ha a che fare con il modo in cui usualmente egli percepisce e seleziona i dati relazionali come pertinenti per sé. Le due colonne successive riguardano invece più strettamente il pediatra e la sua esperienza interiore: quali sono stati i suoi pensieri in quel momento, che cosa diceva a se stesso, quale era il suo dialogo interno, quali auto-istruzioni si dava, quali scenari si immaginava, e infine quali sono state le sue reazioni emotive e comportamentali.

Un elemento importante di osservazione e di analisi nella compilazione della scheda è rappresentato certamente dal livello di integrazione tra i due domini dell'esperienza interna, vale a dire la tendenza a rappresentarsi la realtà e ad elaborare l'informazione in termini primariamente cognitivi (dialogo interno, pensieri, regole razionali) o più squisitamente emotivi (dati corporei, immagini sensoriali, sensazioni), e il grado di connessione e di coerenza tra i due livelli.

A partire dalla scheda compilata dal pediatra, si cerca di ricostruire insieme l'evento critico ripercorrendolo "in moviola" allo scopo di calarsi quanto più possibile nell'evento stesso e riattivare nel modo più intenso le varie componenti della propria esperienza soggettiva.

In un secondo momento, a turno, anche agli altri pediatri viene chiesto di occupare la sedia del pediatra in esame, di operare uno sforzo di immedesimazione, calandosi nella stessa situazione problematica ed esprimendo le proprie reazioni cognitive, emotive e comportamentali.

Alcune volte si è ricorsi all'utilizzo di una "sedia" ulteriore, all'attivazione di un altro punto di vista oltre a quello del pediatra in quella situazione, cioè quello della madre o addirittura del bambino, ipotizzando e drammatizzando come la madre o il bambino avrebbero potuto sentire il pediatra in quel momento e quali pensieri o emozioni potessero essere suscitate in loro, arricchendo in tal modo la complessità dell'esperienza attraverso l'identificazione con un terzo.

Nel terzo spezzone del DVD è stata scelta l'analisi e la simulazione di una situazione emotiva critica portata dalla pediatra Barbara Poggioli. Le emozioni che emergono sono l'insoddisfazione della pediatra che si è sentita troppo precisa, razionale e scolastica, e l'insoddisfazione della mamma. Pur essendo anche in questo caso un problema di consultazione piuttosto banale, determinato dalla domanda finale della madre se le tonsille "gigantesche" del bambino fossero da operare o no, tutti percepiscono che si poteva fare qualcosa in più con la madre sul piano della condivisione empatica del problema, condivisione che spesso permette di sciogliere gli stati emotivi rinunciando un poco al piano del solo ordine logico e concettuale. Sulla sedia della simulazione, si dispongono a turno i pediatri partecipanti, a partire dalla pediatra direttamente interessata, i primi invitati a immedesimarsi nei diversi vissuti del pediatra di fronte alla situazione critica, e l'ultimo che cerca di immedesimarsi nel vissuto della mamma.

La valutazione del corso

Nel preparare il corso di formazione sul *counseling* ci si è dotati di alcuni strumenti di valutazione di efficacia del corso riferibili da un lato alla soddisfazione soggettiva percepita da parte dei pediatri e dall'altra a indicatori oggettivi esterni definiti da una ricerca comparata campione-controllo e da una ricerca longitudinale prima-dopo su due dei pediatri partecipanti.

La valutazione soggettiva dei partecipanti

Per la soddisfazione percepita, a fine corso i pediatri partecipanti si sono ritrovati insieme e hanno espresso la loro soddisfazione soggettiva articolata separatamente in una valutazione di apprendimento rispetto agli obiettivi cognitivi derivati dall'uso della scheda Calgary (prima parte) e rispetto agli obiettivi emotivi derivati dalla simulazione della situazione critica in gruppo (seconda parte delle giornate di formazione). È stato poi loro chiesto di rispondere singolarmente a tre domande -

- come mi sono sentito emotivamente nel gruppo?
 - cosa penso di aver lasciato al gruppo?
 - cosa penso di aver portato via dal gruppo?
- e poi in base alle risposte di stilare una relazione sintetica delle loro reazioni.
- Nell'uso della scheda Calgary sono stati rilevati dai partecipanti aspetti positivi e criticità. Gli aspetti positivi sono stati illustrati separatamente per ciascuna delle fasi indagate dalla scheda. La fase di inizio e strutturazione del colloquio aiuta ad esplicitare un ordine nella conversazione onde evitare dispersioni e perdite di tempo; rende più consapevoli di eventuali prolissità del medico e della sua tendenza a interrompere o comprimere le espressioni verbali dei genitori. L'esplorazione del mondo interno aiuta il paziente ad esprimersi, facendo emergere i problemi reali e approfondendoli, evitando la ripresentazione di problemi superficiali; fa emergere le reali preoccupazioni che motivano l'accesso. L'attitudine empatica sottolinea l'importanza cruciale della disponibilità del pediatra; valorizza l'espressione del paziente in assenza di giudizi, aiuta a connotare i lati positivi per migliorare il rapporto e consolidare l'alleanza medico-paziente. La fase dell'informare e spiegare porta a non essere complicati e ampollosi, ma a fare di tutto per farsi capire per ottenere un risultato condiviso e duraturo nel tempo e per meglio giungere alla fase del negoziare e programmare; ciò costringe ad uscire dall'atteggiamento prescrittivo-impositivo del medico per tenere conto dello stile di vita del paziente, costruire insieme programmi accettabili, essere disponibili a considerare punti di vista alternativi al proprio. La chiusura infine favorisce una verifica sintetica del programma concordato e della sua comprensione; fornisce un messaggio di disponibilità a continuare la relazione nel tempo ed eventualmente a rivederla e modificarla.
- Le criticità della scheda sono invece state rilevate in una maniera più complessiva. All'inizio l'uso, specie in alcune sue parti, è stato accolto con difficoltà per la naturale diffidenza del medico verso il "non organico" e per il timore di doversi trasformare in una sorta di psicoterapeuta, anche se è chiara la consapevolezza che la relazione e la comunicazione in ambulatorio non possono costituire un *optional*. Questa difficoltà si è fatta acuta in particolare nell'esplorazione del mondo interno, nella quale risulta difficile definire fino a che punto spingersi senza essere troppo intrusivi e che solleva talora un senso di inadeguatezza nel gestire e governare i problemi che emergono. Difficile è stato anche nella fase di negoziazione accettare una posizione più paritetica e interlocutoria col genitore, per il timore di apparire insicuri o di sminuire il proprio ruolo di fronte alla famiglia. Nel complesso nonostante le semplificazioni apportate, lo strumento è risultato talvolta ancora poco agile e difficile da memorizzare, anche se l'esercizio e la traduzione grafica ne possono migliorare l'uso.
- Quanto alla seconda parte della giornata di formazione, la scheda A-B-C si è rivelata utile per esplorare il mondo interno del pediatra, per fargli prendere coscienza delle emozioni che ne condizionano i comportamenti, per osservare i diversi modi di reagire delle persone del gruppo di fronte a una stessa situazione clinica, per sottolineare la pluralità delle risposte possibili e la flessibilità degli stili relazionali. Questa fase

e questo strumento paiono però utilizzabili esclusivamente all'interno di un lavoro di gruppo e con l'aiuto di personale psicologico esperto, mentre la scheda Calgary può essere utilizzata anche a livello personale.

- Della relazione sulle reazioni emotive del gruppo al corso di formazione si riporta qui lo stralcio più significativo.

Il timore che ciascuno aveva di non essere capito o di essere criticato sicuramente è stato presente all'inizio. Non sempre è stato facile infatti spogliarsi di sé, fermarsi, guardarsi e lasciare che gli altri ci guardassero. È stata fondamentale la percezione di sentirci un gruppo disposto ad accogliere l'altro, a confrontarsi nel modo di fare, dove non voleva esserci giudizio ma valorizzazione delle diversità. Sicuramente in questo hanno avuto un ruolo fondamentale e positivo i due coordinatori... Già il tempo che precedeva la videoregistrazione metteva in moto dinamiche interiori di attenzione per meglio applicare il cognitivo che andavamo assimilando. È stato simpatico, talvolta anche divertente, vederci ognuno a casa propria, nel proprio studio, e ciascuno entrare in qualche modo in casa dell'altro e cercare di immedesimarsi in quella situazione, in quella relazione. Io come mi sarei comportata, cosa avrei pensato? Questa la domanda che ci ponevamo nella situazione vissuta dal collega... Con meno tranquillità ciascuno rivedeva la propria videoregistrazione: una certa ansia o timore di non essere capito è indubbio che ci seguiva.

Sicuramente resta la voglia di metterci in gioco per costruire una migliore alleanza senza troppa paura di mostrarsi nudi. Ci portiamo via la consapevolezza che le modalità di approccio agli eventi o alle situazioni varia in relazione a come ci disponiamo nei confronti di quella situazione. Ci portiamo via più ordine nel relazionarci agli altri, più attenzione, più capacità di cogliere segni, atteggiamenti, tali da aiutarci a entrare dentro al vissuto dell'altro, più voglia di entrare in gioco nella relazione, con meno paura di esplicitarlo. Crediamo di essere usciti arricchiti da questa esperienza, per avere conosciuto diversi stili comunicativi che in qualche modo ci stimolano al cambiamento nella comunicazione col paziente. Certi spigoli del nostro carattere andranno smussati, certe ansie andranno contenute, l'avvicinarsi al mondo interno dell'altro andrà sdrammatizzato e sicuramente non diminuiranno le incombenze burocratiche, ma migliorerà la relazione con i nostri piccoli pazienti e i loro genitori. Abbiamo ricevuto tanto per la condivisione di situazioni emotivamente significative per la nostra vita professionale, ma soprattutto per l'atteggiamento con cui affrontarle. L'esperienza che abbiamo condiviso ci ha aiutato a focalizzare e meglio comprendere i nostri limiti e ad avere qualche strumento in più per superarli, ci ha permesso di conoscere meglio la nostra personalità e il modo in cui viviamo il nostro lavoro. Dopo la fine del corso, è passata l'estate, è arrivato l'autunno con il martellante squillo del telefono, l'assalto delle richieste di certificati sportivi, l'estenuante terrorismo mediatico dell'aviazione, le problematiche sindacali. Certamente non sono diminuite le incombenze burocratiche, ma questo metodo ci permette di proporci con più sicurezza, più ordine, più capacità di capire il problema entrando nel vissuto

dell'altro per esplorarne i sentimenti, i pensieri, per meglio comprendere il suo operato e le sue aspettative e giungere a una mediazione di un percorso terapeutico condiviso in una relazione di sicura maggiore reciproca soddisfazione. Non sappiamo se riusciremo a fare meglio in futuro, ma sicuramente a volte ci sembra di aver cambiato qualcosa.

I tentativi di valutazione oggettiva

La ricerca comparata sugli effetti del *counseling* parte dall'ipotesi che il pediatra con una formazione al *counseling* determina una maggiore soddisfazione dell'utente - in questo caso del genitore - nei suoi confronti, in particolare per quanto riguarda le abilità di ascolto, di negoziazione, di empatia, di esplorazione del mondo interno.

L'ipotesi dello studio sottoposta a verifica sperimentale è che i pediatri di base formati dovrebbero avere una media più alta statisticamente significativa negli *item* di un questionario compilato dai genitori relativi alle abilità descritte, rispetto ai pediatri che non hanno frequentato il corso.

Tale studio è stato progettato dal dott. Ciotti e dal dott. Lambruschi in collaborazione col dott. Gangemi, la dott.ssa Elli e tutti i pediatri di base che hanno partecipato al *counseling*.

Il questionario è rigorosamente anonimo sia per quanto attiene il genitore compilante sia per quanto riguarda il pediatra di base. Infatti, il genitore non appone il nome del pediatra, ma barra semplicemente il riquadro del gruppo cui il pediatra appartiene. I risultati sono quindi letti ed elaborati sul gruppo e non sul singolo.

Il gruppo dei pediatri che non ha partecipato al corso e che ha funzionato da gruppo di controllo era composto da 10 pediatri di base; il gruppo campione era composto da 6 pediatri di base che hanno partecipato al corso. La ricerca è stata effettuata presso il Consultorio pediatrico di Cesena, dove i questionari sono stati consegnati alle mamme in occasione della seduta vaccinale al loro figlio di età compresa tra 2 mesi e 5 anni, nel mese di settembre 2005, a tre mesi di distanza dalla fine del corso di formazione.

Il questionario (*Tabella 8*) comprende 10 domande, alle quali il genitore deve assegnare un punteggio al suo pediatra compreso tra 1 e 10. Gli *item* 1, 5, 6 e 7 fanno più riferimento all'organizzazione cognitiva del pediatra rispetto alle richieste per farsi capire e fornire spiegazioni; l'*item* 3 è riferito alla capacità di ascolto; l'*item* 9 alla capacità di negoziazione; gli *item* 2, 4, 8 e 10 all'empatia.

I questionari compilati sono stati 502: 339 per il gruppo di controllo e 163 per il gruppo campione.

I risultati sono in via di elaborazione e saranno oggetto di successiva pubblicazione.

Tabella 8. Questionario sulla qualità percepita in Pediatria di famiglia

Domande

1. Si fa capire bene
 2. Mi mette a mio agio, tanto da potergli esprimere i miei dubbi e le mie incertezze riguardo la salute di mio figlio
 3. Presta ascolto a ciò che dico
 4. Crea un clima amichevole e familiare
 5. Fornisce spiegazioni esaurienti e molte informazioni sulla cura del bambino
 6. Dedicava un tempo adeguato alla visita
 7. Mi è vicino con consigli e interventi personali, come per esempio telefonate ai colleghi o lettere di presentazione in caso di ricovero in ospedale
 8. Capisce le mie preoccupazioni e le mie paure di genitore rispetto ai problemi di mio figlio
 9. Tiene conto del mio punto di vista di genitore e discute con me prima di prescrivermi esami o terapie
 10. Lo sento interessato e vicino ai problemi che gli presento senza giudicarmi
-

Questo tipo di valutazione, seppure positiva per i pediatri che hanno frequentato il *counseling*, potrebbe tuttavia essere inficiata da un *bias* di selezione, ovvero i pediatri di base che hanno partecipato al *counseling* erano motivati al corso e quindi già in partenza più portati ad avere atteggiamenti di ascolto e negoziazione verso la famiglia del bambino.

Si è quindi pensato di effettuare un'altra ricerca centrata solo sui pediatri che hanno partecipato al corso, confrontando il loro stile comunicativo e conversazionale prima del corso e alla fine, partendo dall'ipotesi che la dimostrazione di un miglioramento di alcuni indicatori conversazionali nei pediatri stessi fosse direttamente riconducibile al corso sul *counseling*. A questo scopo sono state analizzate alcune sedute ambulatoriali audioregistrate, prima e dopo il corso, di due pediatri di base partecipanti.

Sono stati selezionati indicatori idonei a identificare alcune azioni conversazionali, che si possono definire ausiliarie (Berceli, Lenzi, 2004) rispetto all'attività interattiva di base, e precisamente: gli inserti didattici, le glosse di conduzione, i riassunti, i pareri rassicuranti e/o normalizzanti. Gli inserti didattici rimandano a momenti informativi ed educativi realizzati con interventi anche brevi, riferibili ad aspetti sintomatici del bambino o ad argomenti portati dal genitore. Le glosse di conduzione comprendono vari tipi di interventi che hanno la funzione di facilitare la collaborazione, di solito spiegando ciò che si richiede, e che costituiscono la parte fondamentale di quella macroattività detta accordo procedurale, importante per migliorare la qualità della relazione in corso.

I riassunti rappresentano un efficacissimo strumento di direttività nelle loro varie tipologie, tra le quali il cosiddetto riassunto informativo è la sintesi tra l'atteggiamento di ricalco e quello di guida, fondamentale per l'efficacia del colloquio. Infine, i pareri rassicuranti e/o normalizzanti denotano l'attenzione per lo stato emotivo dell'interlocutore e la capacità di percepirne in diretta le modificazioni, oltre che una buona capacità di sintonizzazione.

Anche i risultati di questa indagine sono in via di elaborazione e saranno oggetto di successiva pubblicazione.

Bibliografia

- Barry C.A., Bradley C.P., Britten N., Stevenson F.A., Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*, 320, 1246-1250, 2000.
- Bercelli F., Lenzi S. Tipi di attività di psicoterapia: l'accordo procedurale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 15: 8, 2004.
- Bert G., Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.
- Caso G., Ancona M., Venturelli L., Bignoli M. Qualità percepita in pediatria di famiglia. *Area Pediatrica*, 1: 17, 2004.
- Crupi I., Gangemi M. "Dottore, mia figlia ha le coliche!". *Quaderni ACP*, 6: 35, 2003.
- Embracing patient partnership. Correspondence. *BMJ*, 319:783-788, 18 September 1999.
- Greenhalg T., Hurwitz B. Narrative based medicine. Why study narrative?. *BMJ*, 318: 48-50, 1999.

Ringraziamenti

I pediatri che hanno partecipato al corso.

Lucia Lugatti per il lavoro effettuato sui questionari compilati dalle madri coinvolte nello studio.

Silvio Lenzi per la ricerca sugli indicatori conversazionali.

La Pediatria di comunità dell'Unità operativa materno-infantile di Cesena per la raccolta dei questionari delle madri.

Alfonso Novelli e Radio Sata di Cesena per la predisposizione e riproduzione dei DVD.

Giovanni De Plato e Elisabetta Fréjaille dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna, per aver supportato nel tempo tutto il lavoro.

Michele Gangemi e Patrizia Elli, senza le cui competenze specifiche questo lavoro non sarebbe mai stato programmato.

Allegato 1. Scheda sintetica di presentazione del caso

NOME E COGNOME DEL PEDIATRA DI BASE

Nome e cognome del minore

Luogo e data di nascita

Residenza

Eventuale asilo o scuola frequentata

Composizione familiare

	<i>Nome</i>	<i>Età</i>	<i>Professione</i>
Padre			
Madre			
Fratelli			
Altri/note			

Utilizzo precedente dei servizi USL (es. PS, ospedale, NPI, sociale)

Quali, a che età e per quale motivo

.....

Patologia cronica o ricorrente del bambino

.....

La famiglia fa richieste telefoniche e/o di visita al pediatra

Frequenti Medie Rare

Data della seduta

Persone che accompagnano il bambino in ambulatorio

Contesto:

Bilancio di salute Altro Per appuntamento Urgenza

Problema principale proposto

.....

Allegato 2. CALGARY-CAMBRIDGE (modificata)

COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

(Per "paziente" si intende: il bambino, l'interlocutore adulto privilegiato, solitamente la madre, altri adulti significativi eventualmente presenti al colloquio. Pertanto, ciascuno dei successivi elementi va riferito ad ognuno di questi interlocutori).

INIZIO DEL COLLOQUIO

1. *Accoglie* con calore, dimostra interesse e rispetto. Fa in modo che sia comodo.
2. Esamina e conferma la *lista di problemi* del paziente e del medico: es. "Quindi, mal di testa, febbre. C'è nient'altro di cui mi vuol parlare?", oppure "Oggi ci vediamo per il bilancio di salute, e quindi ...".
3. Concorda *un'agenda* tenendo conto del punto di vista di entrambi (medico e paziente).

STRUTTURAZIONE DEL COLLOQUIO

1. Al termine di un argomento, *riassume* per verificare la propria comprensione di ciò che il paziente ha detto e per accertarsi di non aver omesso dati importanti.
2. Passa da un argomento all'altro usando *formule di transizione*. Aggiunge il rationale dell'argomento successivo.
3. Struttura il colloquio in *sequenze logiche*: a) Divide il colloquio in sezioni contenute sviluppando una sequenza logica; b) Esplicita le sequenze e gli step: per es. "Ci sono 3 cose importanti di cui vorrei discutere. Primo ... ora faremo ... "

ESPLORAZIONE DEI PROBLEMI (TECNICHE CONVERSAZIONALI DI BASE)

1. Incoraggia il paziente ad *esporre con le proprie parole il problema* dall'inizio sino a chiarire il motivo della consultazione.
2. Usa *domande aperte e chiuse*, procedendo dalle aperte alle chiuse.
3. *Ascolta* attentamente, permette al paziente di completare il proprio racconto senza interruzioni e permette al paziente di pensare prima di rispondere o proseguire.
4. *Facilita le risposte* del paziente sia verbalmente che non verbalmente (uso di incoraggiamenti, del silenzio, di parafrasi, ripetizioni, riformulazioni).
5. Usa *domande concise, facilmente comprensibili*. Evita i termini tecnici o li spiega adeguatamente.
6. Chiede *chiarimenti* o approfondimenti. Es. "Può spiegare cosa intende per ...?"

ESPLORAZIONE DEL MONDO INTERNO DEL PAZIENTE

1. Esplora le *idee* del paziente e le sue opinioni circa le cause.
2. Esplora le *preoccupazioni* (comprese le paure e gli effetti sugli stili di vita) legate al problema.
3. Incoraggia *l'espressione dei sentimenti e dei pensieri*.
4. Accoglie le *aspettative* del paziente circa ogni problema.
5. È attento alle espressioni *verbali*, e *non verbali*, del paziente come le posture, le espressioni del viso, il tono della voce, ecc. (in particolare del bambino: vedi *griglia specifica ECNV*).

ATTITUDINE EMPATICA DEL MEDICO

1. Assume un *comportamento non verbale* appropriato (contatto visivo, postura, movimento, espressione del viso, tono della voce).
2. Se legge, prende appunti o usa il PC, lo fa in modo da *non interferire* con il dialogo e il rapporto.
3. *Legittima* il punto di vista del paziente, *non giudica*.
4. È in *empatia* con il paziente e lo sostiene. Per es.: esprime interesse, comprensione, desiderio di fornire aiuto e valorizza gli sforzi del paziente per superare il problema e l'appropriatezza delle soluzioni provate.
5. Tratta con sensibilità gli *argomenti imbarazzanti* e il dolore fisico.
6. Assume un atteggiamento *confidenziale* e *rilassato*.
7. *Condivide con il paziente i propri pensieri* quando adatti a coinvolgerlo. Es. "Ciò che sto pensando ore è ...".

INFORMARE

1. Dà informazioni in *quantità assimilabili*, ne verifica la comprensione, usa la risposta del paziente come guida per procedere.
2. Chiede al paziente quali *altre informazioni* possono essergli utili, per esempio riguardo l'eziologia e la prognosi.
3. Evita di dare informazioni, avvertimenti o rassicurazioni *anzitempo*.
4. Dà informazioni in modo *chiaro, ordinato*, evitando termini tecnici o spiegandoli.
5. Usa *strumenti visivi* per veicolare le informazioni: diagrammi, modelli, istruzioni scritte, ...

SPIEGARE

1. Offre un *parere* circa quello che sta succedendo e, se possibile, ne dà una definizione.
2. Chiarisce quale è il *razionale* del proprio parere.
3. Spiega la *causa*, la *serietà*, *l'esito atteso*, le conseguenze a breve e lungo termine.
4. Verifica la *comprensione da parte del paziente* di ciò che è stato detto.
5. Fornisce spiegazioni chiare sulle *indagini e procedure diagnostico-terapeutiche* compreso ciò che il paziente proverà e come sarà informato dei risultati.
6. Correla le procedure al *piano terapeutico*: significato e aspettative.

7. Fornisce spiegazioni circa i trattamenti offerti: nome, effetti collaterali, vantaggi e svantaggi, ...
8. Sollecita *commenti da parte del paziente* sull'accettabilità, la fattibilità, le perplessità, le difficoltà, incoraggia domande e pensieri circa potenziali ansie o possibili esiti negativi.

NEGOZIARE E PROGRAMMARE

1. *Discute le opzioni*, cioè: indagini, terapia medica o chirurgica, nessuna terapia o cura, trattamenti non farmacologici (fisioterapia, ausili protesici, ...), misure preventive.
2. Valuta la *comprensione* e *l'accettabilità* del programma terapeutico.
3. Ottiene il *punto di vista del paziente* su ciò che ritiene necessario per procedere, indagando eventuali barriere. Incoraggia il paziente a contribuire con le proprie idee, suggerimenti, preferenze, ... Accetta e prende in considerazione, se necessario, punti di vista alternativi.
4. Tiene conto dello *stile di vita* del paziente, del suo *retrotterra culturale*, della sua *rete di supporto sociale* e valuta la disponibilità di altri aiuti.
5. Incoraggia il paziente a *responsabilizzarsi* e ad avere fiducia in se stesso.
6. Coinvolge il paziente dando *suggerimenti più che prescrizioni*.
7. *Negozia* un programma accettabile da entrambe le parti.
8. Offre *alternative*.
9. Verifica *l'accettazione* del programma da parte del paziente
10. Incoraggia il paziente a *discutere ulteriori particolari*. Es. "Ci sono domande che vorreste farmi o qualcosa che vi piacerebbe discutere ulteriormente?"

CHIUSURA DEL COLLOQUIO

1. *Riassume* brevemente.
2. Fissa con il paziente i *successivi passaggi e controlli*.
3. *Chiude* in modo sufficientemente sicuro e spiega *possibili esiti inaspettati*: cosa fare se il piano non funziona, quando e come cercare aiuto.

NOTE

Allegato 3. Scheda A-B-C (di auto-osservazione di un momento emotivamente critico della visita pediatrica)

SITUAZIONE Dove eravamo, chi c'era in ambulatorio, in quale momento della visita	COMPORAMENTO PROBLEMatico Che cosa hanno detto e fatto esattamente il bambino e il genitore	I MIEI PENSIERI E IMMAGINI Quali pensieri ho avuto, che cosa mi sono detto, che cosa ho immaginato	LE MIE REAZIONI Come mi sono sentito, quali sensazioni, emozioni ho avvertito, che cosa ho fatto, che cosa ho detto

4.2. L'esperienza del Centro clinico per la prima infanzia - Bologna¹³

Il Centro clinico per la prima infanzia¹³ è un servizio specialistico per la diagnosi e il trattamento dei disturbi della prima infanzia, che offre sostegno e cura ai bambini e ai loro genitori. È stato attivato nell'ambito della UO di NPIA dell'AUSL di Bologna, e rivolto alle famiglie residenti nella città di Bologna e provincia.

L'accesso al servizio avviene preferibilmente tramite richiesta del curante.

L'*équipe* è composta da psicologi e neuropsichiatri infantili¹⁴ che provengono dai servizi di NPEE delle tre aree bolognesi (nord, centro e sud), con competenza specifica sulla prima infanzia.

Per Progetti specifici vengono di volta in volta coinvolti altri operatori, con diverso profilo formativo, che presentano le competenze richieste dall'articolazione del programma di lavoro, a carattere preventivo o terapeutico.¹⁵

Si ritiene che il diverso profilo formativo sia una caratteristica importante per la psicopatologia della prima infanzia, perché il gruppo non corra il rischio dello specialismo e perché vi sia una interrelazione costante tra i diversi ambiti di funzionamento del bambino.

Il percorso ha avuto inizio da un progetto di ricerca regionale che comprendeva da una parte un lavoro di collegamento con la Pediatria (di famiglia e di comunità), dall'altra la sperimentazione di uno specifico intervento psicoterapico che fosse applicabile nell'ambito del Servizio di neuropsichiatria infantile: la psicoterapia breve genitore-bambino. Il progetto di ricerca intitolato "Studio della relazione madre-bambino nei primi tre anni di vita. Proposte per una metodologia di intervento nei casi di disturbo precoce" si era posto come obiettivo la definizione di una metodologia di intervento integrato, articolato sia sul versante preventivo che terapeutico.

Nell'arco di dieci anni si è giunti, nell'aprile del 2000, ad inaugurare il Centro clinico, che è stato istituito nell'ambito dell'UO di NPIA dell'Azienda USL di Bologna, Area Nord, che ne garantisce il coordinamento clinico e organizzativo, e quindi a creare un modello integrato che a partire da uno spazio fisico intende porsi come luogo di costruzione di un pensiero condiviso tra professionalità diverse.

¹³ Responsabile funzione clinica e organizzativa: Marilisa Martelli (NPI).

Referenti interni al Centro: Sandra Impagliazzo (psicoterapeuta familiare), Chiara Bacchi (psicologa).

¹⁴ Referenti Aree territoriali AUSL di Bologna: Area Sud, Carlotta Gentili (NPI, psichiatra); Area Centro, Laura Benini (psicologa).

¹⁵ Progetti terapeutici specifici: Alessandra Cassetti (NPI), Camilla Barbieri (psicologa).

Progetto coordinamento con pedagogisti Enti locali: Anna Bergonzini (pedagogista), Carlo De Panfilis (neuropsicomotricista).

Progetto neonati pre-termine e SGA: Daniela Donati (TdR).

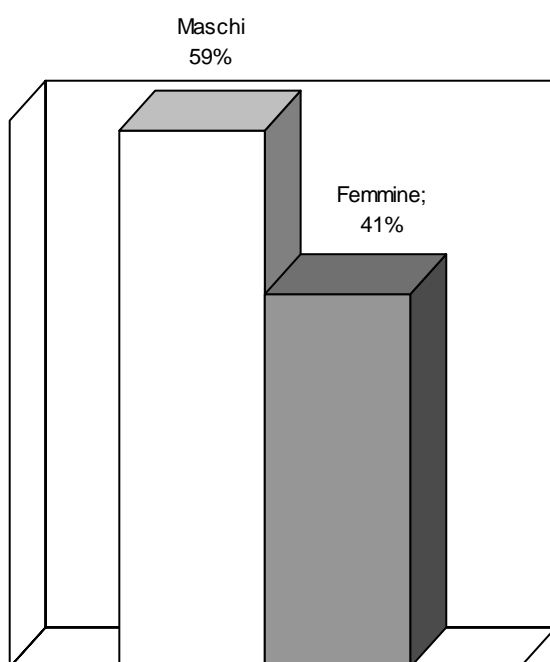
Gruppi terapeutici: Paola Cesari (logopedista), Nadia Lancioni (logopedista), Enrico Borghi (TdR), Paola Cominato (arteterapista).

L'ambito di intervento riguarda gli aspetti evolutivi e i problemi di sviluppo nei primi anni di vita.

Nella esperienza di lavoro, è stato possibile valutare e sperimentare nel tempo come, nel lavoro clinico che ha per oggetto questa fascia di età, la flessibilità del percorso di valutazione e la possibilità di formulare in più operatori fin dall'inizio un'ipotesi di lavoro specifica per ciascun caso fossero caratteristiche peculiari ed insieme necessarie.

La popolazione considerata è, al febbraio 2006, di 603 bambini, di cui 248 femmine (41%) e 355 maschi (59%). L'età media al momento della segnalazione è di 24 mesi, con un *range* che va da 1 mese e 12 gg a 5 anni, DS = 15,6.

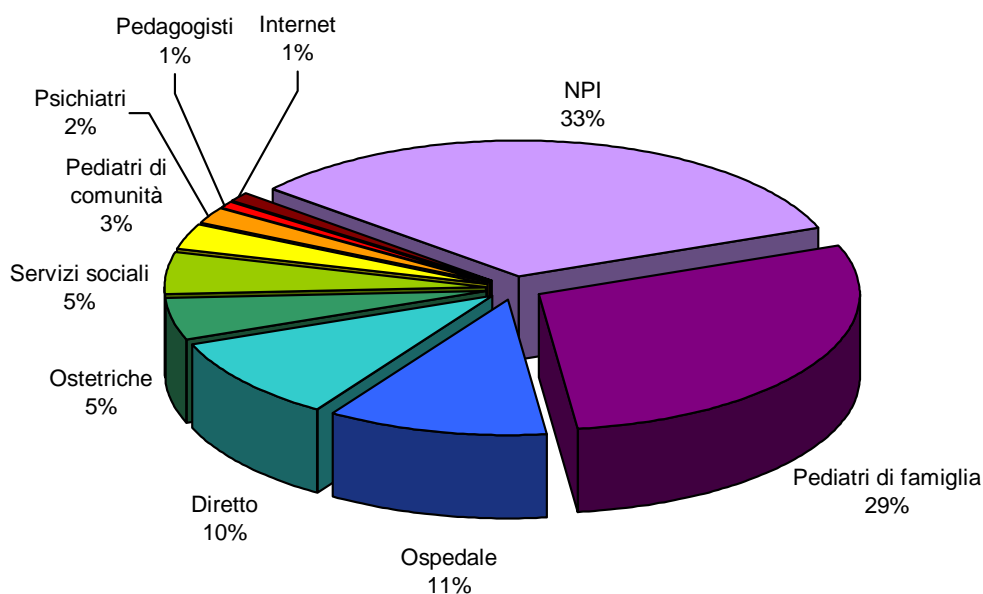
Figura 2. Popolazione considerata (febbraio 2006)



Gli invii al Centro clinico sono articolati nel modo seguente:

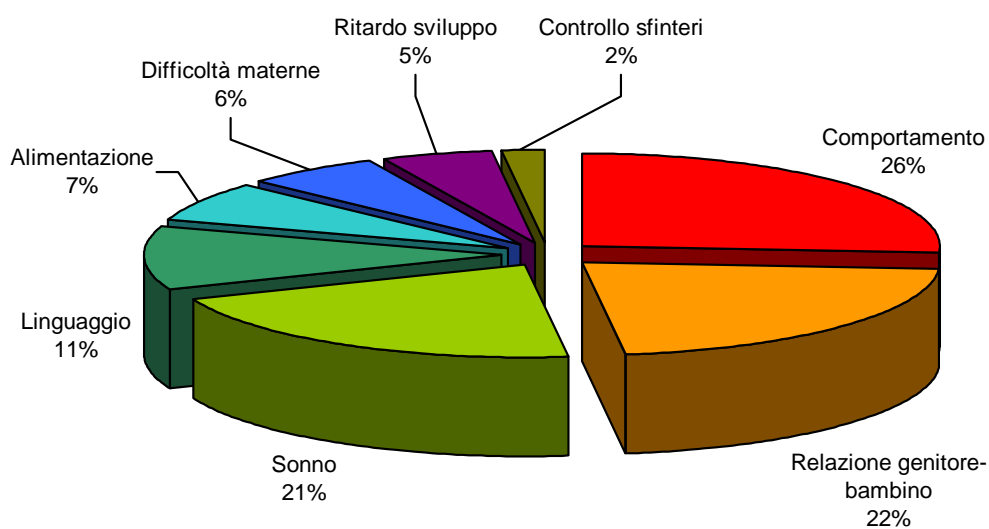
- NPI (33%),
- pediatri di famiglia (29%),
- ospedale (11%),
- diretti (10%),
- ostetriche (5%),
- Servizi sociali (5%),
- pediatri di comunità (3%),
- Centri di salute mentale (CSM) (2%).

Figura 3. Invii al Centro



I principali motivi d'invio sono relativi al: comportamento (26%), relazione genitore-bambino (22%), sonno (21%), linguaggio (11%), alimentazione (7%). In misura minore gli invii sono relativi a difficoltà materne (6%), ritardo di sviluppo (5%), controllo degli sfinteri (2%). La richiesta di consultazione è dovuta nel 9% dei casi a più sintomi concomitanti.

Figura 4. Motivi dell'invio



La valutazione psico-diagnostica prevede di norma almeno tre sedute, in cui, previo il consenso della famiglia, viene sempre utilizzata la videoregistrazione che riveste un ruolo prezioso sia nell'elaborazione e restituzione diagnostica, sia nella terapia.

L'*iter* diagnostico è composto di una fase comune a tutti pazienti e da una fase variabile a seconda delle situazioni cliniche.

La prima fase comprende:

- una valutazione dei sintomi psicofunzionali e comportamentali, raccolta utilizzando un'intervista specifica strutturata, la *Symptom Check List*. Tale strumento consente di ottenere informazioni relative alle aree dell'alimentazione, dell'addormentamento, del sonno, del controllo sfinterico, e ad eventuali sintomi o reazioni psicosomatiche, alla presenza di paure, collere o altri aspetti comportamentali particolari del bambino nel mese precedente la prima visita;
- la valutazione dell'interazione genitore-bambino, attraverso la compilazione di una griglia specifica (applicata alla videoregistrazione) di osservazione del comportamento interattivo, messa a punto dal gruppo di lavoro. Il sistema di codifica prevede la registrazione di differenti *item* che esplorano la comunicazione visiva e gestuale, la postura e il contatto corporeo, l'espressione del volto, vocale e degli affetti, il coinvolgimento sociale. Tali aspetti consentono la definizione dello stile interattivo di ogni coppia genitore-bambino. Questo sistema di valutazione permette di ottenere una descrizione del comportamento interattivo secondo categorie di tipo qualitativo; vengono cioè rilevati le modalità interattive e il tono affettivo prevalente dell'interazione;
- l'esito di queste valutazioni è stato tradotto nei parametri indicati dalla Classificazione diagnostica: 0-3 (*Zero-To-Three*, 1994), applicando la PIR-GAS, scala di valutazione globale della relazione genitore-bambino;
- la valutazione dello sviluppo del bambino (*Bayley Scales of Infant Development*);
- la formulazione diagnostica, mediante applicazione della *Clinical Record* relativa al sistema di classificazione diagnostica 0-3, al termine della valutazione;
- la rilevazione attraverso questionari di autovalutazione dello stato di salute dei genitori tramite il *Beck Depression Inventory* (1987) o il POMS (1981).

A seconda delle peculiarità del caso vengono inoltre utilizzati:

- l'*Entretien-R* (Stern, 1989), intervista sulle rappresentazioni che i genitori hanno del bambino e di se stessi in quanto genitori, in relazione ad eventi del passato relativi alla propria infanzia e alle proprie figure genitoriali;
- la *Behaviour Rating Scale* prevista dalle *Bayley Scales of Infant Development*;
- il *Children Play Therapy Instrument* (CPTI, Kernberg, 1998), uno specifico strumento di valutazione dell'attività di gioco che consente di rilevare le abilità emergenti in differenti ambiti evolutivi, di osservare la capacità del bambino nell'organizzare l'esperienza in rappresentazioni mentali e di regolare i propri stati affettivi ed emozionali.

La diagnosi formulata ha evidenziato la presenza di comorbidità in un'alta percentuale di casi (53 casi, 31%).

Questo dato clinico conferma il legame esistente tra i vari ambiti di funzionamento del bambino, ed è confermato anche dai risultati di questo lavoro.

Al termine dell'iter diagnostico, a seconda dei casi e delle richieste effettuate, viene inviato al pediatra curante un modulo scritto (*Allegato 1* del presente *Paragrafo*), alla NPI una relazione (*Allegato 2* del presente *Paragrafo*), un contatto telefonico, o una restituzione diretta.

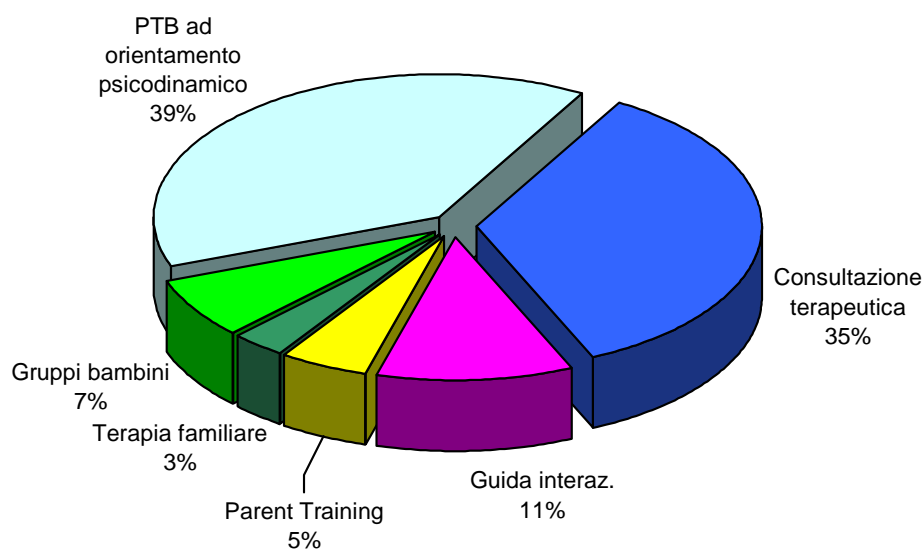
L'attività psicoterapeutica svolta presso il Centro prevede interventi rivolti congiuntamente ai genitori e al bambino, di diverso orientamento metodologico (di derivazione psicodinamica, cognitivista, sistemica) che tengono in considerazione le recenti acquisizioni in psichiatria della prima infanzia e in psicologia dello sviluppo, e in particolare il ruolo della relazione nella modulazione dello sviluppo.

Attenzione specifica è volta al lavoro di rete, che permette interventi il più possibili tempestivi e multifocali, e che riveste anche un carattere preventivo, oltre che terapeutico.

Il lavoro di cura e quindi terapeutico comprende le seguenti tecniche:

- la psicoterapia breve genitore-bambino;
- la consultazione terapeutica;
- la guida all'interazione;
- il *parent training* (di derivazione cognitivo-comportamentale);
- le terapie della famiglia (secondo il modello sistemico classico);
- i gruppi terapeutici per genitori e per bambini.

Figura 5. Tecniche utilizzate nel lavoro di cura



Il lavoro si avvale soprattutto di due tecniche psicoterapiche.

La prima - la psicoterapia breve madre-bambino - per cui era stata effettuata specifica formazione da parte di componenti dell'*équipe*, è di derivazione psicoanalitica. Elaborata dalla Scuola di psichiatria infantile di Ginevra, prevede sedute settimanali della durata in media di 60 minuti.

Il carattere breve di questa metodica obbliga a individuare precisi criteri di indicazione e controindicazione. Tale tecnica è elettiva per madri con una struttura di personalità di tipo nevrotico, con un sufficiente investimento sul bambino e con una buona capacità di *insight* relativamente ai possibili legami tra i sintomi da questi manifestati e vissuti e rappresentazioni relativi alla propria storia personale. Per ciò che riguarda il bambino, si rivolge a situazioni in cui lo sviluppo è regolare e i sintomi manifestati sono prevalentemente di tipo psicofisiologico.

Nelle situazioni che non presentano questi caratteri, è stato avviato l'utilizzo della *Guida all'interazione* (McDonough, 1989), tecnica di psicoterapia breve concepita inizialmente per situazioni ad alto rischio psicosociale. Nell'esperienza presso l'Azienda USL di Bologna Area Nord può essere utilizzata in particolare nell'ambito di prese in carico complesse e a lungo termine, come nel caso di ritardi gravi dello sviluppo o disturbi di origine organica.

Il modello è di derivazione comportamentista, ed è centrato sulle interazioni genitori-bambino come si manifestano nell'*hic et nunc* della seduta. Anche questa tecnica terapeutica prevede l'utilizzo della videoregistrazione; pertanto le sequenze di gioco vengono riviste e commentate insieme ai genitori e i comportamenti individuati e selezionati diventano oggetto del lavoro terapeutico.

È attualmente in corso uno studio comparativo sull'esito a distanza dei diversi percorsi terapeutici attivati: i dati relativi al *follow up* di un campione di 20 casi.

La ricerca

Sono stati attivati protocolli di sperimentazione e collaborazione in ambito nazionale e internazionale su tematiche relative alla salute psichica della prima infanzia.

I temi di ricerca clinica affrontati finora hanno riguardato:

1. la valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici;
2. i disturbi di regolazione del comportamento in età 0-3 anni;
3. lo sviluppo dei bambini nati prematuri o con basso peso alla nascita;
4. l'influenza della depressione genitoriale sulla fasi precoci di sviluppo del bambino.

1. Il primo progetto si è sviluppato a partire dalla messa a punto di interventi di psicoterapia breve genitori-bambino o madre-bambino di indirizzo psicomotivo, secondo la metodologia del Servizio di psichiatria infantile dell'Università di Ginevra. Con la psicoterapia breve genitori-bambino i sintomi manifestati dal bambino sono compresi e curati attraverso l'intervento sulla relazione genitore-bambino, prendendo in considerazione sia il livello del comportamento manifesto che il livello fantasmatico.

Nel tempo sono stati sviluppati altri approcci, in base all'evoluzione della psichiatria dell'età precoce, resi possibili anche dall'apporto di psicologi di diversa formazione (sistemica e cognitivo-comportamentale) anche con l'attivazione di un gruppo di *parent training*.

La possibilità di disporre di diverse metodologie di intervento permette di meglio adattare alle caratteristiche cliniche e della domanda, specifiche per ciascun caso. La clinica della prima infanzia richiede infatti approcci rigorosi ma flessibili. Se l'intervento su genitori e bambino insieme si rivela il più proficuo in questa età in cui sia la psichiatria sia la neurobiologia mostrano l'interdipendenza fra sviluppo dell'individuo e influenze ambientali, questo tuttavia in molti casi non può esaurire le necessità, ma può essere il primo tassello di una presa in carico articolata. Lo studio che si sta portando avanti si propone di analizzare gli effetti nel tempo di terapie congiunte genitore/bambino in età precoce, mediante *follow up* effettuati in età scolare e pre-adolescenziale.

2. Questo studio empirico relativo a un campione di bambini con diagnosi di disturbo della regolazione secondo il sistema di classificazione diagnostico 0-3, si propone l'obiettivo di studiare le differenti relazioni da un punto di vista eziopatogenetico. In particolare: la correlazione esistente tra diagnosi di disturbo della regolazione e diagnosi di disturbo della relazione; l'esistenza di un rapporto tra il livello di gravità del disturbo della regolazione e del disturbo della relazione; la comprensione di quanto la componente costituzionale incide sui disturbi della regolazione e se sia possibile individuare una relazione specifica tra disturbi organici e dello sviluppo e una patologia particolare di disturbo della regolazione.

3. Il lavoro sui bambini nati pre-termine e con un basso peso alla nascita si sviluppa da una collaborazione avviata nel 1994 nell'Azienda USL Bologna Nord tra la Divisione di pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio e il Servizio di neuropsichiatria dell'età evolutiva. Preme sottolineare come questo Ospedale abbia ricevuto, per due anni di seguito, un importante riconoscimento nazionale per la particolare attenzione al processo di umanizzazione e alla qualità delle cure offerte al paziente.

È in questa ottica che si colloca questa collaborazione, iniziata sotto forma di consulenze programmate in reparto da parte di un neuropsichiatra infantile, e che si è concretizzata poi in un protocollo aziendale che prevede anche l'intervento del Servizio di neuropsichiatria in urgenza presso il Pronto soccorso pediatrico.

La ricerca è di tipo longitudinale e prevede due fasi: nella prima si valuta lo sviluppo psico-fisico del bambino nell'arco del primo anno di vita con cadenza trimestrale; nel secondo si valuta lo sviluppo psico-fisico del bambino nel 2°, 3°, 4° e 5° anno di vita, con cadenza semestrale nel 2° anno e annuale nei successivi.

Il gruppo di lavoro si è posto i seguenti obiettivi: confrontare e analizzare i dati clinici anamnestici (età di gestazione, presenza di eventuali patologie) e dello sviluppo fisico (peso, lunghezza e circonferenza cranica) con quelli dello sviluppo mentale e motorio dei bambini dei due gruppi (prematuro e piccoli per l'età gestazionale); confrontare e analizzare la valutazione dei sintomi psicofunzionali e comportamentali con i dati clinici;

verificare le correlazioni tra lo sviluppo cognitivo valutato dai genitori e lo sviluppo mentale e motorio valutato dallo specialista; verificare se la qualità dell'interazione genitore-bambino valutata dai genitori sia indipendente dallo sviluppo mentale e motorio valutato dallo specialista; valutare il grado di consapevolezza e riconoscimento da parte dei genitori dei bisogni dei loro bambini.

4. È stato selezionato un campione di bambini afferenti al Centro i cui genitori presentavano aspetti depressivi di diversa entità. Il lavoro si propone di esaminare il legame tra depressione genitoriale, sviluppo del bambino, caratteristiche della relazione genitori-bambino e presenza di fattori di rischio e/o protettivi. Viene inoltre indagata la correlazione tra stato depressivo materno ed eventuale corrispondenza con la sintomatologia del bambino.

Bibliografia

- Ammaniti M. (a cura di). *Manuale di psicopatologia nell'infanzia*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Fabrizi A., Knauer D., Levi G. Modelli di attaccamento nei disturbi precoci dello sviluppo. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63: 29-39, 1996.
- Gentili C., Martelli M., Benini L., Caruso P., Loperfido E., Knauer D. La relazione madre-bambino nei primi tre anni di vita. Proposta per una metodologia d'intervento nei casi di disturbo precoce. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63 (3-4): 379-396, 1996.
- Impagliazzo S., Bacchi C., Barbieri C., Cassetti A., Martelli M. Terapie genitore-bambino: evoluzione in età scolare e pre-adolescenziale. In *Atti Convegno La relazione precoce genitori-bambino*. 2006.
- Lebovici S., Weil-Halpern F. *Psychopathologie du bébé*. Paris, Presses Universitaires de France, 1989. Traduzione italiana *Psicopatologia della prima infanzia*. Vol. 2. Torino, Bollati Boringhieri, 1994.
- Levi G., Fabrizi A., Bernabei P., Paolesse C., Romani M. Terapia interattiva e sviluppo della comprensione verbale nei disturbi generalizzati dello sviluppo: riflessioni sulla patogenesi. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 64: 7-19, 1997.
- Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N. *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Martelli M. *et al.* Un modello di intervento sulla prima infanzia all'interno del servizio pubblico: presentazione di un protocollo di valutazione. *Neuroni Mente Corpo*, XI (2): 13-18, 1999.
- Martelli M., Collini M., Impagliazzo S., Bacchi C., Benini L., Gentili C., Siboni P., Caruso P., Knauer D. Il Centro clinico per la prima infanzia di Bologna: uno studio su regolazione e disturbi correlati. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 69: 405-416, 2002.
- Moro M.R. *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.

- Stern D.N. *La costellazione materna*. Traduzione italiana Torino, Bollati Boringhieri, 1995.
- Winnicott D.W. *Colloqui terapeutici con i bambini*. 1971. Traduzione italiana Roma, Armando, 1983.
- Zero-To-Three/National Center for Clinical Infant Programs. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, 1994. Traduzione italiana *Classificazione diagnostica: 0-3. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Milano, Masson, 1997.

Allegato 1. Scheda di segnalazione

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda USL di Bologna**
Dipartimento di Salute mentale AREA NORD
UO di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva
Direttore: Marilisa Martelli
Tel. 051 4192441 - Fax 051 4192442



CENTRO CLINICO PER LA PRIMA INFANZIA
Servizio per il Bambino e i Genitori
Tel. 051 4192444

Prot. n Li,

RICHIESTA inoltrata da:

AUSL Distretto di
Settore / Servizio / Unità operativa
Tel/Fax Inviante

Nel caso siano coinvolti più Settori e/o Servizi nell'invio, indicare quali:

Settore / Servizio / Unità operativa
.....
Tel/Fax Inviante

Motivo della richiesta di consultazione

- Valutazione diagnostica
- Valutazione dell'interazione genitore-bambino
- Richiesta di trattamento
- Consulenza sulla presa in carico

Alleghiamo la Scheda di Segnalazione che le chiediamo di compilare ed inviare insieme alla presente presso il Centro.

Firma del Responsabile del Servizio

.....

Firma

.....

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda USL di Bologna**
Dipartimento di Salute mentale AREA NORD
UO di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva
Direttore: Marilisa Martelli
Tel. 051 4192441 - Fax 051 4192442



CENTRO CLINICO PER LA PRIMA INFANZIA

Servizio per il bambino e i genitori
P.zza 2 Agosto, 2 - 40013 Castel Maggiore
Tel. 051 4192444 - Fax 051 4192442

Data

SCHEDA di SEGNALAZIONE

1. MOTIVO DELLA RICHIESTA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome del bambino:

Data di nascita Luogo

Indirizzo Tel

Cognome e nome del padre

Anno di nascita Professione

Titolo di studio

Recapito lavorativo Tel

Cognome e nome della madre

Anno di nascita Professione

Titolo di studio

Recapito lavorativo Tel

Ordine genitura

Altri figli / Parenti conviventi

Pediatra di base coinvolto nell'invio
 non coinvolto nell'invio

3. DATI ANAMNESTICI

Eventuali precedenti ostetrici:
.....
.....

Gravidanza:
.....
.....

Parto:
.....
.....

Condizioni del bambino alla nascita ed eventuali problemi:
.....
.....

Allattamento:
.....
.....

4. DATI CLINICI

Alimentazione:
.....
.....

Funzioni digestive:
.....
.....

Sonno:
.....
.....

Sviluppo psicomotorio e del linguaggio:
.....
.....

Condizioni di salute generale:
.....
.....

Eventuali contatti precedenti del bambino con altri Servizi (ospedalieri e territoriali):
.....
.....

5. INFORMAZIONI SULLA MADRE IN RELAZIONE AL BAMBINO

- La M. è molto in ansia per i disturbi del bambino
 - La M. sente ed esprime la difficoltà a gestire il bambino
 - La M. chiede spontaneamente un aiuto psicologico
 - La M. dichiara disponibilità alla proposta di un aiuto psicologico
 - Altro (specificare)
-
.....

EVENTUALI NOTE

.....
.....
.....
.....

Allegato 2. Referto NPI



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda USL di Bologna**

Dipartimento di Salute Mentale AREA NORD
UO di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva
Direttore: Marilisa Martelli
Tel. 051 4192441 - Fax 051 4192442



**Centro Clinico per la Prima Infanzia
Servizio per il bambino e i genitori**
P.zza 2 Agosto, 2 - 40013 Castel Maggiore
Tel. 051 4192444 - Fax 051 4192442
cprimainfanzia@ausl.bologna.it

Prot. n. _____

Castel Maggiore,

Alla c.a.

Pediatra dott.ssa

In riferimento alla segnalazione effettuata in merito al/la bambino/a
(nome e cognome del bambino) inviato/a all'Unità operativa di neuropsichiatria e psicologia dell'età
evolutiva - Centro clinico per la prima infanzia, dopo (n. incontri) incontri di valutazione
diagnostica, si ritiene opportuno procedere alla:

- PRESA IN CARICO PRESSO IL NOSTRO CENTRO:
 - con controlli periodici
 - con trattamento psicoterapico
 - ulteriori incontri di approfondimento con i genitori
 - Altro

- PRESA IN CARICO DEL SERVIZIO DI NPI TERRITORIALE CON TRATTAMENTO:
 - Psicoterapico
 - Logopedico
 - Fisioterapico
 - Altro

Note

Per eventuali ulteriori informazioni l'operatore di riferimento è la dott.ssa (tel. 051 4192444).

Il Referente clinico

La Responsabile dell'UO di NPEE

Dr.ssa

Dott.ssa Marilisa Martelli

4.3. Esempi di buone prassi

Buone prassi 1

Azienda USL: Azienda USL di Bologna - Casalecchio di Reno

Struttura organizzativa: Dipartimento Cure primarie

Titolo del progetto: **Percorso di collaborazione tra specialisti a livello locale secondo linee di indirizzo del progetto regionale "Psichiatria e medicina di base"**

Modalità di formalizzazione del progetto (es. delibera, protocollo, ecc.): protocollo percorso di miglioramento collaborazione

Responsabile del progetto: Anna Degli Esposti e Carlotta Gentili

Qualifica: pediatra di comunità, referente UO pediatria di comunità Distretto di Casalecchio di Reno, responsabile UONPEE Casalecchio di Reno

Strutture coinvolte: Pediatria di comunità, Pediatra di famiglia, NPEE

Professionalità Coinvolte: pediatri di comunità e di libera scelta, assistenti sanitarie, neuropsichiatri, fisioterapisti, psicomotricisti, logopedista, psicologi

Altre istituzioni / organizzazioni diverse dal SSR (es. associazioni, Scuola, Servizi sociali, Università, ecc.) che partecipano alla realizzazione del progetto: /

Eventuale finanziamento del progetto di Euro: /

Fonte del finanziamento: aziendale per ciò che concerne il pagamento della guardia medica per i pediatri di libera scelta coinvolti, Distretto di Casalecchio di Reno

Altro (specificare):

Data di avvio del progetto: aprile 2004

Durata: previsto anche per il 2005

Target: tutti i pediatri di LS del Distretto e i pediatri e assistenti sanitarie della Medicina di comunità del Distretto

Descrizione:

- A. Nell'ambito degli incontri periodici fra pediatri di comunità e pediatri di libera scelta (di regola mensili, al sabato mattina) sono inseriti incontri tematici con gli operatori della NPEE distrettuale (in media 3 all'anno). I temi sono scelti in base alla richiesta dei PLS e hanno lo scopo di far conoscere l'attività della NPEE, di individuare i punti critici nella collaborazione fra pediatri di famiglia, pediatri di comunità e NPEE, di attivare aree di miglioramento, di far conoscere i fattori di rischio e le opportunità di intervento precoce relative a disturbi di sviluppo e di relazione dei bambini. Sulla base delle richieste dei pediatri si è proceduto ad affrontare le modalità di collaborazione attuali e le aree di miglioramento prioritarie, ad illustrare le modalità di intervento nella NPEE, ad affrontare i fattori di rischio e gli indicatori precoci di disfunzione dell'area linguistica (comprendente gli aspetti sensoriali, cognitivi e psicologico-relazionali) e della funzione motoria e psicomotoria.

B. La discussione delle tematiche proposte ha dato nuovo impulso alla riattivazione (o attivazione), in alcuni ambiti territoriali, di incontri periodici che coinvolgono PLS, Pediatria di comunità e operatori della NPEE specificamente dedicati alla presa in carico congiunta dei pazienti (condivisione dei progetti in atto o da attuarsi, confronto clinico sui singoli casi).

Risultati attesi: invio più precoce e mirato (da parte dei PLS alla NPEE) dei bambini che presentano segnali di rischio, possibilità per i PLS di fornire una più precisa informazione alle famiglie sul significato dei diversi sintomi e sulle opportunità di intervento, possibilità di "sostenere" i genitori nel percorso diagnostico ed eventualmente terapeutico; possibilità di una collaborazione più costante fra i clinici sui casi inviati (oltre che sui pazienti con patologia cronica); miglioramento della comunicazione e conoscenza delle rispettive modalità di intervento ed obiettivi, fra gli operatori della NPEE e i PLS, anche per precoce individuazione e condivisione di eventuali problematiche emergenti.

Trasferibilità: possibile, soprattutto in quegli ambiti territoriali in cui coincidono il bacino d'utenza delle NPEE/ PdC e dei PLS

Buone prassi 2

Azienda USL: Azienda USL di Ravenna

Struttura organizzativa: UO NPIA (DSM)/UO pediatria (Dipartimento materno-infantile)

Titolo del progetto: **Procedura per la gestione delle urgenze psicopatologiche in età evolutiva**

Modalità di formalizzazione del progetto (es. delibera, protocollo, ecc.): procedura interdipartimentale

Responsabile del progetto: redazione/applicazione: direttori UO NPIA e UO pediatria; verifica/approvazione: direttori di Dipartimento; autorizzazione/delega: direttore sanitario d'Azienda

Strutture coinvolte:

- Unità operativa di neuropsichiatria infantile (UO NPI), Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Servizio PdC), Servizio di ricerca e consultazione per adolescenti (RISEA), Ambulatorio multidisciplinare per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) del Dipartimento di salute mentale (DSM)
- Unità operativa di pediatria del Presidio ospedaliero di Ravenna;
- Pronto soccorso dei Presidi ospedalieri di Faenza, Lugo e Ravenna;
- Consorzio dei Servizi sociali di Ravenna

Professionalità coinvolte: pediatra di libera scelta (PLS), medico di medicina generale (MMG), Pronto soccorso dei presidi ospedalieri, neuropsichiatra della UO NPI, psichiatra RISEA, psichiatra Ambulatorio multidisciplinare DCA

Altre istituzioni / organizzazioni diverse dal SSR (es. associazioni, Scuola, Servizi sociali, Università, ecc.) che partecipano alla realizzazione del progetto: Consorzio dei Servizi sociali di Ravenna

Eventuale finanziamento del progetto di Euro: /

Fonte del finanziamento: Isorisorse

Altro (specificare): gli unici eventuali costi aggiuntivi, relativi ad ore di supporto educativo assunte da cooperativa, sono imputate al *budget* del DSM

Data di avvio del progetto: giugno 2005

Durata: in corso, verifiche semestrali

Target: minori nella fascia d'età \leq a 17 anni

Descrizione:

Le urgenze psicopatologiche dell'età evolutiva, sebbene non gravate da elevata incidenza, pongono rilevanti problemi gestionali e la pronta attivazione di interventi multidisciplinari.

Le dimensioni del fenomeno sono circa 8/10.000 minori nella fascia d'età 13-18 (dati dell'Osservatorio epidemiologico regionale); la popolazione *target* corrispondente a questa fascia d'età è, nella provincia di Ravenna, di circa 25.000 adolescenti; sono pertanto prevedibili da 10 a 20 ricoveri l'anno.

La seguente procedura interdipartimentale propone la definizione di ruoli e competenze per offrire una soluzione, a livello aziendale, al problema delle urgenze psicopatologiche dell'età evolutiva (fascia d'età: ≤ 17 anni), qualora comportino interventi diagnostico-terapeutici in regime di ricovero.

Le finalità della presente procedura si riferiscono a:

- offrire una soluzione, a livello aziendale, al problema delle urgenze psicopatologiche dell'età evolutiva, specialmente nella fascia d'età adolescenziale;
- favorire la continuità assistenziale nei percorsi ospedale-territorio;
- ridurre la mobilità passiva per i disturbi psicopatologici gravi dell'adolescenza.

L'invio dei soggetti in situazioni di urgenza psicopatologica alla UO di pediatria del Presidio ospedaliero di Ravenna avviene secondo la seguente matrice di responsabilità.

Se l'inviante è ...

pediatra di libera scelta (PLS)*
medico di medicina generale (MMG)*
Pronto soccorso dei Presidi ospedalieri
neuropsichiatra della UO NPI

Il referente è ...

neuropsichiatra infantile referente del caso, laddove individuato; qualora il referente del caso sia uno psicologo o non sia individuato (soggetto sconosciuto alla UO NPI), si farà inizialmente riferimento al responsabile del Modulo organizzativo della UO NPI competente per territorio

psichiatra RISEA

psichiatra RISEA

psichiatra Ambulatorio multidisciplinare DCA
psichiatra Ambulatorio multidisciplinare DCA

Il referente (vedi matrice di responsabilità sopra riportata) dovrà:

- esprimere un primo giudizio diagnostico;
- valutare l'effettiva possibilità di gestire il ricovero presso il reparto pediatrico; tale valutazione dovrà essere particolarmente accurata nei casi di rischio suicidario e di agitazione psicomotoria;
- impostare il piano terapeutico, incluso il trattamento psicofarmacologico;
- concordare con il pediatra ospedaliero di guardia i controlli periodici da eseguire presso l'UO di pediatria.

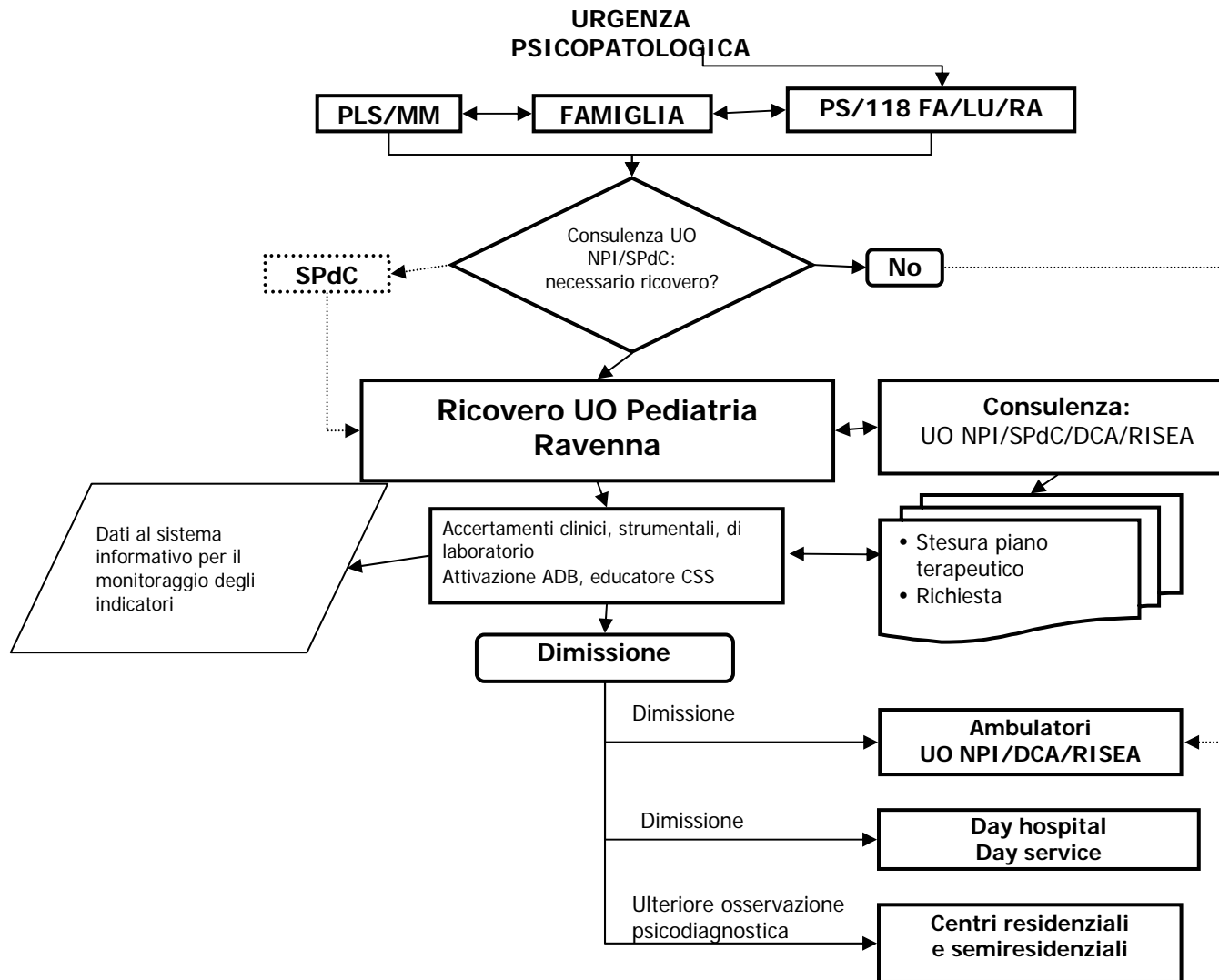
La consulenza in orario notturno, al sabato, alla domenica e nelle festività viene garantita dallo psichiatra di guardia (Servizio PdC).

Presso il reparto pediatrico è riservato un posto letto in una camera specificamente predisposta per garantire la sicurezza del minore. Tale camera deve consentire la permanenza di un familiare o di altra persona (legale tutore, OSS, educatore) per tutta la durata della degenza.

I pediatri concordano con i consulenti (neuropsichiatri infantili; psichiatri del RISEA o dell'Ambulatorio multidisciplinare DCA) gli interventi diagnostico-terapeutici ritenuti necessari. I consulenti garantiscono le consulenze medico-specialistiche, di volta in volta riportate nella cartella clinica di ricovero, e partecipano agli incontri con il personale medico e infermieristico del reparto pediatrico per la gestione del caso. Inoltre formulano il piano terapeutico e il programma di dimissione e prendono contatti con le strutture di accoglienza eventualmente individuate in vista della dimissione del minore ricoverato.

Laddove ritenuto necessario, gli psicologi della UO NPI contribuiscono alla definizione del profilo psicodiagnostico; per l'eventuale utilizzo di materiale testale si farà ricorso alla dotazione della stessa UO NPI.

I familiari del minore esprimono il consenso scritto al ricovero e firmano la nota informativa sulla privacy; entrambi questi documenti sono conservati nella cartella clinica di ricovero. Deve essere garantita la presenza di almeno un genitore per tutta la durata del ricovero, salvo i casi in cui questa sia specificamente controindicata. Qualora questa non sia possibile, oppure sia ritenuta inopportuna, i medici del reparto pediatrico richiedono la pronta attivazione di un supporto educativo. Al Consorzio dei Servizi sociali di Ravenna si domanda la disponibilità di un *pool* di educatori professionali, specificamente formati sulla gestione delle urgenze psicopatologiche, i quali partecipano all'intervento terapeutico con la supervisione dei neuropsichiatri o degli psichiatri, nonché degli psicologi qualora coinvolti nella gestione del caso.



Buone prassi 3

Azienda USL: Azienda USL di Bologna - Distretti della Pianura (Ovest - Est)

Struttura organizzativa: UO pediatrica di comunità - NPEE

Titolo del progetto: **Protocollo per segnalazioni scolastiche**

Modalità di formalizzazione del progetto (es. delibera, protocollo, ecc.): Protocollo

Responsabile del progetto: gli aggiornamenti del Protocollo sono stati curati dal dott. Minarelli (responsabile UO pediatria di comunità) e dal dott. Santi (responsabile UO NPI)

Qualifica: pediatra, neuropsichiatra

Strutture coinvolte: UO pediatrica di comunità - NPEE, Servizio sociale

Professionalità coinvolte: operatori delle tre Unità operative ed eventuali collaboratori

Altre istituzioni / organizzazioni diverse dal SSR (es. associazioni, Scuola, Servizi sociali, Università, ecc.) che partecipano alla realizzazione del progetto: scuola

Eventuale finanziamento del progetto di Euro: /

Fonte del finanziamento: aziendale

Altro (specificare):

Data di avvio del progetto: avviato alla fine degli anni '80 - inizio anni '90, nel tempo ha avuto solo aggiornamenti

Durata: tutt'ora in corso

Target: si rivolge alla tutela dei minori della fascia 0-17 anni scolarizzati o con difficoltà scolastiche o comportamentali. Indica una metodologia di lavoro tra servizi sanitari e scuole.

Descrizione:

Le Unità operative di pediatria di comunità, neuropsichiatria dell'età evolutiva e il Servizio sociale Area minori dell'Azienda USL di Bologna della Pianura Est - Ovest, allo scopo di meglio integrare le rispettive competenze, facilitare la circolazione delle informazioni (pur nel rispetto delle dovute riservatezze) e fornire una più rapida ed efficace risposta alle famiglie e alle istituzioni scolastiche, seguono questo protocollo operativo da applicarsi quando docenti o educatori avvertono la necessità di rivolgersi ai Servizi socio-sanitari segnalando un minore in difficoltà.

Prima fase. Segnalazione

Il Dirigente scolastico, utilizzando l'apposita scheda di segnalazione che illustra le problematiche di un bambino scolarizzato ed esplicita l'effettiva disponibilità della famiglia all'intervento dei Servizi territoriali, presenta la propria richiesta di consulenza al pediatra di comunità.

Seconda fase. Valutazione del pediatra di comunità

Il pediatra di comunità svolge una funzione di filtro nei confronti delle segnalazioni verificandone la coerenza con le competenze dei Servizi socio-sanitari.

A seconda delle situazioni valuta l'opportunità di prendere contatti ed incontrare oltre ai famigliari anche gli insegnanti, o il pediatra curante che possano, attraverso contatti già avviati, facilitare una migliore conoscenza del quadro complessivo.

Completato l'*iter* di verifica, il pediatra di comunità comunica con l'apposito modulo al Dirigente scolastico che ha inviato la segnalazione l'effettivo riscontro di problematiche socio-sanitarie, e il Servizio a cui è stato inviato il minore in quanto più pertinente ad assumere la presa in carico. Contemporaneamente invia al responsabile dell'UO individuata per la presa in carico copia della segnalazione inerente al bambino e inviata dalla scuola unitamente alle risultanze delle proprie osservazioni.

Nel caso invece ritenga più adeguato non procedere ad invii o seguire un percorso diverso, indicherà nello stesso modulo alle voci previste le decisioni comunque prese o le procedure alternative seguite.

Terza fase. Presa in carico

L'UO che riceve la segnalazione e la relazione della Pediatria di comunità, dopo la propria valutazione, provvede ad informare la scuola dell'avvenuta presa in carico con il modulo predisposto.

Si specifica che il "referente del caso" è l'operatore che, al di là della sua partecipazione al progetto terapeutico riabilitativo specifico per il minore segnalato, ne conosce globalmente finalità ed evoluzione, ed è in grado di tenere i collegamenti per favorire la comunicazione con la scuola, la famiglia ed altri servizi coinvolti avvalendosi, se lo ritiene opportuno, di altri operatori o di personale non strutturato come privati o volontari che possano creare un collegamento con la realtà propria di ogni singolo caso e/o costituire essi stessi risorse operative per arricchire o completare, all'occorrenza, l'intervento terapeutico riabilitativo.

Una volta preso contatto con la famiglia, qualora si manifesti da parte della stessa una indisponibilità al trattamento, il Servizio che cura la presa in carico ne darà notizia, in primo luogo, alla scuola e alla Pediatria di comunità ed eventualmente ad altri servizi coinvolti nel caso, allo scopo di elaborare ulteriori modalità di coinvolgimento.

Per un coordinamento sempre più collaborativo e funzionale e una verifica di efficacia degli interventi gli operatori delle UO interessate effettuano incontri programmati sul caso alla presenza del responsabile dei Servizi.

Buone prassi 4

Azienda USL: Azienda USL Bologna Città

Struttura organizzativa: NPI Bologna, Comune di Bologna - Quartiere Navile

Titolo del progetto: **Anni magici**

Modalità di formalizzazione del progetto (es. delibera, protocollo, ecc.):

Strutture coinvolte: Servizio di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva, componenti del Comune (pedagogiste e operatori del Centro per le famiglie), Quartiere Navile di Bologna

Professionalità coinvolte: pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili, psicologi, pedagogiste, terapeuta della riabilitazione (per l'accoglienza delle richieste), operatore del Centro delle famiglie

Altre istituzioni / organizzazioni diverse dal SSR (es. associazioni, Scuola, Servizi sociali, Università, ecc.) che partecipano alla realizzazione del progetto:

Componenti del Comune (pedagogiste e operatori del Centro per le Famiglie)

Durata: inizio nel 1996, ancora in corso

Descrizione:

Questo Servizio si propone di accogliere, in un ambiente appositamente pensato e allestito per i genitori e i bambini in età pre-scolare, per ascoltarli e aiutarli nel loro naturale ed indispensabile bisogno di capire le emozioni e i cambiamenti che accompagnano la crescita del loro bambino e, qualora fosse necessario, predisporre risposte terapeutiche adeguate.

Il Servizio si avvale di un *team* tecnico costituito dai seguenti operatori:

- pediatra
- psicologo
- neuropsichiatra
- pedagogiste
- operatori del Centro per le famiglie
- terapeuta della riabilitazione

Il ciclo operativo prende l'avvio dalle attività di informazione sul Servizio e sulle problematiche attinenti svolte dai componenti dell'*équipe*.

L'informazione prevede:

- l'organizzazione di iniziative promozionali rivolte ad operatori sia dei servizi educativi che dei servizi sanitari,
- la distribuzione a livello di Quartiere delle procedure illustrative del Servizio,

- la collaborazione dei pediatri di base che informano i genitori dell'opportunità rappresentata da Anni magici,
- il passaparola tra i genitori.

La fase dell'accoglienza dei genitori ha inizio fin dal momento del primo contatto telefonico; segue il primo incontro nel quale viene proposta loro la richiesta di compilare una scheda elaborata dal gruppo di lavoro che raccoglie alcune informazioni di carattere socio-anagrafico sui componenti del nucleo familiare.

Le consultazioni si effettuano nei giorni e orari stabiliti.

Ogni due settimane è prevista una riunione del *team* tecnico per la discussione clinica dei casi.

Sono previsti inoltre incontri periodici con i pediatri di base.

Nell'ambito del progetto sono stati organizzati cicli di conversazione con gruppi di genitori su tematiche inerenti la prima infanzia.

Buone prassi 5

Azienda USL: Bologna Area Nord

Struttura organizzativa: Unità operativa di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva e Divisione di pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio

Titolo del progetto: **Progetto per bambini *small for gestional age* (= SGA)**

Modalità di formalizzazione del progetto (es. delibera, protocollo, ecc.): protocollo d'intesa tra l'Unità operativa di neuropsichiatria dell'età evolutiva (NPEE) e la Divisione di pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio

Strutture coinvolte: Servizio di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva, Divisione pediatrica dell'Ospedale di Bentivoglio e Centro clinico per la prima infanzia

Professionalità coinvolte: medici del Pronto soccorso pediatrico, pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili, psicologi

Altre istituzioni / organizzazioni diverse dal SSR (es. associazioni, Scuola, Servizi sociali, Università, ecc.) che partecipano alla realizzazione del progetto: Centro clinico per la prima infanzia (struttura a valenza provinciale)

Durata: inizio nel 1994

Descrizione:

Il progetto nasce da una collaborazione avviata nel 1994 nell'ex Azienda USL di Bologna Nord tra l'UO di pediatria dell'Ospedale Bentivoglio e il Servizio di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva (NPEE).

Tale progetto vede coinvolto anche il Centro clinico per la prima infanzia, Servizio creato all'interno dell'UO di NPEE; presso il Centro sono state effettuate le valutazioni dello sviluppo globale e le visite pediatriche dei bambini del presente studio: Pre-termine e piccoli per età gestazionale (*Small for Gestational Age* = SGA).

Questo lavoro si è svolto secondo criteri di interdisciplinarietà realizzando un "modello di rete" tra territorio e ospedale.

La ricerca coinvolge nello specifico una struttura a valenza provinciale, il Centro per la prima infanzia, nella quale sono state condotte tutte le valutazioni dei bambini presi in esame.

Il gruppo di lavoro interdisciplinare e trasversale a tre Servizi è composto da un neuropsichiatra infantile, operante nel territorio e consulente presso l'Ospedale, da due pediatri ospedalieri e da una psicologa del Centro.

Il protocollo di ricerca intende valutare lo sviluppo psicofisico di due gruppi di soggetti: 18 bambini prematuri e 5 bambini piccoli per l'età gestazionale.

Scopo della ricerca è valutare lo sviluppo psicofisico della popolazione in oggetto, monitorarlo e correlarlo con i dati clinici (studio dell'interazione tra fattori biologici e sviluppo).

La valutazione è stata condotta secondo il seguente protocollo diagnostico: l'applicazione delle scale Bayley (BSID-II: *Bayley Scales of Infant Development*, 1993) per la valutazione dello sviluppo psicomotorio; la *Symptom Check List* (SCL, Robert-Tissot, 1989) per la valutazione sintomatologica; le scale Laicardi di valutazione comportamentale (1998).

Durante l'esecuzione dei test è stata utilizzata la videoregistrazione, previo consenso della famiglia, metodica divenuta ormai fondamentale nella attività clinica.

Lo studio è di tipo longitudinale e prevede due fasi: nella prima il protocollo diagnostico è applicato a 3, 6, 9 e 12 mesi (le scale Laicardi solo a 3 e 6 mesi), cui segue una seconda fase con *follow up* a 24, 36, 48 e 60 mesi.

Attualmente si è in grado di rilevare alcuni dati preliminari relativi alla prima fase del lavoro, che consentono alcune riflessioni in attesa di conferma successiva al completamento della ricerca.

I risultati preliminari mettono in evidenza:

- una maggiore compromissione dello sviluppo psicomotorio, già a partire dai tre mesi di età, dei bambini piccoli per l'età gestazionale rispetto ai bambini prematuri;
- l'indice di sviluppo mentale (MDI) per i bambini SGA tende ad essere in relazione con l'andamento del peso del bambino alla nascita;
- la SCL rileva una compromissione nelle aree comportamentale e psicosomatica, sia per i pre-termine che per gli SGA;
- la qualità dell'interazione genitore-bambino, valutata dai genitori con le SVC-24, sia come contatto facciale-oculare, sia in un contesto di cura, tende a non essere in relazione allo sviluppo cognitivo e motorio, valutato con le Scale Bayley, quindi ad avere un suo andamento autonomo;
- la valutazione dello sviluppo cognitivo, fatta dai genitori dei bambini prematuri e piccoli per l'età gestazionale, a 3 e 6 mesi, con le SVC-24, ha permesso di individuare una relazione con lo sviluppo mentale e motorio fatto con le scale Bayley a 9 e 12 mesi, sottolineando il loro alto valore predittivo.

Buone prassi 6

Azienda USL: Azienda USL di Bologna - Area Nord

Struttura organizzativa: Unità operativa di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva e Divisione di pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio

Responsabile del progetto: dott. Santi

Qualifica: Neuropsichiatria infantile

Titolo del progetto:

1. Consulenze presso il reparto

2. Consulenza con carattere di urgenza/emergenza presso il Pronto soccorso pediatrico e il Pronto soccorso generale

Modalità di formalizzazione del progetto (es. delibera, protocollo, ecc.): protocollo d'intesa tra l'Unità operativa di neuropsichiatria dell'età evolutiva (NPEE) e la Divisione di pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio

Strutture coinvolte: Servizio di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva e Divisione di pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio

Professionalità coinvolte: pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta, neuropsichiatri infantili

Durata: inizio nel 1994, ancora in corso

Descrizione:

Il presente protocollo ha lo scopo di dare continuità ai rapporti tra l'Unità operativa di NPEE e la Divisione di pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio. La collaborazione tra i due Servizi ha avuto infatti inizio nel 1994 con consulenze a cadenza periodica, effettuate da un neuropsichiatra infantile presso la Divisione e che attualmente riguardano gli accessi al Pronto soccorso pediatrico e al Pronto soccorso generale.

1. Consulenze presso il reparto

Le consulenze effettuate presso la Divisione di pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio vengono concordate con il primario e calendardizzate. Vengono effettuate presso il reparto o gli ambulatori pediatrici.

Vengono inoltre effettuate consulenze con carattere di urgenza. Si sottolinea come la consulenza richieda un ambiente idoneo che consenta una sufficiente tranquillità e garantisca la *privacy* del colloquio clinico con il bambino o l'adolescente, e con la famiglia.

Effettuata la consulenza, è compito del consulente neuropsichiatra:

- redigere la consulenza per iscritto indicando l'orientamento diagnostico e il progetto terapeutico più idoneo, dopo averlo concordato con la famiglia del minore;

- riferire al medico di reparto sul contenuto della consulenza e creare, quando necessario, connessioni tra i medici del reparto e i colleghi neuropsichiatri dell'UO di neuropsichiatria, nel caso in cui il paziente venga inviato al Servizio del territorio di residenza.

2. Consulenza con carattere di urgenza/emergenza presso il Pronto soccorso pediatrico

Il medico di Pronto soccorso pediatrico contatta direttamente il consulente neuropsichiatria infantile negli orari e nelle giornate in cui il Servizio è operativo (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00), che attiva la consulenza, con tempi e modalità concordate con il medico del Pronto soccorso.

Nei giorni e orari non indicati, viene attivato il CSM (Centro salute mentale) o il Servizio di pediatria di comunità secondo protocollo del Dipartimento di salute mentale con il Presidio ospedaliero.

Il consulente neuropsichiatra decide con il pediatra del Pronto soccorso il progetto terapeutico, comunicandolo ai genitori.

Buone prassi 7

Azienda: Azienda USL di Imola

Titolo del progetto: **Progetto di integrazione fra NPIA e Pediatria per l'utenza 0-6 anni**

Modalità di formalizzazione del progetto: procedura interdipartimentale.

Responsabile del progetto: Giovanni Mascolo

Qualifica: pediatra ospedaliero

Strutture coinvolte: UO di pediatria e neonatologia, UO di neuropsichiatria infantile, Dipartimento di salute mentale, Pediatria di comunità, Pediatria di base, Consultorio familiare, Consorzio servizi sociali.

Professionalità coinvolte: pediatri ospedalieri, neuropsichiatri infantili, pediatri di famiglia, pediatri di comunità, psichiatri, psicologhe, assistenti sociali, infermieri professionali con competenza pediatrica.

Altre Istituzioni: scuola, famiglia, Magistratura, Forze dell'Ordine, Comune

Costo del progetto: € 1.000,00

Finanziamento del progetto: donazioni oppure contributi da Istituzioni

Durata: in corso

Target: popolazione infantile della fascia di età 0-6 anni

Descrizione:

Offrire una soluzione procedurale per i pazienti affetti da patologia neuropsichica con età 0-6 anni, favorendo l'integrazione tra Unità operative appartenenti ad articolazioni diverse (Presidio ospedaliero, Distretto, DSM, ecc.) mediante un miglioramento della continuità assistenziale; inoltre, il progetto mira, attraverso la definizione di percorsi convenuti, ad ottimizzare i rapporti tra istituzioni, sanitarie e non.

L'obiettivo è quello di evitare l'ospedalizzazione dei piccoli pazienti con patologia neuropsichica, perché la struttura ospedaliera non è in grado di assisterli adeguatamente. Spesso l'ospedalizzazione è l'unica strada percorribile perché offre una disponibilità h 24: in qualsiasi momento di un qualsiasi giorno gli operatori sanitari (ma anche quelli non sanitari) possono fare riferimento alla UO di pediatria ospedaliera; ma l'ospedalizzazione non è funzionale (difficilmente il quadro clinico di tali pazienti migliora con la degenza ospedaliera), non è appropriata (nella gran parte delle strutture ospedaliere non operano NPI ma solo pediatri, e tra questi in alcuni casi c'è qualcuno con competenza neurologica; inoltre il personale infermieristico non è in possesso delle competenze professionali specifiche per bambini con patologia neuropsichica), non è economica (perché le risorse umane eventualmente utilizzate potrebbero essere impiegate con maggiore profitto nell'assistenza ad altra tipologia di pazienti).

Il progetto riguarda tutti i pazienti affetti da patologia neuropsichica di età 0-6 anni, indipendentemente dal grado di criticità: casi urgenti, casi differibili, e soprattutto casi *border line*, in cui solo un approccio multidisciplinare integrato permette di giungere alla soluzione operativa ottimale.

In pratica si vuole definire non solo uno strumento operativo procedurale, ma anche e soprattutto un sistema integrato di competenze professionali, in cui tutti gli operatori con pari dignità si possano riconoscere oppure trovare un valido ausilio nei casi più problematici.

Da questo punto di vista è importante che la procedura riceva il massimo di diffusione (per esempio, citata nella Carta dei servizi) e che veda coinvolte attivamente le Istituzioni non sanitarie.

Nell'Azienda USL di Imola è già attivo un Protocollo operativo riguardante la dimissione e l'assistenza del neonato a rischio; inoltre, è in via di ufficializzazione il Protocollo riguardante l'età adolescenziale. Il Progetto 0-6 anni rappresenta l'ampliamento/completamento di queste esperienze ormai definite.

Tipologia di pazienti:

- *follow up* neonati a rischio
- *follow up* neonati malformati o affetti da malattia rara (diagnosi prenatale)
- diagnosi e *follow up* di pazienti con ritardo del linguaggio
- diagnosi e *follow up* di pazienti con ritardo psiconeuromotorio evidenziatosi in epoca postatale e comunque in assenza di eventi patologici perinatali (anamnesi perinatale negativa)
- diagnosi e *follow up* di pazienti con diagnosi di malattia rara, diagnosticata in epoca postatale
- diagnosi e *follow up* di pazienti con ritardo mentale
- diagnosi e *follow up* di pazienti con turbe comportamentali e malattie neuropsichiche (iperattività e deficit dell'attenzione, sindromi ticcose, autismo, ...)

Quindi una prima distinzione da fare è quella tra bambini in cui la diagnosi di certezza o l'ipotesi diagnostica vengano fatte alla nascita (e quindi in sede ospedaliera) e bambini in cui le problematiche si siano evidenziate durante le prime fasi dello sviluppo (e pertanto nell'ambito dei controlli di salute effettuati dal pediatra di famiglia).

Nel 1° caso l'iniziativa deve partire dal pediatra neonatologo ospedaliero, che sin dall'inizio provvederà a coinvolgere il PdF e il neuropsichiatria infantile.

Nel 2° caso l'*iter* verrà avviato dal PdF, con coinvolgimento del pediatra ospedaliero solo se necessario (per esempio nei casi in cui sia indispensabile effettuare indagini diagnostiche e/o consulenze specialistiche in ospedale).

In pratica si vengono a ipotizzare 2 possibilità:

A. Diagnosi (o ipotesi diagnostica)¹⁶ in epoca neonatale

Il pediatra neonatologo dell'ospedale, già durante la degenza, appena definita la diagnosi ed eventualmente sciolta la prognosi, provvede ad informare il pediatra di famiglia e a contattare il neuropsichiatra di riferimento.

Si viene così a formalizzare (anche se senza una vera e propria ufficializzazione, che richiederebbe tempi più lunghi) un piano assistenziale post-ricovero.

Nell'imminenza della dimissione dall'ospedale, il piano assistenziale si concretizza a seconda dei casi in:

- dimissione protetta (quindi con il coinvolgimento dell'assistenza domiciliare): in realtà si tratta di una minoranza di casi;
- dimissione concordata: in tal caso è già definito il percorso successivo, con tutte le tappe di *follow up* (data, luogo, specialista), ma il bimbo viene affidato alle cure del pediatra di famiglia, che provvederà a coordinare le varie figure specialistiche coinvolte.

B. Diagnosi (o ipotesi diagnostica) definita in epoca post-natale dopo indagini eseguite in ospedale (ricovero ordinario, *day hospital*, ambulatorio) su sollecitazione del pediatra di famiglia oppure dopo un accesso in urgenza

In questo caso, anche se la diagnosi venisse posta in ospedale, il ruolo di coordinatore spetta al pediatra di famiglia, sia nel caso il bambino sia stato inviato alla struttura ospedaliera per consulto o indagini, sia nel caso il bambino sia giunto all'osservazione del pediatra ospedaliero attraverso il Pronto soccorso.

Ovviamente, dal confronto e dalla collaborazione tra pediatra ospedaliero e PdF si verrà a delineare la priorità: il Servizio di NPI, contattato telefonicamente (e in casi particolari consultato direttamente), fornirà le coordinate per un primo approccio tempestivo e relativo *follow up* specifico.

In entrambe le condizioni A e B sarebbe opportuno che la struttura ospedaliera identificasse il pediatra ospedaliero di riferimento, che per ovvi motivi non potrà essere insostituibile: potrebbe avvicinarsi con altro collega utilizzando la cartella di ricovero come strumento informativo oppure essere sostituito da altro collega competente, qualora emergessero problematiche specialistiche specifiche (gastroenterologiche, neurologiche, endocrinologiche, broncopneumologiche, ...).

¹⁶ Talvolta solo il *follow up* permette di definire con certezza la diagnosi.

Buone prassi 8

Azienda USL: Azienda USL di Modena

Struttura organizzativa: Settore di NPI AUSL di Modena, Settore di pediatria di comunità AUSL di Modena

Titolo del progetto: **Assistenza integrata ai bambini con Sindrome di Down**

Modalità di formalizzazione del progetto (es. delibera, protocollo, ecc.): protocollo

Responsabile del progetto: M.C. Cornia, M. Gibertoni, E. Gramazio, L. Meschiari, O. Biagioni

Qualifica:

Strutture coinvolte: Settore di NPI AUSL di Modena, Settore di pediatria di comunità AUSL di Modena

Professionalità coinvolte: neuropsichiatra infantile, psicologa, pediatra, educatrice, logopedista.

Presso il Centro Torrenova si ha la collaborazione di oculista, otorino, ortopedico.

Altri specialisti sono disponibili presso il Policlinico (es. radiologo, endocrinologo, dermatologo, odontoiatra, cardiologo, ecc.)

Altre istituzioni / organizzazioni diverse dal SSR (es. associazioni, Scuola, Servizi sociali, Università, ecc.) che partecipano alla realizzazione del progetto: /

Eventuale finanziamento del progetto di Euro: /

Fonte del finanziamento:

Altro (specificare):

Data di avvio del progetto: 1993

Durata: in corso

Target: bambini con Sindrome di Down

Descrizione:

L'obiettivo del progetto sia dalla sua nascita è quello di ottenere una valutazione e una progettazione negli interventi in un'ottica bio-psico-sociale nei bambini con Sindrome di Down, orientando le attività su due versanti: il monitoraggio degli aspetti dello sviluppo psicologico, cognitivo, delle abilità adattive, e la valutazione degli aspetti auxologici e della salute da un punto di vista pediatrico.

Si è creata pertanto nel territorio modenese una rete integrata di varie figure professionali che sono a vario titolo coinvolte nella gestione assistenziale del bambino con Sindrome di Down.

La valutazione congiunta del bambino avviene nel presidio di NPI di via Cardarelli, ogni giovedì, secondo la seguente modalità: due volte all'anno per i bambini di età inferiore a 6 anni e una volta all'anno per quelli di età superiore ai 6 anni. Agli incontri sono invitati

gli operatori sanitari della NPI di Distretto e la famiglia che, se lo desidera, può invitare a sua volta il personale insegnante.

L'osservazione da parte degli operatori del Centro afferenti alla NPI (medico NPI, psicologo, logopedista, educatore, ecc.) tiene presenti la valutazione del funzionamento cognitivo, la valutazione delle capacità e delle modalità comunicative con particolare riguardo allo sviluppo del linguaggio, la rilevazione delle autonomie personali.

Il ruolo del pediatra in questo progetto assistenziale è molto particolare e si esplica in vari ambiti.

- Il primo è quello del contatto precoce con la famiglia del bambino che nasce presso il Policlinico e riferimento per le segnalazioni dai punti nascita provinciali. È importante sottolineare l'importanza di una comunicazione adeguata alla nascita con entrambi i genitori del bambino con l'offerta di informazioni sui servizi che li aiuteranno nelle fasi successive alla dimissione dall'ospedale. Il momento della prima informazione si va ad inserire in un percorso che prevede più tappe e diversi attori, e che si dispiega nel tempo. Si ricerca un'attenta accoglienza che vuole attenuare, per quanto possibile, il senso di disorientamento, di angoscia e di incertezza rivolta al futuro che accompagna l'informazione di un *handicap*.
- Il secondo è quello del raccordo con il Centro presso il quale avviene la valutazione pediatrica con particolare attenzione alla valutazione auxologica secondo le griglie dei percentili predisposte appositamente per i bambini Down.
- Il terzo è quello di coordinamento delle varie prestazioni specialistiche e della programmazione degli accertamenti ematochimici periodici con il ritorno delle informazioni alla famiglia e ai pediatri di libera scelta. Quest'ultimo punto è particolarmente gradito alle famiglie e ai pediatri curanti dei bambini, che si vedono così sgravati da un notevole carico assistenziale.

L'obiettivo del lavoro al Centro Down di via Cardarelli ha riguardato sempre la valutazione clinica utilizzando test, scale di sviluppo, osservazioni strutturate o di attività libere. Particolare sforzo è stato diretto all'osservazione delle competenze che il bambino esprimeva in autonomia. Si è cercato sempre di evidenziare le aree di sviluppo prossimale nelle quali il bambino raggiungeva il successo in modo parziale o grazie all'aiuto prestatogli. L'individuazione di *decalage* o di competenze emergenti è stata preziosa per poter contribuire alla programmazione di interventi abilitativi.

L'osservazione non è considerata fine a se stessa ma si va ad inserire in un percorso di lavoro che viene compiuto nelle diverse *équipe*.

Possibili obiettivi di miglioramento per il presente progetto potrebbero essere un maggiore coinvolgimento delle *équipe* distrettuali e una refertazione scritta al termine della valutazione congiunta.

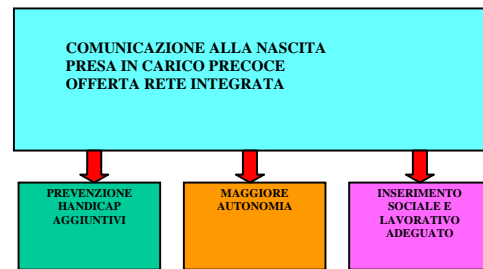
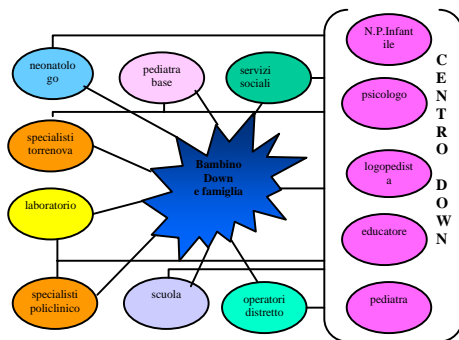
GRUPPO DOWN

Il Centro Down nasce nel 1993 presso il Presidio di neuropsichiatria infantile dell'ASL di Modena che è situato in via Cardarelli. Gli interventi del Centro svolti da allora ad oggi non sostituiscono quelli in atto sul territorio ma hanno avuto il compito di offrire sia una puntuale valutazione pediatrica, neuro psicologica e cognitiva, sia un raccordo multidisciplinare che tenga in conto e valorizzi la presa in carico del pediatra e del servizio di NPI e si colleghi con le figure degli specialisti che di norma sono di riferimento per questa sindrome (cardiologo, oculista, radiologo, endocrinologo, genetista, ecc.).

Il primo compito del Centro è stato quello di approntare una cartella clinica ed un protocollo di sorveglianza che possa servire a valutare lo sviluppo del bambino e le diverse patologie eventualmente collegate.

Il Centro, fin dalla nascita, è stato in contatto ed in raccordo con le associazioni delle famiglie delle persone Down ed ha avuto momenti di confronto con gli altri centri Down nati nel contempo in Regione. Gli operatori sanitari che intervengono nel Centro di via Cardarelli sono una pediatra, una neuropsichiatra infantile, una psicologa, una logopedista e una educatrice; il raccordo con gli altri sanitari si estende al Centro Torrenova per la specialistica pediatrica, al Policlinico ove operano altri specialisti e al Centro prelievi del Poliambulatorio.

Un altro aspetto ritenuto importante è il momento della prima diagnosi e del rapporto con le famiglie fin dai Centri nascita. La pediatra presente al Centro è una neonatologa operante presso il Policlinico di Modena ed è quindi la professionista più idonea a fornire le informazioni e il sostegno necessario alla famiglia e a consigliare l'invio ai centri NPI territoriali; gli altri professionisti operano tutti nel Servizio di neuropsichiatria infantile dell'AUSL di Modena.



Il Centro articola attualmente i propri interventi a seconda dell'età del bambino: 2 valutazioni l'anno per i bambini fino a sei anni, 1 valutazione l'anno per quelli di età superiore. Dal 1993 ad oggi sono stati conosciuti 68 bambini e, di questi, 46 sono stati seguiti regolarmente fino ad ora.

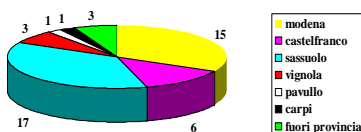
CASISTICA

- Dal 1993 ad oggi sono stati valutati 68 bambini
- seguiti con regolarità 46 casi
- dimessi 22 casi

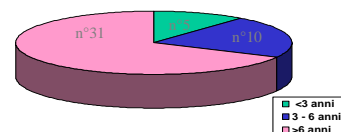
DIMISSIONI



DISTRETTO DI APPARTENENZA



DISTRIBUZIONE PER ETÀ



Ogni visita si compone di un incontro della pediatra con la famiglia e il bambino per la valutazione pediatrica ed auxologica che tiene conto anche dei referti degli altri specialisti sanitari che operano a favore del bambino. Le diverse figure della NPI propongono al bambino le prove previste dal protocollo di lavoro per la valutazione cognitiva e neuropsicologica con particolare riferimento agli aspetti comunicativi e linguistici. Viene poi fatta una osservazione sul comportamento, le modalità di relazione e lo sviluppo delle autonomie in rapporto all'età. Tale osservazione, che si svolge in una stanza con specchio unidirezionale, può essere vista dagli operatori NPI territoriali, che sono sempre invitati e quindi sono attori attivi del lavoro svolto, ed, eventualmente, dagli insegnanti che operano sul bambino. Al termine delle singole valutazioni tutti gli operatori del Centro e le persone che hanno assistito alle prove si incontrano per un confronto ed una sintesi su quanto è stato visto e valutato.

È in questo momento che il raccordo tra gli specialisti del Centro Down e dei servizi territoriali, la famiglia e la scuola, se è presente, trova un suo compimento e il bambino può essere descritto in modo complesso e quindi più completo.

PROTOCOLLO

- VALUTAZIONE SVILUPPO neuromotorio, linguistico, neuropsicologico, cognitivo e autonomie
- VALUTAZIONE pediatrica e auxologica
- VISITE SPECIALISTICHE (otorinolaringoiatrica, oculistica, ortopedica, ecc.)
- CONTROLLO ESAMI LABORATORIO (*routine*, funzionalità tiroidea)
- ALTRI ACCERTAMENTI (ECG, ecocardiografia, ecc.)

CENTRO DOWN

Via Cardarelli 43 - Modena

Giovedì ore 9.00-13.00

Tel. 059 2134450

dott.ssa O. Biagioni

dott.ssa M. Gibertoni

dott.ssa M.C. Cornia

educatrice E. Gramazio

logopedista L. Meschiari

4.3.1. Suggestioni operativi per buone prassi

Esiste un'attività specifica di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria di libera scelta, Pediatria ospedaliera o Pediatria di comunità?

Di seguito si riportano le segnalazioni più significative di attività integrate svolte presso le Aziende USL della Regione, dedotte dalle risposte alla domanda sopra indicata.

Azienda USL di Piacenza

NPI

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e PLS: standard di prodotto in comune:

- invio e segnalazione
- percorso minori con patologia cronica

Esiste un'attività specifica di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria ospedaliera:

- progetto speciale in comune su - percorso riabilitativo minori con patologia cronica

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria di comunità:

- programmazione annuale in comune sulle attività nelle collettività infantili
- percorso riabilitativo minori con patologia cronica

Esiste un'attività di consulenza/collaborazione specialistica:

- collegamento strutturato della PdC con Centro 2° livello audiofonologico e Centro 2° livello fisiatrico

PdC

Distretto Urbano

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di formazione - protocolli operativi, indagini e promozione all'allattamento al seno; i pediatri di comunità e gli assistenti sanitari partecipano regolarmente alla formazione proposta per l'UO NPEE.

Ospedale di Fiorenzuola

Consulenti NPI e/o l'UO di PEA per invio del paziente o l'ambulatorio NPEE.

Azienda USL di Parma

NPI

Esiste un'attività specifica di collegamento tra neuropsichiatria e pediatra ospedaliero:

- con la neonatologia si seguono *follow up* grandi pre-termine (allegato: Protocollo di valutazione neurocognitiva del nato pre-termine)

Esiste un'attività di consulenza/collaborazione specialistica:

- viene proposta una griglia sugli indicatori di rischio dello sviluppo (allegato: Schema degli indicatori di patologia dello sviluppo neuropsichico in età pediatrica)

Azienda USL di Reggio Emilia

NPI

Distretto di Reggio Emilia

Esistono attività specifiche di collegamento Neuropsichiatria e PLS, PO e PdC:

- da circa 2 mesi è stato deliberato il Programma materno-infantile aziendale
- si è di recente attivato un accordo a livello aziendale per l'utilizzo della CHAT come strumento di screening per autismo;
- è stata attivata l'UVP a cui partecipa anche la NPI per casi gravi su cui viene attivato un progetto di ADI

Distretto di Scandiano

Esistono attività specifiche di collegamento tra neuropsichiatria e PLS:

- recente accordo per CHAT (screening DGS e autismo)
- collaborazione sui gravi nei gruppi ADI; aggiornamento comune sull'ADI; incontri discussione casi

PdC

Distretto di Reggio Emilia

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPPE, sono state accennate attività di:

- presa in carica condivisa in presenza di malattie croniche
- incontri periodici Unità di valutazione pediatrica per presa in carico di malati cronici
- consultazione telefonica e ambulatoriale; visite domiciliari; prossima apertura spazio mamma bambino

Distretto di Correggio

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di:

- presa in carica condivisa in presenza di malattie croniche
- ambulatorio - puerperio Spazio mamma e bambino gestito dall'UO salute donna e infanzia; attività ambulatoriale/consultorio telefonico/attività domiciliare

Distretto di Montecchio

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di:

- presa in carico condivisa in presenza di malattie croniche e corsi *post partum*, spazio allattamento gestito da ostetriche con supporto del pediatra di comunità, visite domiciliari su richiesta, incontri sulla genitorialità

Azienda USL di Modena

NPI

Modena Città

- collegamento con la Neonatologia tramite la partecipazione di una fisioterapista della NPEE all'ambulatorio di *follow up* della Neonatologia e visite in reparto; incontri periodici tra NPI e i pediatri della Neonatologia
- contatti e incontri con PLS e pediatri di comunità al bisogno
- esiste da 10 anni a Modena Centro il Progetto Down che stabilisce un percorso di diagnosi e presa in carico globale di tutti i bambini con Sindrome di Down nati presso il Policlinico. Prevede la collaborazione fra Pediatria neonatologa, NPI, educatori, medici specialisti, pediatri di comunità. Segue oltre 100 bambini con soddisfazione delle famiglie. È in preparazione il Percorso integrato disabilità per il corretto passaggio da ospedale a servizi (collaborazione fra Pediatria e Policlinico).

Carpi

- percorso integrato con reparto di Pediatria - Progetto
- progetto obiettivo 1999-2000 sull'integrazione NPEE - PLS
- progetto obiettivo anno 2000
- modulo per informazioni sulla presa in carico da parte della NPEE al pediatra (consegnata alle famiglie)
- azioni di coordinamento PLS e Divisione pediatria
- formazione comune con PLS - Divisione pediatria - PdC attivata dalla NPEE
- obiettivi anno 2001 su collaborazione (per dimissioni e consulenze)
- azioni e obiettivi 2002-2003

La formazione comune attuata nel 2003 è stata preceduta negli anni precedenti da altri eventi formativi:

- incontro con i PLS su indicatori di rischio nella valutazione precoce dei DL e DA
- incontri sulla organizzazione della NPEE
- incontro con operatori neonatologia

Modena Sud (Pavullo, Sassuolo, Vignola)

In tutta l'Area Sud sono state formalizzate e rese attive le UPD (Unità pediatriche di Distretto) che prevedono al loro interno la partecipazione attiva delle NPI assieme ai PLS e alla Pediatria di comunità: i responsabili della Pediatria di comunità di Sassuolo e Pavullo (Distretti dove si trovano anche reparti ospedalieri) sono medici ospedalieri, per cui nei fatti viene compresa anche la componente ospedaliera in termini di facilità di comunicazione e condivisione di percorsi. Inoltre la NPI partecipa ufficialmente con un componente alle riunioni del Comitato di Dipartimento pediatria salute infanzia e adolescenza.

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e PLS e tra Neuropsichiatria, Pediatria ospedaliera e Pediatria di comunità.

- ricerca sulla popolazione di bambini oncoematologici seguiti in collaborazione dalla Pediatria ospedaliera e dalla NPEE (referenti dott.ssa Gibertoni, prof.ssa Sturloni), in corso di elaborazione

PdC

Distretto di Mirandola

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di:

- ostetriche dei Consultori che vanno a domicilio su richiesta
- ambulatorio di sostegno all'allattamento partirà in maggio presso la Pediatria ospedaliera

Distretto di Sassuolo

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di:

- collaborazione riguardo: adolescenza - abuso - Down

Distretto di Castelfranco

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di:

- autorizzazione sulla somministrazione di farmaci (bambini con patologia neurologica)
- gestione casi di bambini con patologia neurologica a scuola
- protocollo (in bozza) + dimissione e presa in carico del bambino con patologia neurologica (sofferenza neonatale, malformazioni, cerebrolesioni) o madre con depressione *post partum*

- corsi di preparazione al parto e incontri successivi, rivolti a madri adolescenti con età inferiore a 20 anni, insieme all'ostetrica e alla psicologa
- attualmente non è strutturato ma si sta organizzando il coinvolgimento della NPEE al "percorso madri adolescenti".
- a livello interdistrettuale, con distretto di Modena, programma mamme adolescenti
- a livello distrettuale organizzazione di un Centro d'ascolto
- a livello aziendale:
 - protocollo dimissioni e presa in carico bambini con Sindrome di Down
 - opuscolo informativo + incontro aggiornato anche con i PLS + problemi linguaggio
 - lavoro di gruppo sull'adolescenza (2 anni) con referente area psicologica, Salute donna, NPEE, Salute mentale e Pediatria di comunità

Pediatria ospedaliera Ramazzoni di Carpi

- sono presenti un neuropediatra, un neuropsichiatra infantile nell'ambito della UO di pediatria
- non ci sono allegati ma a frequenza semestrale vi è un incontro su caso clinico seguito dalle UO di pediatria sul versante neurologico e dalle NPI sul versante psicologico-riabilitativo
- percorso nascita
- ricerca regionale sull'allattamento in corso

Ospedale di Mirandola

- visite domiciliari delle ostetriche territoriali, in via di attivazione ambulatorio di sostegno all'allattamento

Ospedale di Sassuolo

- 2 medici pediatri ospedalieri specialisti in NPI
- richiesta da parte del servizio NPI territoriale di ricoveri mirati
- percorso nascita aziendale e regionale
- ricerca sull'allattamento regionale (CeVEAS)

Ospedale di Pavullo

- corsi pre-parto e allattamento al seno

Azienda USL di Bologna

NPI

Area Nord

Esistono attività specifiche di collegamento tra neuropsichiatria e PLS:

- Centro clinico per la prima infanzia: attività di consulenza rivolta ai Servizi di pediatria di libera scelta, di comunità, ospedaliera, e alla Neuropsichiatria (scheda di invio e refertazione in forma scritta)

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria ospedaliera:

- protocollo con Divisione pediatrica Ospedale Bentivoglio (consulenza e ricerca)
- collaborazione con il Centro clinico per la prima infanzia (scheda di invio e refertazione in forma scritta)
- progetto di ricerca sui pre-termine e piccoli per l'età gestazionale
- protocolli operativi con Neonatologia Azienda ospedaliera Sant'Orsola

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria di comunità:

- protocollo con Pediatria di comunità (istituzioni scolastiche)

Area Sud

Buona pratica "Percorso di collaborazione tra specialisti a livello locale secondo linee di indirizzo del progetto regionale Psichiatria e Medicina di base"

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e PLS:

- incontri mensili in due aree elementari (Distretto di Casalecchio)
- incontri saltuari su casi specifici
- consulenze fisiatriche in ambito NPEE su invio dei PLS in due Distretti, solo per pazienti in carico alla NPEE

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria ospedaliera:

- incontri mensili NPEE con neonatologi e pediatri Azienda ospedaliera Sant'Orsola

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria di comunità:

- incontri mensili in due aree elementari (Distretto di Casalecchio)
- attivazione Registro bambino cronico (Distretto di Casalecchio)

Area Centro

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e PLS:

- invio del referto al termine dell'osservazione clinico-diagnostica

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria ospedaliera:

- invio del referto al termine dell'osservazione clinico-diagnostica
- protocolli operativi con UTIN Ospedale Maggiore, Pediatria Ospedale Maggiore, (compreso il Pronto soccorso), Chirurgia pediatrica Ospedale Maggiore

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria di comunità:

- esistono attività di consulenza/collaborazione specialistica (es. ortopedica, foniATRica, fisiATRica)
- "Anni Magici" (vedi *abstract*)

PdC

Est

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE:

- è in corso un progetto regionale di formazione per pediatri di libera scelta e di comunità su fasce 0-3 anni. La formazione tra PLS e PdC è strutturata per tutte le fasce d'età e non specifica solo per l'età pre-scolare

San Lazzaro

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di:

- partecipazione a qualche riunione e discussione di casi clinici e percorsi per invio di pazienti
- "Spazio mamma" aperto una volta alla settimana a San Lazzaro
- incontri post-parto coordinati dall'ostetrica

NPI - Materno-infantile

Ospedale Maggiore

- la NPI ospedaliera è tramite tra la Pediatria ospedaliera e la NPEE nella misura in cui i casi neuropsichiatrici ricoverati vengono gestiti dalla NPI ospedaliera che si occupa poi dell'invio alla NPEE
- esiste una UO NPI nel Dipartimento materno-infantile dell'ospedale

Policlinico S. Orsola - Malpighi

- incontri strutturati ogni 2 mesi tra Neonatologia (e a seconda dei bisogni anche le altre UO della pediatria) e NPEE di Bologna e provincia
- Pediatria ospedaliera, PLS, NPI sulla discussione del neonato critico

Azienda USL di Imola

NPI

Percorso operativo sull'integrazione tra Pediatria di base e Neuropsichiatria infantile AUSL di Imola (vedi *Buone prassi 7*)

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e PLS:

- esiste una consulenza fisiatrica interna alla NPEE, ma solo su pazienti in carico alla NPEE; la consulenza del fisiatra viene refertata al pediatra di base

Pediatria ospedaliera

- ricerca comune, aspetti organizzativi, discussione casi clinici

Azienda USL di Ferrara

NPI

Esiste un elemento di difficoltà nell'intraprendere attività con i pediatri rappresentato dal fatto che tali attività sono filtrate dalla Medicina di base (DCP) che tende ad escludere, almeno nella AUSL di Ferrara, argomenti nell'ambito disciplinare della NPEE.

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e PLS:

- obiettivo 2002: lettere, conclusione *iter* diagnostico ai pediatri per almeno il 90% dei nuovi casi

Azienda USL di Ravenna

NPI

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria, PLS e Pediatria di comunità:

- gruppi distrettuali Pediatria di comunità e pediatri di libera scelta

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria ospedaliera:

- ambulatorio di attività di consulenza NPI in ospedale per ogni Distretto

Azienda USL di Forlì

NPI

Protocollo d'intesa tra il Servizio di neuropsichiatria infantile - riabilitazione e il Servizio di neurologia riguardante l'attività di consulenza neurologica per l'età evolutiva presso i Servizi ospedalieri dell'AUSL di Forlì.

PdC

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di:

- PdC, NPI, e psicologi fanno parte del coordinamento del progetto "Prevenzione, diagnosi e cura e maltrattamento ai minori"
- PdC, NPI, e psicologi partecipano ai progetti "Adolescenza" e "DCA - Disturbi del comportamento alimentare"
- PdC, NPI, e psicologi cooperano nell'ambito del Percorso nascita (corsi di preparazione al parto, assistenza al puerperio)
- individuazione di percorsi per situazioni a rischio; ricerche per allattamento al seno; gruppo regionale per assistenza alla gravidanza e al puerperio

Azienda USL di Cesena

NPI

Dal 2000 ad oggi sono state effettuate ricerche in collaborazione fra NPI e pediatri:

- ricerca epidemiologica sui DCA come previsto dalla Regione Emilia-Romagna
- ricerca per l'individuazione dei bambini autistici come previsto dalla Regione Emilia-Romagna

PdC

Valle Savio

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività di formazione, ricerca comune, organizzazione casi clinici

Azienda USL di Rimini

NPI

Esistono attività specifiche di collegamento tra Neuropsichiatria e Pediatria ospedaliera:

- collaborazione tra i due reparti ospedalieri

Esistono attività specifiche di collegamento tra neuropsichiatria e Pediatria di comunità:

- *follow up* UO neonatologia, servizio territoriale MDI
- cronicità con Pediatria di comunità

PdC

Per quanto riguarda i rapporti PdC e NPEE, sono state accennate attività relative al percorso nascita

Pediatria ospedaliera

- presenza di UO neuropsichiatria infantile in ambito ospedaliero

5. Dalla riflessione all'innovazione operativa

5.1. Principali criticità

Da una lettura trasversale dei risultati dell'indagine si rileva come esistano alcune criticità ricorrenti, con singolare ripetizione delle stesse percentuali di risposte pur a fronte di diverse numerosità e tipologie professionali intervistate; tali criticità sono anche rilevate e riferite nei documenti dei gruppi di lavoro chiamati a riflettere sul materiale di analisi delle interviste.

Ci si riferisce in particolare ai seguenti aspetti suscettibili di miglioramento:

- informalità dei collegamenti, spesso basati su relazioni personali e collegamenti telefonici per l'invio degli utenti e/o per la discussione dei casi;
- prevalente modalità di invio dei genitori alla NPIA (con invito a telefonare o a recarsi personalmente alla NPIA) senza che il pediatra sia formalmente coinvolto nella motivazione di invio (relazione, prescrizione, ecc.) e quindi nella successiva refertazione da parte della NPIA;
- formalità per aspetti fondamentali, quali la refertazione scritta (presente in basse percentuali) o le iniziative di formazione comune o di condivisione di percorsi o protocolli;
- comunicazione istituzionale sull'organizzazione della NPIA e sulle modalità di comunicazione interna (telefonica e/o scritta);
- uniformità delle procedure seguite per l'*iter* assistenziale dei bambini inviati alla NPIA dai pediatri di libera scelta, di comunità o di strutture ospedaliere;
- richiesta da parte dei pediatri di approfondimenti su temi ricorrenti (disturbi del comportamento, ecc.) nelle diverse fasce di età e sull'uso di strumenti diagnostici (questionari clinici, test, ecc.) per migliorare l'appropriatezza dell'invio alla NPIA.

I contenuti delle relazioni tematiche di esperti - discusse nei seminari che hanno accompagnato lo svolgersi del progetto - sono ulteriore motivo di riflessione su quanto è ancora grande il margine di miglioramento nell'impegno comune dei servizi sanitari per la promozione della salute neuropsichica dell'infanzia.

Entrando nello specifico dei principali aspetti clinici e operativi della promozione della salute a questa fascia di età, si sintetizzano di seguito le principali raccomandazioni, rimandando per approfondimento ai documenti conclusivi dei tre Gruppi di lavoro interdisciplinari attivati per analizzare i presenti risultati e proporre piste operative per il miglioramento della collaborazione fra NPIA e Pediatria per il *target* di utenti 0-6 anni.

5.2. Organizzazione

La riaffermata identità specialistica della NPIA, l'evoluzione normativa del Sistema sanitario e sociale in Emilia-Romagna (Legge regionale 2/2003, Legge regionale 29/2004), l'innovazione organizzativa dei Distretti, dei relativi Dipartimenti per le cure primarie - nel cui ambito va sviluppata l'Unità pediatrica distrettuale - richiedono un nuovo sforzo strategico per pianificare le nuove modalità di correlazione funzionale fra la NPIA e le diverse aree pediatriche (di libera scelta, di comunità ed ospedaliere), al fine di realizzare la necessaria e auspicata integrazione nei differenti gradi di intensità e di complessità del bisogno assistenziale e di promozione della salute, dalla semplice prevenzione (*screening*, bilanci di salute, ecc.) all'organizzazione di percorsi (territorio/ospedale, di base/specialistica, famiglia/scuola/servizi, ecc.) e conduzione di progetti individualizzati.

Essendo ormai completato l'impegno della NPIA regionale di definizione del nomenclatore regionale dei prodotti (territoriali e ospedalieri) e dei relativi standard presso le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, è raccomandato che la stesura di eventuali protocolli, percorsi, sia condotta con esplicito riferimento a questo strumento condiviso di qualità organizzativa.

Il migliorato collegamento funzionale fra la NPIA e i vari settori pediatrici va rafforzato attraverso la stesura di specifici percorsi/protocolli, in cui vanno prioritariamente previsti i seguenti aspetti.

5.2.1. *Rilievo tempestivo dei segnali di allarme*

In caso di rilievo tempestivo da parte del pediatra di segnali di allarme per problematiche di carattere neuropsichico nella prima infanzia, devono essere concordate con la NPIA:

- le principali linee di intervento precoce (sia diagnostico che terapeutico);
- modalità cliniche (vedi specifiche griglie/test, ecc.);
- modalità organizzative (vedi esecuzione di *screening*, concordati e previsti in convenzione; specifiche modalità operative per invio precoce; eventuali priorità per tempi di attesa, ecc.).

5.2.2. *Invio*

L'invio da parte del pediatra costituisce a tutti gli effetti la prima fase dell'elaborazione del percorso diagnostico.

È raccomandato che il primo accesso di un bambino ai servizi di NPIA sia mediato da una impegnativa del pediatra di famiglia, per i seguenti motivi:

- la condivisa definizione, costruzione e attuazione dei percorsi migliora l'appropriatezza della presa in carico in fase diagnostica e terapeutica;

- il mancato coinvolgimento del PdF induce la perdita di una parte sostanziale di esplicitazione del quesito diagnostico, di percorso dell'osservazione e di gestione del paziente;
- la definizione di un percorso che preveda la richiesta di impegnativa da parte del pediatra di famiglia può inoltre contenere gli accessi impropri indotti da altri professionisti o dalla scuola;
- infine, se il PdF è al corrente dell'invio, sarà ancor più in grado di seguire il bambino nella sua completezza e complessità.

Anche qualora si ritenga di non rendere obbligatoria l'impegnativa del PdF (ad es. per tutte le situazioni di invio da parte di altri specialisti), va comunque prevista l'obbligatorietà della comunicazione da parte della NPIA al pediatra di famiglia sia del primo accesso sia della eventuale successiva presa in carico, anche nel caso che sia stata la scuola ad inviare il bambino.

A fronte della criticità proposta da alcuni riguardo alla *privacy* della famiglia che intende accedere a servizi di NPIA senza darne informazione al PdF, va sottolineato che: questo contrasterebbe con il rapporto di reciproca fiducia che deve esistere fra i genitori e il curante dei loro figli; il pediatra è responsabile e garante della visione completa della salute del bambino e deve quindi essere a conoscenza di tutti gli interventi sulla salute del suo assistito, anche al fine di valutare eventuali interferenze terapeutiche (farmaci, disturbi psicosomatici, ecc.); è compito reciproco facilitare la collaborazione e la comunicazione della famiglia con il proprio pediatra e con la NPIA.

Benché sia molto più rara, va anche considerata la situazione critica di bambini che pervengono all'attenzione della NPIA perché inviati dal Tribunale (es. separazioni, allontanamenti, ecc.). Si raccomanda di avviare una riflessione per il miglioramento del coinvolgimento di pediatri e neuropsichiatri attraverso protocolli locali e/o regionali, anche in queste situazioni profondamente dolorose sia per i bambini che per le loro famiglie (genitori, nonni, ecc.).

Viene infine segnalata la grande difficoltà dei pediatri nell'aiutare i bambini facenti parte di famiglie sotto protezione; in queste situazioni va prevista e concordata una modalità che garantisca il massimo rispetto della *privacy* (es. percorso *ad hoc* con un solo operatore a conoscenza; accessi fuori dal normale orario di ricevimento del pubblico, ecc.) nell'ottica di voler comunque garantire il massimo interesse per la salute psicologica ed emotiva del bambino.

5.2.3. Presa in carico NPIA

Deve essere sempre prevista una comunicazione formale scritta fra la NPIA, PdF e famiglia, attraverso la consegna di un referto scritto a conclusione dell'*iter* clinico. Per questo si può fare riferimento a quanto già concordato in sede regionale per la costruzione degli standard di prodotto in NPIA, prevedendo tale comunicazione formale almeno agli *step* fondamentali di passaggio da un prodotto ad un altro (diagnosi, presa in carico, ecc.).

Qualora il percorso diagnostico dia luogo a presa in carico con elaborazione di un progetto individualizzato, vanno concordate le principali modalità di reciproca comunicazione (es. in quali percorsi / diagnosi / profili?), ribadendo che l'informazione della presa in carico deve comunque arrivare al pediatra di famiglia anche se non ha eseguito direttamente l'invio.

Essenziali per l'efficacia degli interventi sono sia la formazione per migliorare le competenze dei PdF nel *counseling* per problemi di sviluppo, la tempestività e l'accuratezza nell'individuazione dei problemi, sia la comunicazione delle conclusioni diagnostiche da parte del Servizio NPIA a chi ha eseguito l'invio.

È opportuno definire protocolli operativi per i percorsi di presa in carico e di *follow up*, in particolare per patologie quali prematurità, patologie sensoriali o genetiche, che possono vedere coinvolte, oltre alla NPIA, anche diverse professionalità pediatriche, e per migliorare le prese in carico condivise di casi multiproblematici con l'apporto di professionisti facenti capo a differenti Servizi (ospedale, servizi territoriali, ...), avendo cura di definire reciproci ruoli e responsabilità dei vari professionisti nei percorsi complessi.

Si segnala la criticità che le patologie di tipo motorio spesso rischiano di escludere il pediatra di famiglia dai percorsi specialistici in cui l'ospedale riveste un ruolo preminente (Neonatologia, Pediatria, Ortopedia, ecc.). Anche in questo caso dovrebbero essere identificate precise modalità per il coinvolgimento del PdF nella presa in carico da parte della NPIA e nel trattamento successivo.

Nei casi di particolare svantaggio culturale o sociale del bambino e della sua famiglia, una presa in carico iniziata dalla Pediatria dell'ospedale o di comunità non deve prescindere dal coinvolgimento del PdF nell'ambito di una *équipe* allargata. Assume un ruolo importante in questi casi il contributo delle assistenti sanitarie, che possono utilizzare lo strumento delle visite domiciliari, in un'ottica di rete. Le esperienze maturate in questa prospettiva costituiscono opportunità di formazione sul campo per i professionisti di primo livello.

Vanno identificati percorsi differenziati e priorità per l'accesso e il trattamento per le patologie urgenti o comunque gravi (codici specifici o protocolli).

Va infine affrontata la criticità della non disponibilità della psicoterapia in alcune Aziende, anche quando prescritta dagli stessi specialisti della NPIA, secondo protocolli concordati.

5.3. Linee guida

Le tabelle allegate al documento del Gruppo di lavoro (vedi *Paragrafo 3.3*) illustrano come già esistano numerosi indirizzi sia per la costruzione di specifici profili sia per eventuali valutazioni di appropriatezza di iniziative regionali sugli *screening* in questa fase di età.

La raccomandazione qui ribadita è quella di ricercare appropriatezza e condivisione dell'evidenza scientifica delle iniziative attivate dai diversi attori che si trovano ad interagire nella promozione della salute neuropsichica dell'infanzia.

5.4. Formazione

È dunque necessario che la formazione dei pediatri di libera scelta favorisca l'acquisizione di un sapere e di un saper fare e saper essere finalizzato a migliorare l'appropriatezza nella fase di invio e la competenza professionale nella fase di restituzione diagnostica e di presa in carico integrata.

Le finalità della proposta formativa sono quelle di:

- migliorare le competenze professionali per ascoltare, osservare il bambino e iniziare a interpretare eventuali segni e sintomi di allarme, e comprenderli in un'ottica integrata bio-psico-sociale;
- ricostruire la rete di professionisti in un contesto multidisciplinare che operano a livello territoriale e imparare a lavorare in gruppo per condividere situazioni e risorse, lavoro e pensiero; per concordare cosa, quando e come inviare, al fine di diminuire gli accessi indiretti rispetto a quelli mediati dal PdF nell'ottica della corresponsabilità nel percorso di diagnosi; per attuare a livello locale i protocolli e le linee guida ritenute opportune, e verificarle;
- valorizzare e accrescere le proprie capacità di ascolto e di comunicazione, da spendere positivamente con i genitori nelle fasi di negoziazione, sia al momento dell'invio al servizio (sospetto diagnostico) sia al momento della restituzione (conferma, con eventuale presa in carico, oppure esclusione del dubbio clinico). Gli strumenti su cui formarsi in questo campo potranno essere i più vari: *counseling*, gruppi Balint o altre tecniche di carattere psicorelazionale.

Le modalità attuative devono prevedere la necessaria sistematicità della proposta formativa congiunta, che per definizione è multiprofessionale e integrata tra servizi interessati nella progettazione, nella realizzazione e nella valutazione del percorso formativo, e il suo inserimento nel programma di formazione annuale obbligatoria che, in alcune realtà, è concordato tra rappresentanti dell'Azienda e dei pediatri di famiglia (si vedano, ad esempio, le esperienze della Commissione formazione PLS dell'Azienda USL di Bologna e del Coordinamento delle UPD dell'Azienda USL di Modena).

A tale scopo gli interventi di formazione non devono essere occasionali ma secondo modalità codificate, luoghi e tempi prestabiliti (l'incontro regolare aiuta l'integrazione operativa dei servizi), inseriti nei percorsi ECM. La formazione di qualità, di volta in volta può svilupparsi attraverso:

- letture magistrali e lezioni frontali, nei casi in cui si ritenga necessario sviluppare un argomento di particolare interesse clinico o epidemiologico, nell'insieme dei suoi aspetti teorici con ricercatori o clinici di competenza riconosciuta;
- piccoli gruppi di lavoro su casi (anche con video), per affinare la capacità di osservazione del bambino e di rilevazione dei segnali di rischio, se pur iniziali e sfumati, che favorisca anche la lettura del sintomo attraverso gli strumenti della medicina psicosomatica / psicorelazionale. Deve essere valorizzata la metodologia partecipata, più adatta a professionisti che, lavorando insieme sullo stesso bambino, debbono acquisire non solo un lessico ma anche un linguaggio comune per poter comunicare (segnalazione, valutazione).

In un'ottica di valorizzazione delle competenze di carattere preventivo e di collaborazione con gli Enti e le Organizzazioni del territorio, si raccomandano alla riflessione e progettazione a livello aziendale i seguenti criteri prioritari in merito ai contenuti dei programmi formativi:

- patologie ad elevata prevalenza (criterio epidemiologico) o gravi, ad elevato impatto assistenziale (criterio clinico);
- lettura del sintomo somatico (sonno, alimentazione, controllo sfinterico) quale manifestazione sia organica che psichica;
- disturbi della regolazione e comportamenti problema;
- stili di *care*;
- modalità di attaccamento e sviluppo psicomotorio nei primi 6 anni di vita (prevenzione primaria e secondaria);
- temi indicati prioritariamente nel Piano sanitario regionale e dai gruppi organizzazione e linee guida di questo progetto;
- eventuali ulteriori criticità evidenziate dalle associazioni dei genitori.

Sarebbe assai utile poter contare, a livello interaziendale, su un gruppo di formatori della NPIA, che potrebbe costituire il punto di riferimento stabile della Pediatria per la progettazione, l'organizzazione e l'attuazione degli eventi formativi specifici.

Sarebbe inoltre utile che le esperienze locali di formazione fossero pubblicate con gli opportuni riferimenti in un sito regionale, perché si attui una rete di risorse regionale.

5.5. Comunicazione

In tutte le tappe del percorso assistenziale va privilegiata la qualità della comunicazione della NPIA con i settori pediatrici coinvolti e con l'utente e la sua famiglia: dalla formulazione e consegna della diagnosi, alla eventuale presa in carico e presentazione del progetto personalizzato.

Ai fini del miglioramento della comunicazione vanno perciò previste iniziative di reciproca informazione e condivisione della Carta dei servizi.

Vanno qui richiamate le raccomandazioni già poste dalla Delibera della Giunta regionale dell'Emilia-Romagna "Miglioramento dei percorsi per l'assistenza all'handicap: la prima comunicazione della diagnosi", n. 286/2006 per le modalità relazionali e il contenuto tecnico della comunicazione (vedi *Prima comunicazione e handicap*¹⁷).

La definizione di protocolli, soprattutto interprofessionali, deve prevedere sempre la partecipazione delle associazioni dei familiari in merito agli aspetti di qualità condivisa.

È raccomandata la costruzione di un punto virtuale di documentazione regionale (o meglio ancora, un sito web) di libero accesso che, oltre a raccogliere le principali linee guida proposte dalle varie società scientifiche nazionali e internazionali sui temi di comune interesse (neuropediatrico, pedopsichiatrico e nell'area della protezione psicosociale), si ponga come punto di reciproca e comune comunicazione delle tante attività, buone pratiche, eventi formativi, progetti di ricerca, ecc. nel campo della promozione della salute (non solo mentale) dell'infanzia, sia di livello regionale che nazionale e/o internazionale (es. documentazione dell'Organizzazione mondiale della sanità).

5.6. Conclusioni

Le azioni raccomandate alle Aziende sanitarie per il miglioramento della comunicazione e integrazione fra NPIA e Pediatria, finalizzate alla promozione della salute neuropsichica nei primi anni di vita, sono:

- definire formalmente le modalità di relazione funzionale fra la NPIA e la Pediatria (di famiglia, di comunità ed ospedaliera), con particolare riferimento a quanto già concordato a livello regionale per la definizione dei prodotti NPIA;
- prevedere modalità per l'invio dai pediatri alla NPIA e la risposta clinica dalla NPIA ai pediatri (richiesta scritta motivata, referto scritto, comunicazione diretta per specifici casi concordati, ...);
- rendere omogenea e uniforme la modalità di invio sul territorio regionale;

¹⁷ Il documento è consultabile al sito
<http://www.emiliaromagnasociale.it/AttiConferenzaDisabili/dati/sanita/sanita.htm>

- il pediatra di famiglia deve comunque essere informato dell'accesso di propri assistiti alla NPIA, anche nei casi di accesso diverso dall'invio con impegnativa;
- limitare accessi diretti alla NPIA da parte dei genitori e/o invii diretti dalla scuola, dovendosi prevedere un'azione di primo sensore e di conoscenza del problema da parte del pediatra;
- qualora siano previste modalità di accesso diretto della famiglia alla NPIA (senza impegnativa del Pdf), la NPIA è tenuta ad informare la famiglia dell'impegno di formale comunicazione al pediatra;
- prevedere specifica formazione e/o concordate specifiche modalità per fornire ai pediatri appropriati strumenti diagnostici (questionari clinici, test, ecc.) per favorire un corretto invio ai servizi di NPIA;
- identificare percorsi differenziati e priorità per l'accesso e il trattamento per le patologie urgenti o comunque gravi (da affidare a specifici protocolli di intesa).

Gli impegni che la Regione Emilia-Romagna assume per supportare il processo di miglioramento della promozione della salute neuropsichica dell'infanzia sono:

- monitorare l'evoluzione nella sperimentazione delle presenti piste operative;
- costruire un Centro virtuale di documentazione (sito *web* all'interno del Portale sanità, Osservatorio infanzia, ecc.);
- supportare la costruzione di linee guida e profili specifici clinico-organizzativi per le patologie e le problematiche assistenziali ritenute di comune e principale interesse;
- recepire i presenti aspetti nella negoziazione (Accordo regionale per la Pediatria di famiglia);
- condividere specifici indicatori per la ricerca di uniformità nella standardizzazione di prodotti di interesse generale (es. relazioni con la Scuola, attuazione della Legge n. 104/1992);
- normalizzare a livello regionale l'aspetto economico di eventuale esenzione o previsione di *ticket* sulle prime visite della NPIA, ecc. (anche in relazione alla modalità di invio/accesso, prescritto su ricettario AUSL, ...);
- arricchire gli indirizzi regionali sul rilievo tempestivo dei segnali di allarme di reale utilità e appropriatezza clinico-organizzativa;
- uniformare gli indirizzi regionali sul Percorso nascita per integrazione dei numerosi attori coinvolti, dalla gravidanza (vedi preparazione al parto) al primo anno di vita (vedi depressione *post partum*).

Appendice

Appendice 1. *Check list I* - Responsabili UO NPIA



PROGETTO

COLLEGAMENTI TRA NEUROPSICHIATRIA ETÀ EVOLUTIVA (NPEE) e PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PLS)

UTENZA ETÀ 0-5 ANNI

CHECK LIST I - Responsabili UO NPIA

Aziende USL: n. 13

A) QUADRO DESCRITTIVO

UO di NPEE rispondenti:

a. Territoriale	n. 13 (Aa)
b. Ospedaliera	n. 0 (Ab)
c. Universitaria	n. 1 (Ac)
d. Altro	n. 0 (Ad)

Pediatri di libera scelta / RER **n. 519** **(Ae)**

Legenda

UO	N. di UO di NPEE con almeno una risposta positiva
SI/R %	N. risposte positive vs UO rispondenti
SI / UO %	N. risposte positive vis totale UO (13)

A1) Esiste un'attività specifica di collegamento tra NPEE e:	UO	SI/R %	SI/UO %	codice
pediatri di libera scelta	13	69	69	A1a
pediatri ospedalieri	13	85	85	A1b
pediatria di comunità	13	77	77	A1c
Se sì, specificare	13	85	85	A1d
A2) Esistono attività di consulenza/collaborazione specialistica? (es. ortopedica, foniatria, fisiatrica)				
nell'ambito della NPEE indirizzate ai PLS?	9	44	31	A2a
fuori dalla NPEE?	9	33	23	A2b
Se sì, specificare	12	75	69	A2c
(allegare eventuali protocolli)	12	8	8	A2d
A3) Se esistono, tali attività sono formalizzate (Programma, Delibera, Servizio, ...)				
(Allegare eventuale documentazione)	12	67	62	A3
(Allegare eventuale documentazione)	12	8	8	A3a
Le attività descritte sono formalizzate come:				
modalità di invio e di risposta clinica sui pazienti che i pediatri inviano ai servizi di NPEE	12	50	46	A3b
modalità di contatto o incontro sul caso tra pediatri e NPI	12	33	31	A3c
in altra forma	12	17	15	A3d
A4) Le attività indicate al punto 1, se presenti, sono incentivate?				
Se sì, specificare (es. Piano azioni, obiettivi)	13	46	46	A4
Se sì, specificare (es. Piano azioni, obiettivi)	13	46	46	A4a

A1a: non formalizzata

A1b: collaborazione tra i due reparti ospedalieri

A1b e A1c: coincidono; per protocollo

A1c: *follow up* UO neonatologia / *équipe* territoriale, MDI, cronicità con Pediatria di comunità

A1d:

- PLS: standard di prodotto in comune: invio x segnalazione; percorso minori con patologia cronica. PO: progetto speciale in comune su percorso riabilitativo minori con patologia cronica. PdC: programmazione annuale in comune sulle attività nelle collettività infantili; percorso riabilitativo minori con patologia cronica
- Neonatologia: per *follow up* grandi pre-termini (vedi protocollo allegato PR)
- PLS: recente accordo per CHAT (*screening* DGS e autismo); collaborazione sui gravi nei gruppi ADI; aggiornamento comune sull'ADI; incontri discussione casi. PO: invii precoci e consulenze nido (punto nascita). PdC: collaborazione sui cronici

e i gravi (ADI); da circa 2 mesi è stato deliberato il Programma materno-infantile aziendale; esistono da sempre rapporti di collaborazione reciproca. Si è di recente attivato un accordo a livello aziendale per l'utilizzo della CHAT come strumento di screening per autismo; a Reggio è attivata l'UVP a cui partecipa anche la NPI per casi gravi su cui viene attivato un progetto di ADI; consulenze, confronti clinici, progetti di prevenzione; consulenza Divisione pediatrica

- In tutta l'Area Sud di Modena (Pavullo, Sassuolo, Vignola) sono state formalizzate e rese attive le UPD (Unità pediatriche di Distretto) che prevedono al loro interno la partecipazione attiva delle NPI assieme ai PLS e alla Pediatria di comunità: i responsabili della PdC di Sassuolo e Pavullo (distretti dove si trovano anche reparti ospedalieri) sono medici ospedalieri, per cui nei fatti viene compresa anche la componente ospedaliera in termini di facilità di comunicazione e condivisione di percorsi. Inoltre la NPI partecipa ufficialmente con un componente alle riunioni del Comitato di Dipartimento pediatria salute infanzia e adolescenza; incontri periodici sui pazienti in carico, contatti reciproci al bisogno; collegamento con la neonatologia tramite la partecipazione di una fisioterapista della NPEE all'ambulatorio di *follow up* della Neonatologia e visite in reparto; incontri periodici tra NPI e i pediatri della Neonatologia; contatti e incontri con PLS e pediatri di comunità al bisogno; vedi Allegati Modena - Carpi su:
 - percorso integrato con reparto di Pediatria - Progetto
 - progetto obiettivo 1999-2000 sull'integrazione NPEE - PLS
 - progetto obiettivo anno 2000
 - modulo per informazioni sulla presa in carico da parte della NPEE al pediatra (consegnata alle famiglie)
 - azioni di coordinamento PLS e Divisione pediatria
 - formazione comune con PLS - Divisione pediatria - Pediatria di comunità attivata dalla NPEE
 - obiettivi anno 2001 su collaborazione (per dimissioni e consulenze)
 - azioni e obiettivi 2002-2003
- La formazione comune attuata nel 2003 è stata preceduta negli anni precedenti da altri eventi formativi:
 - incontro con i PLS su indicatori di rischio nella valutazione precoce dei DL e DA
 - incontri sull'organizzazione della NPEE
 - incontro con operatori Neonatologia
- Attività di discussione di casi a livello distrettuale (non formalizzati); Centro clinico per la prima infanzia (scheda di invio e refertazione in forma scritta); protocollo con Divisione pediatrica Ospedale Bentivoglio (consulenza e ricerca); protocollo con Pediatria di comunità (istituzioni scolastiche)

- Invio del referto al termine dell'osservazione clinico-diagnostica con PLS e PdC; protocolli operativi con Neonatologia Policlinico S. Orsola, Unità terapia intensiva Ospedale Maggiore, Pediatria Ospedale Maggiore (compreso il Pronto soccorso), Chirurgia pediatrica Ospedale Maggiore;
- PLS: incontri mensili tra NPEE, PLS e PC in due aree elementari (Distretto Casalecchio) / incontri saltuari su casi specifici; PO: incontri mensili NPEE con neonatologi e pediatri Azienda ospedaliera S. Orsola; PdC: attivazione Registro bambino cronico (Distretto Casalecchio);
- 14 PLS per l'Azienda USL di Imola
- gruppi distrettuali PC e PLS; ambulatorio NPI c/o Ospedali per ogni Distretto + intervento in reparto di patologie neonatali e 0-1 anno post-dimissione
- gruppi distrettuali con PC e PLS + ambulatori di consulenza NPI in ospedale per ogni Distretto
- per la consulenza e la formazione specifica come poi precisato
- consulenza NPEE ai reparti che accolgono 0-17 anni
- gruppi distrettuali Pediatria di comunità e pediatri di libera scelta; ambulatorio di attività di consulenza in ospedale per ogni Distretto

A2a: Carpi, Mirandola

A2c: non capisco la domanda; visite neurofisiatriche c/o NPEE; la consulenza del Presidio per la disabilità di RE è attivata attraverso la NPEE; lo stesso per la Foniatria dell'ASMN di Reggio Emilia; ortopedia; consulenza ortopedica, consulenza fisiatrica, ortottica; l'attività di consulenza fisiatrica è rivolta ai pazienti in carico al Servizio; consulenze fisiatriche in ambito NPEE su invio dei PLS in due Distretti, solo per pazienti in carico alla NPEE in uno; esiste una consulenza fisiatrica interna alla NPEE, ma solo su pazienti in carico alla NPEE, la consulenza del fisiatra viene refertata al pediatra di base; fisiatria, foniatria, ortopedia; fisiatria per i 3 Distretti, foniatria per 2 Distretti; foniatria e fisiatrica; collegamento strutturato con Pediatria comunità per: Centro 2° livello audiofonologico + Centro 2° livello fisiatrico; neurologia, neuropsichiatria, psicodiagnostica, trattamenti riabilitativi logopedici, FKT, neuropsicologi

A3: delibera (Mirandola); sì, in un Distretto, rientrano nell'attività di *routine* negli altri

A3b: per il nuovo progetto CHAT (PLS); per la Pediatria di comunità e consulenza ospedaliera; A3b: obiettivo 2002 = lettere, conclusione *iter* diagnostico ai pediatri per almeno il 90% dei nuovi casi

A3c: gruppo ADI con Pediatria di comunità e PLS; reperibilità telefonica per i PLS: ogni dirigente sanitario ha messo a disposizione 2 ore settimanali per reperibilità telefonica

A3d: proposta griglia sugli indicatori di rischio dello sviluppo (vedi allegato PR); A3d: piano assistenziale integrato ADI (= progetto terapeutico comune, vedi allegati Scandiano - RE); obiettivo 2003: condivisione con i pediatri dei protocolli clinici in via di elaborazione

A4: per i PLS

A4a: l'uso delle CHAT viene incentivato per i PLS; Obiettivo B: Unità pediatrica di Distretto; obiettivi 2001-2002 (Mirandola); percorso di collaborazione inserito in un progetto obiettivo della NPEE (Carpi); Piano azioni della UO, Piano formazione, Delibera inter-AUSL Centro prima infanzia, Protocollo Pediatria Ospedale di Bentivoglio (consulenze e interventi in reparto), Protocollo Pronto soccorso pediatrico Ospedale di Bentivoglio (urgenze), Protocollo Pediatria di comunità (segnalazioni scolastiche), Protocollo Neonatologia e medicina riabilitativa Policlinico Sant'Orsola (dimissione neonato a rischio); sì, per il punto C (PdC): azione attivazione Registro bambino cronico; obiettivi di salario di risultato; obiettivi nel Piano delle azioni; obiettivi

Pazienti in carico al servizio	N.	UO	SI/R %	SI/UO %	codice
0 - 2 anni	2.092	13	100	100	A4Aa
3 - 5 anni	5.480	13	100	100	A4Ab
Principali fonti di invio *					
0 - 2 anni					
Pediatria base	313	10	80	62	A4Ba
Pediatria ospedaliera	510	9	100	69	A4Bb
Genitori	197	10	80	62	A4Bc
Scuola	23	10	50	38	A4Bd
Altro	194	10	70	54	A4Be
Totale	1.237	10	90	69	A4Bf
3 - 5 anni					
Pediatria base	793	10	80	62	A4Bg
Pediatria ospedaliera	269	10	70	54	A4Bh
Genitori	824	10	80	62	A4Bi
Scuola	399	10	80	62	A4Bl
Altro	495	9	78	54	A4Bm
Totale	2780	10	80	62	A4Bn
Totale 0-6 anni					
Pediatria base	1106	10	80	62	A4Bo
Pediatria ospedaliera	779	10	90	69	A4Bp
Genitori	1021	10	80	62	A4Bq
Scuola	422	10	80	62	A4Br
Altro	689	10	70	54	A4Bs
Totale	4017	10	90	69	A4Bt

* I totali fanno riferimento alle risposte delle 13 UO, i dati parziali non sono riferiti da tutte le UO.

A4A: anno 2002; 2001;

A4Aa e A4Ab: per il Distretto di Montecchio; nel 2001; obiettivi di salario di risultato;

A4B: non esiste una tabella diagnosi SINP con gli invii; i pediatri ospedalieri dell'ASMN di solito inviano alla UO NPI della propria Azienda; su nuovi casi nel 2002; i dati sono influenzati dalla richiesta che viene effettuata dalla famiglia; il sistema di accesso per la prima visita prevede esclusivamente la richiesta da parte dei genitori, qualunque sia l'inviante a monte; pertanto non ci è possibile fornire i dati richiesti; anno 2002, dati non disponibili; PLS/P-OSP non si evince dal SINP! = invianti 2001 senza distinzione d'età: Pediatria/Medicina di base 36%, famiglia 22%, scuola 12%, Pediatria di comunità 7,5%, altro 17,5%, ospedale 5%

Principali fonti di invio %	0-2 aa	3-5 aa	Totale 0-6 aa.
Pediatria base	25	29	28
Pediatria ospedaliera	41	10	19
Genitori	16	30	25
Scuola	2	14	11
Altro	16	18	17
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

B) LA CONSULENZA

B1) L'attività di consulenza* della NPEE ai pediatri di libera scelta è effettuata da:	UO	SI/R %	SI/UO %	N. operatori	codice
NPI	13	77	77	297	B1a
psicologi	13	69	69	192	B1b
fisioterapisti	13	38	38	264	B1c
logopedisti	13	38	38	142	B1d
educatori	13	23	23	148	B1e
altro	13	8	8	2	B1f
n. neuropsichiatri ...	5	38	38	49	B1g
... su un totale di n. neuropsichiatri	5	38	38	49	B1h
Tutti i neuropsichiatri della NPEE si dedicano anche a questa attività	10	13	77	-	B1i

* Si intende la consulenza specialistica richiesta dal PLS su un minore alla NPEE per utenza 0-5 anni.

B: non esiste un'attività di consulenza strutturata in questo modo, ma tutte le richieste dei pediatri convergono nel sistema di accesso per le prime visite, pertanto le risposte fanno riferimento a questo sistema

B1: per tutte le visite di nuovo ingresso: visita NPI x accertamenti diagnostici; di *team* per referto (controllo/dimissioni; presa in carico)

B1a: specialistica ambulatoriale (tot 54 h); 1 pediatra con competenze psicoterapiche

B1a-b: l'attività è sperimentale e limitata alla pediatria di gruppo di Riccione

B1b: Centro autismo; il Servizio di NPI a RE non ha psicologi; il questionario è stato inviato anche alla UO di psicologia clinica

B1i: 4 NPI e 5 psicologhe hanno un monte ore dedicato

B2) Secondo quali modalità è effettuata?	UO	SI/R %	SI/UO %	codice
individualmente	13	77	77	B2a
<i>équipe</i>	13	46	46	B2b
B3) L'attività di NPEE viene effettuata (possibile risposta multipla)				
negli stessi locali del Servizio	13	85	85	B3a
in altri locali (specificare)	12	25	23	B3b
talora nell'ambulatorio del PLS, con il PLS	11	9	8	B3c
talora nell'ambulatorio del PLS, senza il PLS	11	9	8	B3d
B4) Esiste una modalità strutturata di comunicazione telefonica?				
Se sì, descrivere	12	67	62	B4b
B5) Esiste un punto di ricezione e smistamento delle telefonate?				
	12	92	85	B5a
B6) Gli operatori NPEE hanno una fascia oraria di ricezione telefonica?				
Quale?	13	38	38	B6b
B7) I PLS hanno una fascia oraria di ricezione telefonica?				
Quale?	11	36	31	B7a
	12	42	38	B7b
B8) Le richieste di appuntamento per l'invio vengono effettuate (possibile risposta multipla)				
telefonicamente dal PLS	7,3	67	62	B8a
orientativamente nel ... % dei casi				
tramite richiesta scritta dal PLS	7	58	54	B8b
orientativamente nel ... % dei casi				
tramite il CUP	3	25	23	B8c
orientativamente nel ... % dei casi				
telefonicamente dal genitore	11	100	92	B8d
orientativamente nel ... % dei casi				
di persona dai genitori	9,7	92	85	B8e
orientativamente nel ... % dei casi				
altro	5,3	50	46	B8f
orientativamente nel ... % dei casi				

B9) Esiste un modulo di invio apposito?	13	46	46	B9
Strutturato	13	23	23	B9a
Semistrutturato	13	23	23	B9b
B10) Il PLS utilizza abitualmente il modulo di invio?	13	15	15	B10a

B2a e B2b: entrambe le modalità (di gruppo su progetti specifici)

B2b: partecipazione all'osservatorio diagnostico da parte di altri operatori; Distretto Sud

B3b: Centro clinico per la prima infanzia; altra sede AUSL

B3c: consulenza su caso al PLS

B4b: scheda invio e consulenza telefonica (Centro prima infanzia); contatto telefonico precedente all'invio (moduli territoriali)

B3b: a volte nel reparto di ostetricia e ginecologia; ospedale

B4b: schede scritte e reperibilità telefonica strutturata; la segretaria informa l'utente della necessità di una telefonata del PLS al NPI per le urgenze; esiste una segreteria della UO NPEE che funziona dal lunedì al venerdì ore 11-13 + mercoledì ore 16-18; tutti i dirigenti sanitari hanno messo a disposizione 2 ore settimanali per i PLS; reperibilità telefonica; la segretaria della Pediatria di gruppo prende gli appuntamenti per NPI o psicologo

B5a: ma non per tutta la giornata; solo per il Distretto di Sassuolo; ricezione differenziata per i diversi distretti; in due Distretti

B6b: variabile e individuale; orari di ambulatorio (in contraddizione con la B6a dove hanno segnato no); h. 12,30-13,30 per 4 gg; in un Distretto, di 2 ore settimanali, ma diversa per operatore in un altro, non esiste nel terzo; 2 ore settimanali proprie per ciascun operatore

B7b: orari di ambulatorio; variabile; hanno comunicato alla NPEE le loro email; 1 ora al giorno specifica per ciascun pediatra; dato non disponibile in relazione alla notevole difformità della procedure dei vari PLS; non ci è nota/ non è stata concordata

B8a - B8b: in più

B8d - B8e: sempre

B8f: Servizi sociali, scuola su autorizzazione del genitore; ospedale, Consultorio familiare, Centro di salute mentale

B9a: impegnativa pediatra; impegnativa; strutturato (Centro), no per i moduli

B9b: a volte la ricetta verde; in un Distretto; impegnativa verde

B10: impegnativa

	UO	SI/R %	SI/UO %	codice
B11) Il referto del Servizio NPEE viene abitualmente scritto?	13	62	62	B11a
a mano	13	54	54	B11a1
dattiloscritto / PC	13	38	38	B11a2
su un modulo appositamente predisposto	13	38	38	B12a
sull'abituale modulo a disposizione del NPI	13	31	31	B12b
come relazione clinica	13	38	38	B12c
B13) Il referto del Servizio di NPEE viene raccolto nella cartella clinica?	11	91	77	B13
B14) Esiste una registrazione di questa attività?	13	62	62	B14
delle richieste dei PLS				
cartaceo	13	38	38	B14a1
<i>software</i>	13	23	23	B14a2
dei referti NPI				
cartaceo	13	38	38	B14b1
<i>software</i>	13	8	8	B14b2
specifico, strutturato <i>ad hoc</i> , con notizie supplementari				
cartaceo	13	15	15	B14c1
<i>software</i>	13	15	15	B14c2
allegati	13	15	15	B14d

B11a: sì Centro, non sempre moduli; solo in alcuni casi

B11a2: PC/Centro

B12a: purtroppo molto raramente

B12c: in alcuni casi; a volte

B13: di chi?; quando fatto

B14a2: SINP

	UO	SI/R %	SI/UO %	codice
B15) Il Servizio di NPEE prevede di solito più incontri di consulenza col paziente?	13	100	100	B15
B16) Viene fatto uso di questionari clinici, test?				
Sistematico	13	77	77	B16a
Saltuario	13	38	38	B16b
Se sì, quali? (specificare; se differenziati per patologia, fare precedere il numero della patologia secondo ICD-10)	13	85	85	B16c
B17) Esiti possibili della consulenza (possibili risposte multiple):				
Restituzione al PLS senza presa in carico	13	77	77	B17.1
Presa in carico da parte dei servizi di NPEE	13	100	100	B17.2
Psicoterapia	13	92	92	B17.3
Logopedia	13	92	92	B17.4
Fisioterapia	13	92	92	B17.5
Farmaci	13	69	69	B17.6
Psicomotricità	13	69	69	B17.7
Terapie di gruppo	13	46	46	B17.8
Invio a:				
Strutture convenzionate	12	25	23	B17.9.a
Strutture private	12	17	15	B17.9.b
Liberi professionisti	12	67	62	B17.9.c
Invio ad altri Servizi del SSN → specificare se:				
stessa Azienda	10	70	54	B17.10.a
altra Azienda	10	60	46	B17.10.b
struttura specifica	10	10	8	B17.10.c
altro	12	33	31	B17.11

B16a: Modena

B16b: Mirandola - Carpi - Distretto Sud

B16c: vedi repertorio costante degli esami diversi e delle valutazioni dei test per la I e II infanzia

- valutazione cognitiva Utzginis - Leitel R - W.PPSI
- linguaggio e sviluppo emotivo (v. Scandiano); valutazione autismo e DGS (secondo protocollo specifico per età); Utzgiris e Bajley (saltuariamente) Leiter - R - WIPPSI - Duss - Blacky - Cat - disegni, omino, albero, famiglia, Axia, Fanzago, Brown - Bellugi, Rustioni, Brizzolara, ripetizione frasi Caselli, Peabody, ripetizione frasi

Zardini; Peabo M - Rustioni - TCGB - Leonard - Mc Arthur - test famiglia, Seagtest - Leiterr - Bayley - Uzgiris/UNT - TPL - Miller

- test solitamente usati nella clinica;
- più frequentemente: WPPSI - WISH - R (F70 - F73), Leiter (F70 - F73), Cars - ABC (F84), MUSS - Patte Noir (F93 - F45); test di sviluppo - intelligenza (WISC - R. Brunet-Lézine, ecc.), test proiettivi (CAT, Sceno Test, Rorschach, ecc.), test Neurops (Mac Arthur), questionari per i genitori (Beck, POMS, schede percettive), *Symptom Check List; Behaviour Check List*; F80 Brunet-Lézine (0-3), F70, F80, F90-92: matrici progressive, Wippsi, Wisc-R, Wisc o Leiter e test di disegno; cui si aggiungono test proiettivi per F 92-98 e patologie psichiatriche; Leiter - Raven - WPPSI; Brunet-Lézine, Terman, Leiter, WPSSI, AXIA, Mc Artur, Test comp. R. q amm., PPVT, TCGB, D.V., SFT gioco simbolico, Utzgiri - Hunt, osservazione gioco libero, CBCL
- F80.1/F80.2 = MAC ARTHUR, F81.0/F81.8 = Bender, Cornoldi lettura, Cornoldi autodettato, F82 = ritmo Stam, F93 ecc. = Favole Duss, Blackg disegno
- test di linguaggio, test cognitivo, test proiettivi e di personalità
- test livello ? - Griffiths - Leiter R?; test linguaggio (vari) / CHAT
- questionario sulla storia del bambino inviato a domicilio prima della prima visita; CBCL nelle varie fasce d'età; durante il procedimento diagnostico molti test e questionari in relazione al sospetto di patologia non specificabili in poco spazio

B17.3: molto scarsa

B17.8: solo a Correggio

B17.9.c: per psicoterapia

B17.10: raro

B17.11: per esami strumentali; fisiatria; cardiologia; oculistica; invio per approfondimenti diagnostici concordandolo non sempre con il PLS; gli invii vengono fatti nell'ambito della presa in carico

B18) La decisione di presa in carico viene abitualmente (possibili risposte multiple):	UO	SI/R %	SI/UO %	codice
presa dall'operatore del Servizio di NPEE da solo	12	92	85	B18a
concordata col PLS	13	31	31	B18b
comunicata al PLS	13	69	69	B18c
non comunicata al PLS	13	31	31	B18d

B18a: *team*; sostituite nella domanda le parole "da solo" con "in équipe"

B18b: talora

B18b-c: a seconda dei casi

	UO	SI/R %	SI/UO %	codice
B19) È prevista la possibilità di psicoterapia all'interno del Servizio NPEE?	13	100	100	B19
Se sì, di che tipo?				
Orientamento psicodinamico circa nel ... % dei pazienti visti per NPI	11	100	85	B19a
Cognitivo/comportamentale: circa nel ... % dei pazienti visti per NPI	11	55	46	B19b
Sistemico/familiare circa nel ... % dei pazienti visti per NPI	13	38	38	B19c
Altro circa nel ... % dei pazienti visti per NPI	12	8	8	B19d
(specificare) circa nel ... % dei pazienti visti per NPI	13	15	15	B19e
B20) Esistono dei limiti di durata prefissati per le psicoterapie?	13	38	38	B20
B21) La durata dei diversi trattamenti è prefissata?	13	38	38	B21
B22) È previsto il pagamento per le prestazioni NPEE?	12	42	38	B22
Se sì, con quali modalità e secondo quale normativa	12	25	23	B22a

B19: al momento attuale solo pochissimi possono essere trattati in psicoterapia a causa dei carichi di lavoro

B19a: pochissimi; pochi

B19d: solo *counseling* (Mirandola); farmacoterapia, consultazioni terapeutiche

B19e: psicomotricità relazionale; solo *counseling*

B20: non sempre

B21: (riabilitativi?) si effettuano cicli ripetibili; non sempre; quali?

B22: normativa regionale sui *ticket*

B22a: pagamento *ticket*; *ticket* secondo la legislazione nazionale in vigore, esenti gli utenti del Servizio sanitario (se ne fa richiesta) e per patologie, età e/o reddito; *ticket* prima visita; nazionale

C) IL COLLEGAMENTO

	UO	SI/R %	SI/UO %	codice
C1) L'attività di collegamento della NPEE con i PLS è effettuata secondo un criterio di territorialità?	11	82	69	C1
Sovra-aziendale	11	9	8	C1a
Aziendale	11	36	31	C1b
Distrettuali	11	64	54	C1c
Per aree elementari	11	27	23	C1d
Altro	11	9	8	C1e
C2) Negli ultimi dodici mesi sono svolte esperienze strutturate (discussione di casi, formazione congiunta, altro) con gruppi di PLS?	13	62	62	C2
È prevista la possibilità di discussione del singolo caso?	13	92	92	C2A
È stata effettuata un'attività di formazione congiunta?	13	62	62	C2B
È ancora in corso tale esperienza strutturata di formazione congiunta?	13	23	23	C2b1
Se sì, in che modo?				
<i>vis à vis</i> , individualmente	13	0	0	C2b1a
nel corso di incontri periodici fra operatori NPEE e un piccolo gruppo di PLS per la discussione di casi	13	31	31	C2b1b
gruppi Balint	13	8	8	C2b1c
lezioni su specifici temi	13	38	38	C2b1d
(specificare)	13	38	38	C2b1e
discussione con l'ausilio video	13	0	0	C2b1f
<i>role playing</i>	13	0	0	C2b1g
corrispondenza informatica (<i>on line</i>)	13	0	0	C2b1h
altro	13	0	0	C2b1i
(specificare)	13	0	0	C2b1l
Tale attività formativa viene effettuata :				
nell'attività istituzionale di formazione/aggiornamento dei PLS?	13	46	46	C2b2a
nell'attività istituzionale di formazione/aggiornamento dei NPI?	13	38	38	C2b2b
altro	13	0	0	C2b2c
Se sì, specificare	13	15	15	C2b2d
In quali fasce orarie?	13	46	46	C2C

C3) Dal 2000 ad oggi sono state effettuate ricerche in collaborazione fra NPI e pediatri?	13	31	31	C3
(Se sì, allegare copie dei lavori)	13	15	15	C3a

C1: non capisco la domanda

C1b: per la UO complessa

C1e: territoriali entro il Distretto; territoriale a volte, entro il Distretto

C2: formazione all'uso delle CHAT per i PLS; in un Distretto

C2b1: Carpi, Distretto Sud

C2b1b: Distretto Sud

C2b1d: Carpi, Distretto Sud

C2b1e: disturbi del linguaggio/disturbi del comportamento alimentare/indicatori precoci di rischio psicopatologico; psico-cognitivo; DL, DCA, indicatori precoci di rischio psicopatologico; seminari con esperto; disturbi della regolazione/disturbi linguaggio/disturbi psicosomatici/depressione *post partum*

C2b2d: formazione comune sui gravi

C2b: CHAT; con Pediatria di comunità; disturbi del sonno - giugno 2002 + DCA - febbraio 2003 + CIF

Eventuali integrazioni relative ad attività di collaborazione NPEE-Pediatria

- Una NPI (dott. Bertani) del Distretto rappresenta l'Azienda insieme al responsabile dell'Area salute infanzia nel Gruppo regionale Presa in carico bambino con patologia cronica integrata.
- Esiste da 10 anni a Modena Centro il Progetto Down che stabilisce un percorso di diagnosi e presa in carico globale di tutti i bambini con Sindrome di Down nati presso il Policlinico: prevede collaborazione fra pediatra neonatologo, NPI, educatori, medici specialisti, pediatri di comunità; segue oltre 100 bambini con soddisfazione delle famiglie
- È in preparazione il percorso integrato disabilità per il corretto passaggio da ospedale a servizi (collaborazione fra Pediatria, Policlinico e NPEE).
- Costruzione di un percorso condiviso di collegamento, formalizzato.
- Esiste un elemento di difficoltà nell'intraprendere attività formative con i PLS rappresentato dal fatto che tali attività sono filtrate dalla Medicina di base (DCP) che tende ad escludere - almeno nell'AUSL di Ferrara - argomenti nell'ambito disciplinare della NPEE.

Suggerimenti rispetto ad eventuali attività formative da intraprendere

- Ipotesi di incontri di aggiornamento su alcuni temi (linguaggio, malattie neuromuscolari).
- Segnali di allarme per una rilevazione precoce dei disturbi di sviluppo.
- Discussione casi in singoli gruppi; seminari di aggiornamento congiunti.
- Attività formative su autismo e su ADHD.

Appendice 2. *Check list II* - Pediatri di libera scelta

 **Regione Emilia-Romagna**

PROGETTO

***COLLEGAMENTI TRA
NEUROPSICHIATRIA ETÀ EVOLUTIVA (NPEE) e
PEDIATRIA***

UTENZA ETÀ 0-5 ANNI

CHECK LIST II Pediatri di libera scelta = PLS

Aziende USL che hanno partecipato all'indagine:

Questionari	N
MO USL	60
BO città	34
BO sud	22
BO nord	18
Cesena	19
<i>TOTALE</i>	<i>153</i>

PLS interpellati: N. 153

R/Q	% n. rispondenti <i>vs</i> n. questionari
SI/R	% n. risposte positive <i>vs</i> n. rispondenti
SI/Q	% n. risposte positive <i>vs</i> n. questionari

A) QUADRO DESCRITTIVO

A2) COLLEGAMENTO dei PLS con PEDIATRIA DI COMUNITÀ (PdC)

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
Esiste attività strutturata con la PdC per l'età pre-scolare?	55		43	24	A2a
Se sì, in che ambito?					
Nell'ambito del Dipartimento di cure primarie?	50		32	16	A2a1
Altro?	48		8	4	A2a2
Se sì, esistono protocolli o altri tipi di produzione?	45		19	8	A2a3
Quali di questi prevedono il coinvolgimento di operatori PLS?	40		8	3	A2a4
Esiste la possibilità di collegamento informatico?	52		19	10	A2a5

A2a2: (BO sud) non so; non li conosco; (BO città) riunioni periodiche; vaccinazioni obbligatorie; vaccinazioni; riunioni periodiche

A2a3: (BO sud-città) no (x 3); riunioni periodiche; vaccinazioni obbligatorie; solo per disturbi linguaggio; (Cesena) bilanci di salute pre-vaccinali con compilazione di una scheda informativa + età filtro (3AA); *screening* del linguaggio (test di Elm), *screening* audiometrico (Boll TdT), *screening* scoliosi; *screening* durante la visita prevaccinale (scheda sui bilanci di salute); per patologie croniche (PCI, Down, IPPM, FC); sì; controlli per bilanci di salute; bilanci di salute → vaccinazioni

A2a4: sì; nessuno; *screening* del linguaggio invio di casi patologici al test di Elm; PCI, Down; ritardo psicomotorio, disturbi del linguaggio

A2a5: per ora

A3) COLLEGAMENTO dei PLS con PEDIATRIA OSPEDALIERA (PO)

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
Esiste attività strutturata con la PO per l'età pre-scolare?	57	26	15		A3a
Se sì, di che tipo?					
di formazione ai PLS	55	20	11		A3a1
di ricerca comune	55	8	5		A3a2
rivolta ad aspetti organizzativi	55	12	7		A3a3
iniziative di educazione sanitaria	55	11	6		A3a4
studi di casi clinici	55	12	7		A3a5
Altro	55	1	1		A3a6
Quali di questi prevedono il coinvolgimento di operatori NPEE?	50	5	3		A3a7
Esiste la possibilità di collegamento informatico?	55	13	7		A3a8

A3a6: non strutturata

A3a7: studi di casi clinici; di formazione ai PLS; nessuna; formazione - aspetti organizzativi

A4) COLLEGAMENTO dei PLS con PEDIATRIA UNIVERSITARIA (PU)

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
Esiste attività strutturata con la PU per l'età pre-scolare?	58	9	5		A4a
Se sì, di che tipo?					
di formazione ai PLS	57	7	4		A4a1
di ricerca comune	57	2	1		A4a2
rivolta ad aspetti organizzativi	57	0	0		A4a3
iniziative di educazione sanitaria	57	3	2		A4a4
studi di casi clinici	57	2	1		A4a5
Altro	57	0	0		A4a6
Quali di questi prevedono il coinvolgimento di operatori NPEE?	54	1	1		A4a7
Esiste la possibilità di collegamento informatico?	62	15	9		A4a8

A4a7: ricerca comune studi di casi clinici

A5) COLLEGAMENTO dei PLS con NPEE

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
Esiste attività strutturata con il Servizio NPEE per l'età pre-scolare?	95		45	42	A5a
Se SI, con quali modalità?					
Invio e risposta clinica sui pazienti che i pediatri inviano ai servizi di NPEE	88		33	29	A5a1
(eventuali allegati)	88		0	0	A5a1a
Contatto o incontro sul caso tra pediatri e NPI	88		18	16	A5a2
(eventuali allegati)	88		0	0	A5a2a
In altra forma	88		7	7	A5a3
(eventuali allegati)	88		0	0	A5a3a
Se sì, in quali fasce orarie?					
Feriali	82		33	27	A5a
Pomeridiani	82		0	0	A5a
Sabato mattina	82		7	6	A5a

A5a: non ne sono informata

A5a1: richiesta su ricettario SSN; sì (solo su richiesta telefonica); solo per linguaggio

A5a2: comunicazione telefonica

A5a3: UPD; personali - telefonici; sporadici; saltuariamente per iniziativa personale telefonica; contatti telefonici / incontri secondo necessità; contatti telefonici reciproci; con la Neuropsichiatria (dott. Folli) per via telefonica abbiamo avuto modo di contattarci; invio di pazienti ai servizi NPEE e solo saltuariamente risposte cliniche sui pazienti inviati; proposto recentemente via *email* ma in pratica difficile iniziare un dialogo

A5a4a: non formalizzati

A5a4a-b-c: saltuari collegamenti telefonici

A6) COLLEGAMENTO dei PLS con SERVIZI TERRITORIALI

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
Sei a conoscenza di un servizio della tua Azienda rivolto al puerperio?	95		54	52	A6a
Se sì, conosci l'organizzazione?	81		26	21	A6b
I PLS hanno partecipato negli ultimi due anni a:					
attività rivolte al puerperio?	58		27	16	A6c1
attività di formazione e/o di organizzazione sull'allattamento?	58		74	42	A6c2
produzione di materiale (es. manuali volti ad incentivare l'allattamento)	58		26	15	A6c3
partecipazione ai corsi di preparazione al parto	58		17	10	A6c4
preparazione od organizzazione di gruppi di sostegno	58		5	3	A6c5
altro	58		0	0	A6c6
Queste attività prevedono il coinvolgimento di operatori NPEE?	48		19	9	A6d

A6b: consultorio familiare; no (x 10); in modo impreciso; non precisamente; consultorio (3); corsi al parto; sì; nel corso di corsi *pre* e *post partum*; corsi organizzati dalla Pediatria di comunità; consultori e convegni; policlinico; servizio Prima infanzia + linea bianca per allattamento seno; possibilità da parte della madre di contatto telefonico per consigli e contatto diretto con assistente sanitaria; percorso nascita Ospedale Bazzano; corsi pre-parto, Spazio mamme; non so; poco; solo formalmente; (Cesena →) assistenza domiciliare dell'assistente sociale; visita domiciliare da parte dell'assistente sanitaria alle primipare nei primi giorni dalla dimissione dall'ostetricia; visita domiciliare da parte di un'assistente sanitaria; ipotesi di lavoro sulla depressione *post partum*; visite domiciliari di ASV a primipare o familiari a rischio; visita domiciliare della PdC; riunioni di Distretto

A6c: altro

A6c1: altri colleghi

A6c2: a titolo personale

A6c4: solo a livello organizzativo ma non operativo

A6d: non so (x 2)

B) LA CONSULENZA

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
B1) I PLS inviano le richieste all'UO di NPEE?	98		97	95	B1
Se sì, con quali modalità?					
Telefonicamente	98		35	34	B1a
Accesso diretto su ricettario USL	98		39	39	B1b
Tramite il CUP	98		37	37	B1c
Invitando il genitore a telefonare	98		58	57	B1d
Invitando il genitore a recarsi presso l'UO di NPEE	98		9	8	B1e
Altro	98		2	2	B1f
Se no ...	98		2	2	B1g

B1f: comunicazione *email* (x 2)

B1g: c'è anche un accesso diretto da parte dei genitori; abitualmente modalità di appuntamento telefonico per il mio Distretto; cerchiamo nei casi seri di telefonare (quando li trovi!) ma viene comunque risposto di fare telefonare la madre in un giorno alla settimana per prendere appuntamento (quanta perdita di tempo!!!)

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
B2) II PLS sente la necessità di utilizzare questionari o test per guidare l'invio?	97		66	65	B2
Se sì, in quali ambiti?					
Disturbi psicofunzionali (alimentazione, sonno, altro)	96		43	41	B2a
Disturbo di linguaggio	96		54	52	B2b
Disturbo relazionale	96		46	44	B2c
Autismo	96		41	39	B2d
ADHD	96		41	39	B2e
Altro	96		3	3	B2f

B2: (semplici!)

B2f: adozioni; preferisco comunicare direttamente col NPEE; in tutti gli ambiti; tutti!

C) IL COLLEGAMENTO

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
C1) I PLS sono a conoscenza dell'assetto organizzativo e funzionale del Servizio di NPEE aziendale?	98		57	56	C1
Se sì, in che modo sono informati?					
Su richiesta telefonica di informazione	95		12	12	C1a
con incontri periodici	95		24	23	C1b
In modo formale	95		11	10	C1c
In modo informale	95		23	22	C1d
C2) PLS hanno a disposizione i numeri telefonici del Servizio NPEE?	92		79	72	C2
C3) Esiste nel Servizio di NPEE un punto di ricezione e di smistamento delle telefonate?	84		56	47	C3

C1b: nel corso degli incontri UPD

C1c: modulo informativo

C2: (alcuni)

C3: che io sappia; non so

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
C4) Tieni una registrazione dei bambini inviati dai PLS al Servizio di NPEE?	94	49	46		C4
Se sì, quanti bambini nella fascia 0-2 hai inviato al Servizio di NPEE nel corso del 2002?					
N = 0	97	26	25		C4aa
N < 10	97	45	44		C4ab
N = 10-20	97	3	3		C4ac
N > 20	84	1	1		C4ad
Per quali motivi?					
Problemi relativi all'attaccamento o comunque alla relazione genitori-bambino	84	20	16		C4a1
Disturbi del sonno	84	15	12		C4a2
Disturbi dell'alimentazione	84	14	12		C4a3
Ritardo di sviluppo	84	40	33		C4a4
Disturbi del comportamento	84	20	17		C4a5
Altri	84	5	5		C4a6

C4: non scritta; perché dei bambini che invii, solo una piccola parte viene presa in carico, gli altri vengono rimandati e quindi non sai mai quanti sono seguiti e quanti no!

C4a: dati non estraibili dal mio programma

C4ab: circa

C4ac: seguiti = (?)

C4a6: disturbi del linguaggio; del linguaggio; problemi di linguaggio; malformazione; ritardo del linguaggio; cerebropatia epilettica; Down

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
C4b) Se sì, quanti bambini nella fascia 3-5 anni hai inviato al Servizio di NPEE nel corso del 2002?					
N = 0	96	10	10		C4ba
N < 10	96	61	59		C4bb
N = 10-20	96	10	10		C4bc
N > 20	96	2	2		C4bd
Per quali motivi?					
Disturbo della relazione genitori-bambino	95	25	24		C4b1
Disturbi del linguaggio	95	71	67		C4b2
Autismo	95	23	22		C4b3
Iperattività	95	26	25		C4b4
Patologie organiche (PCI, epilessia, ecc.)	95	32	31		C4b5
Disturbi comportamentali	95	51	48		C4b6
Disturbi dell'attaccamento	95	5	5		C4b7

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
C5) L'attività di collegamento dei PLS con la NPEE è effettuata secondo il criterio di territorialità?	86	88	75		C5
Se sì, di tipo?					
sovra-aziendale	81	2	1		C5a
aziendale	81	23	18		C5b
distrettuale	81	73	59		C5c
per area vasta	81	1	1		C5d
per aree elementari	81	2	1		C5e
NCP	81	0	0		C5f

C5: non lo so; non c'è collegamentooo!!

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
C6) È prevista la possibilità di discussione del PLS sul singolo caso?	94	81	76		C6
Se sì, secondo quale modalità					
telefonica	93	64	59		C6a
relazione scritta	93	22	21		C6b
Altro	93	25	24		C6c

C6: ma di fatto siamo solo noi a chiedere notizie di un paziente (di solito grave); non viene rilasciato niente alle famiglie da farci avere come relazione

C6a: da parte nostra

C6a - C6b: a volte

C6b: non arrivano; non sempre

C6c: incontro annuale; partecipando al loro incontro di *équipe*; informale telefonica

	%	R/Q	SI/R	SI/Q	codice
C7) Negli ultimi due anni si sono svolte esperienze strutturate (discussione di casi, formazione compiuta, ecc.) con la NPEE?	96		54	52	C7
È stata effettuata un'attività di formazione congiunta con gruppi di PLS?	90		40	36	C7a
È ancora in corso tale esperienza strutturata?	89		26	24	C7b
Se sì, secondo quale modalità					
<i>vis à vis</i> , individualmente	89		9	8	C7b1
nel corso di incontri periodici fra operatori NPEE e un piccolo gruppo di PLS per la discussione di casi	89		13	11	C7b
gruppi Balint	89		0	0	C7b4
lezioni su specifici temi	89		16	14	C7b5
discussione con l'ausilio video	89		1	1	C7b6
<i>role playing</i>	89		0	0	C7b7
corrispondenza informatica (<i>online</i>)	89		1	1	C7b8
altro	89		1	1	C7b9
Tale attività formativa viene effettuata:					
nell'attività istituzionale di formazione/aggiornamento dei PLS?	92		43	40	C7c1
nell'attività istituzionale di formazione/aggiornamento dei NPI?	92		2	2	C7c2
altro	92		1	1	C7c3

C7: per "esperienze strutturate" intendo alcuni incontri organizzati saltuariamente tra NPEE e PLS per discutere/aggiornarsi su problemi attinenti allo sviluppo del bambino: es. dislessia, ritardo di linguaggio

C7c3: occasionale; incontri di UPD; 1 corso di formazione; 1 corso di formazione NPEE;

C7b4: disturbi di apprendimento; nel 2003 proseguirà con un nuovo argomento trasversale (extracomunitari); linguaggio

C7b5: aggiornamento sui problemi del linguaggio - formazione ADHD; per iniziative autonome; disturbi del linguaggio, relazione madre-bambino

C7b9: relazioni e discussione sulle problematiche e i disturbi della età evolutiva

C7c3: con incontri periodici con 1 neuropsichiatra (1 solo!!)

**Eventuali integrazioni relative ad attività di collaborazione NPEE-Pediatria
(rispondenti 27/153 = 17,6%)**

- Maggiore comunicazione con incontri formativi e confronto tra specialisti neuropsichiatri e pediatri, e possibilità di maggiore e rapida comunicazione sui casi specifici quando si presenta un problema.
- Nonostante la mancanza di organizzazione.
- Nel mio Distretto è stato effettuato un solo incontro tra PLS e NPEE.
- Spesso non invio perché non ho notizie di invii precedenti o non efficacia del mio invio per cui mi auto-censuro.
- Incentivare la possibilità di comunicazione diretta per operatori del Servizio e DLS.
- Incontri periodici programmati.
- Il rapporto con il singolo operatore è ottimo ma rimane sempre un rapporto personale. Preferirei un rapporto più codificato. Eccellente è l'idea di un questionario per guidare l'invio.
- Comunicazioni scritte semestrali sui bimbi presi in carico.
- Esperienza personale: contatto personale ottimo con i singoli operatori. Purtroppo al di là di questo penso che l'integrazione debba essere strutturata. Con flusso di ritorno e informazione al pediatra curante che ha fatto l'invio e che vede sparire il paziente e non ne ha più notizia dalla struttura.
- Incontri a piccoli gruppi per discutere casi specifici con il Servizio di NPEE del Distretto.
- Aggiornamenti periodici, presa in carico il più presto possibile dei soggetti con disturbi linguaggio e autismo.
- Incontri periodici. Riduzione tempi di attesa per presa in carico dei nuovi casi segnalati.
- Sempre relazione o breve risposta scritta di ritorno.
- L'accesso alle strutture anche territoriali è troppo difficoltoso e ha tempi troppo lunghi.
- Maggiore disponibilità ad accogliere nuovi casi che - pur non essendo compresi nella fascia dell'emergenza, per i quali si utilizza l'accesso tramite PS - tuttavia non possono subire le lunghe liste di attesa non compatibili con l'età del bambino (es. lattante).
- Il rapporto è tutto da costruire, sia come incontri di reciproca conoscenza fra PLS e operatori di territorio, sia come adozione di sistemi di collegamento su singoli casi.
- Sia previsto (come per le visite specialistiche) un referto per il PLS.
- Il collegamento dovrebbe essere con tutti i neuropediatri e non solo uno e non solo quelli del territorio ma anche con gli ospedalieri!!!
- Maggiore collaborazione tra NPEE e PLS con incontri di lavoro, informazioni e anche incontri di aggiornamento.

- È da costruire completamente il percorso collaborativo fra pediatria e NPEE. Annualmente vi sono solo rapporti basati sulla grande disponibilità degli operatori, ma nulla di codificato e strutturato.
- Esiste un *feedback*. Il rapporto è personale. Il personale NPI non è sufficiente all'entità dei problemi.
- La NPEE sembra non essere interessata a socializzare con i pediatri di famiglia. I rapporti PdF - NPEE sono lasciati alle iniziative dei singoli (conoscenze, rapporti di vicinato).
- Incontri periodici.
- La richiesta di interazione è solo da parte univoca, da parte dei PLS è difficilissimo trovare gli operatori telefonicamente (dopo tentativi di giorni e giorni). Dopo un colloquio non si sa più niente, evidentemente sono molto, molto impegnati.
- Il Servizio NPE è totalmente disgiunto dalla nostra pratica quotidiana e appare ogni volta irraggiungibile, isolato, indecifrabile nelle scelte, non coordinato con la nostra attività, con tempi lunghissimi di presa in carico e di dimissione. Scarsa *compliance* da parte dei pazienti per la psicologa. Caso particolare: invio di bambini di 7 anni per disturbi del linguaggio; dopo 2 anni scopro che è "certificato"!!!
- Migliorare monitoraggio nel *follow up* di bambini con problemi cronici

**Suggerimenti rispetto ad eventuali attività formative da intraprendere
(rispondenti 30/153 = 19,6%)**

- Incontri sulle problematiche di più frequente riscontro e sulle modalità di prevenzione e diagnosi precoce.
- Auspicabile maggiore comunicazione e maggiore aggiornamento da parte degli specialisti del territorio sui casi inviati.
- Formazione congiunta 2003-2004 distrettuale e aziendale con modalità di invio e comunicazione.
- Aggiornamento monotematico a cadenza semestrale.
- Come già chiesto da anni auspichiamo una più stretta collaborazione col Servizio. I bambini vengono presi in carico dal Servizio senza integrazione col PLS se non per iniziativa del pediatra stesso.
- Per ora conosco poco il Servizio perché sono appena rientrato a lavorare a Modena.
- Attività di formazione per pediatri di libera scelta.
- Preferirei incontri formativi rivolti a individuare i fattori di rischio psicopatologici e all'elaborazione di questi questionari - test.
- Sarebbe auspicabile che venissero attivate le attività ai punti C5 - C6 - C7 N.V.
- Incontri con discussione dei casi.

- Incontri di aggiornamento di formazione sui disturbi alimentari, ansia, comportamento, attaccamento.
- Ripeterei e organizzerei anche con l'ausilio di mezzi audiovisivi le attività di formazione per i PLS, darei comunque un'impostazione tipo gruppo di studio in modo che i PLS non siano molti e siano presenti anche gli operatori NPEE, in modo da migliorare le reciproche conoscenze e favorire l'integrazione fra PLS e NPEE.
- Incontri formativi sulle patologie di maggiore interesse ed emergenti. Incontri di valutazione di casi clinici. Accordi sulle modalità di interazione professionale con linee guida da condividere e decidere insieme.
- Incontri periodici con i colleghi. Eventuale discussione dei casi.
- Cercare un metodo più diretto per un eventuale invio, perché attualmente si fa veramente fatica arrivare a mettersi in contatto attraverso trafile.
- Corsi con linee guida sulle singole patologie neuropsichiatriche.
- Sento la necessità di strutturare gli incontri cioè di stabilire, con cadenza da concordare tra PLS e NPI, momenti di discussione e confronto.
- Questionario e/o test concordati da entrambe le parti. Attenzione ai danni del falso positivo sul bambino o sulla sua famiglia.
- Aggiornamento periodico.
- Essere informati sui casi seguiti dai NPI del territorio, direttamente, non attraverso i genitori e non solo saltuariamente.
- Collegamento con neuropediatrati (tutti), non un solo singolo neuropsichiatra. Essere informati sui casi e scambiarsi informazioni utili.
- Ambito locale. Conoscenza persone/servizi/flussi. Discussione casi. Coordinamento pediatra di base/NPEE/scuola/sociale.
- Più che attività formative sono necessari incontri per formalizzare percorsi assistenziali, protocolli per patologie e relazione continua tra PLS e NPEE, tenendo conto della necessità di ampliare la disponibilità e attività della NPEE.
- Corsi di aggiornamento su problemi con i disturbi del sonno, del linguaggio, anche tenuti dagli specialisti del Distretto di riferimento per avviare collaborazione e confronto. Incontri periodici di casi clinici.
- Occorre prevedere un incontro periodico con il Servizio piuttosto che organizzare un corso. Bisognerebbe potersi riunire una volta ogni 2 o 3 mesi per discutere dei casi seguiti e aggiornarsi circa gli eventuali progressi fatti dai pazienti e per lavorare insieme dove i miglioramenti non ci sono stati. Naturalmente questi incontri non essendo contemplati dai nostri obblighi convenzionali verranno liquidati separatamente.
- Ripuntualizzare i criteri per guidare l'invio alla NPEE riguardanti le problematiche di cui al punto B2 (le consulenze)
- Diagnosi precoce di problemi del linguaggio.

- Autismo = diagnosi e percorsi assistenziali
- Tempi di attesa troppo lunghi per i pazienti che vengono inviati al Servizio NPEE. Solo saltuariamente veniamo a conoscenza del percorso clinico che viene intrapreso dai nostri pazienti inviati (spesso abbiamo solo notizie frammentarie dalle madri). Non ci pervengono mai relazioni scritte. Ci vorrebbe più collaborazione.
- Riterrei più opportuna una maggiore collaborazione con la NPEE per una migliore comunicazione sui casi clinici, mentre per ora è spesso legata all'iniziativa dei singoli operatori e spesso il PLS viene convocato in orario di ambulatorio per cui non può partecipare.

Appendice 3. *Check list* III - Pediatri ospedalieri



PROGETTO

COLLEGAMENTI TRA NEUROPSICHIATRIA ETÀ EVOLUTIVA (NPEE) e PEDIATRIA OSPEDALIERA

UTENZA ETÀ 0-5 ANNI

CHECK LIST III Pediatri ospedalieri (PO)

Legenda

N. AUSL	N. di AUSL con almeno una risposta positiva
% rispondenti	N. strutture Pediatria ospedaliera rispondenti <i>vs</i> totale strutture rispondenti (23)
% SI / tot.	N. risposte positive <i>vs</i> totale strutture rispondenti (23)

Totale strutture rispondenti:	n. 23
In Aziende USL	n. 11
Strutture universitarie/Aziende ospedaliere	n. 3 (codice 1)

A) L'ORGANIZZAZIONE

	N AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
Nella UO di pediatria ospedaliera è presente la competenza di NPI?	6	100	39,1	A01
Se sì, descrivere:				
UO NPI	2	100	13	A01a
Modulo NPI	1 (PR)	100	4,35	A01b
Consulente NPI				
a) del Servizio NPEE territoriale	4	100	17,4	A01c1
b) altro	1	100	4	A01c2
La UO di pediatria si avvale della consulenza psicologica?	11	96	96	A02
Se SI, descrivere:				
Psicologo di UO dello stesso Dipartimento	5	96	26	A02a
Psicologo di UO di altro dipartimento	1	96	4	A02b
Consulente esterno				
a) del Servizio NPEE territoriale	8	96	65	A02c1
b) altro	0	96	0	A02c2

A01: sono presenti un neuropediatra, un neuropsichiatra infantile nell'ambito della UO di pediatria

A01c1: + 2 medici pediatri ospedalieri specialisti in NPI

A02: solo a livello territoriale

A02c1: in casi particolari; in caso di particolari difficoltà a richiedere consulenze urgenti

A1) COLLEGAMENTO della PEDIATRIA OSPEDALIERA con i PLS

	N AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
Esiste un'attività strutturata con la Pediatria di libera scelta per l'età pre-scolare?	10	100	57	A1
Se sì, di che tipo?				
formazione ai PLS	6	100	30	A1a
ricerca comune	2	100	9	A1b
rivolta ad aspetti organizzativi	9	100	43	A1c
iniziative di educazione sanitaria	5	100	22	A1d
discussione di casi clinici	5	100	26	A1e
altro	2	100	9	A1f
Se sì, per questa attività:				
esiste un referente istituzionale/formalizzato?	5	100	26	A1g
esiste materiale comune?	6	100	26	A1h
quali modalità di programmazione?	2	96	9	A1i
Le suddette tipologie prevedono il coinvolgimento di operatori NPEE?	6	96	30	A1l
Esiste la possibilità di collegamento informatico con i PLS?	5	100	26	A1m

A1b: occasionalmente

A1c: occasionale; in parte

A1d: occasionale

A1e: occasionale

A1f: riunioni periodiche di aggiornamento

A1g: animatori formazione

A1h: linee guida per qualche patologia

A1i: riunioni periodiche di aggiornamento

A1l: formazione; nessuna; non è sempre previsto il coinvolgimento di operatori NPEE; dimissione protetta dei bambini critici e dei neonati di peso estremamente basso; ricerca comune, aspetti organizzativi, discussione casi clinici; programmazione

A2) COLLEGAMENTO della PEDIATRIA OSPEDALIERA con NPEE

	N AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
Esiste un'attività strutturata della PO con il servizio di NPEE territoriale per l'età pre-scolare?	9	100	48	A2
Come modalità di invio e di risposta clinica sui pazienti che i pediatri inviano ai servizi di NPEE	3	100	13	A2a1
(eventuali allegati)	1 (PC)	100	4	A2a2
Come modalità di contatto o incontro sul caso tra pediatri e NPI	7	100	30	A2b1
(eventuali allegati)	0	100	0	A2b2
In altra forma	2	96	13	A2c1
(eventuali allegati)	0	100	0	A2c2
Se sì, in quali fasce orarie?				
feriali	6	91	30	A2d1
pomeridiane	3	91	13	A2d2
sabato mattina	0	91	0	A2d3
Se sì, per questa attività:				
esiste un referente istituzionale/formalizzato?	6	100	26	A2e1
esiste materiale comune?	3	100	13	A2e2
quali modalità di programmazione?	2	96	9	A2e3
È prevista la refertazione della NPEE territoriale alla PO?	7	96	39	A2f

A2c1: richiesta di intervento in pazienti ospedalizzati; richiesta da parte del Servizio NPI territoriale di ricoveri mirati. Incontri strutturati ogni 2 mesi tra neonatologia (e a seconda dei bisogni anche le altre UO della pediatria) e NPEE di Bologna e provincia. Non ci sono allegati ma circa a frequenza semestrale incontro su caso clinico seguito dalle UO di pediatria sul versante neurologico e dalle NPI sul versante psicologico/riabilitativo

A2f: solo nei casi in cui la richiesta di intervento NPEE sia partita dalla pediatria ospedaliera; gli interventi NPEE richiedono comunque settimane o mesi per essere effettuati; è occasionale; l'inquadramento è fatto dalla nostra NPI ospedaliera

A3) COLLEGAMENTO della PEDIATRIA OSPEDALIERA con il PERCORSO NASCITA

	N AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
Sei a conoscenza di un servizio della tua Azienda rivolto al puerperio?	10	96	87	A3
Se sì, conosci l'organizzazione?	9	78	61	A3a
I pediatri ospedalieri fanno formalmente parte di gruppi/progetti per l'assistenza al puerperio?	10	96	70	A3b
I pediatri ospedalieri hanno partecipato negli ultimi due anni a:				
attività rivolte al puerperio?	10	91	65	A3c1
attività di formazione e/o di organizzazione sull'allattamento?	10	96	83	A3c2
produzione di materiale (es. manuali volti ad incentivare l'allattamento)	8	91	65	A3c3
partecipazione ai corsi di preparazione al parto	10	96	70	A3c4
preparazione od organizzazione di gruppi di sostegno	8	91	39	A3c5
altro	4	96	22	A3c6
Queste attività prevedono il coinvolgimento di operatori NPEE?	1	87	4	A3d

A3a: in carico alla UO ostetricia - ginecologia; protocollo d'intesa tra AUSL di Parma - Comune di Parma - Università degli studi - Azienda ospedaliera; consultazione telefonica, ambulatoriale, domiciliare; percorso nascita; visite domiciliari delle ostetriche territoriali, in via di attivazione ambulatorio di sostegno all'allattamento; percorso nascita aziendale e regionale; corsi pre-parto - allattamento al seno; esiste un gruppo aziendale per il puerperio di cui fa parte un pediatra ospedaliero; esistono iniziative delle ostetriche del punto nascita, con coinvolgimento dei pediatri ospedalieri; corsi per parto e puerperio; ostetriche del territorio "pronto latte"; la nuova Unità operativa comprende 3 ruoli e una patologia neonatale; sì; inserito all'interno degli obiettivi del Dipartimento; passa/spetta al Distretto

A3c6: ricerca regionale sull'allattamento in corso; ricerca sull'allattamento regionale (CeVEAS); percorso "dimissione neonato sano"

B) LA CONSULENZA della NPEE territoriale

	N AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
I pediatri ospedalieri inviano le richieste all'UO di NPEE?	9	96	83	B1
Se sì, con quali modalità?				
telefonicamente	8	96	70	B1a
accesso diretto su ricettario USL	2	96	9	B1b
tramite il CUP	0	96	0	B1c
invitando il genitore a telefonare	2	96	26	B1d
invitando il genitore a recarsi presso l'UO di NPEE	5	96	39	B1e
altro	4	96	17	B1f
Se no, perché?	2	96	9	B1g
Il pediatra ospedaliero sente la necessità di utilizzare questionari o test per guidare questo invio?	5	96	52	B2
Se sì, in quali ambiti?				
disturbi psicofunzionali (alimentazione, sonno, altro)	5	91	43	B2a
disturbo relazionale	5	91	48	B2b
autismo	5	91	39	B2c
ADHD	4	91	35	B2d
disturbo di linguaggio	4	91	30	B2e
altro	1	91	4	B2f

B1 contatto diretto.

B1a: solo per i casi più critici

B1f: mediante apposito modulo; modalità di invio programmata segreteria NPI; dopo gli incontri bimestrali; richiesta di consulenza su modulo aziendale

B1g: esiste una UO di NPI all'interno del Dipartimento materno-infantile; presenza di UO neuropsichiatria infantile in ambito ospedaliero

B2: finora non sono stati affrontati ma sarebbero necessari

C) IL COLLEGAMENTO con la NPEE territoriale

	N AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
I pediatri ospedalieri sono a conoscenza dell'assetto organizzativo e funzionale del Servizio di NPEE dell'Azienda territoriale di riferimento?	11	96	91	C1
Se sì, in che modo sono informati?				
su richiesta telefonica di informazione	3	87	13	C1a
con incontri periodici	3	87	13	C1b
in modo formale	5	87	26	C1c
in modo informale	5	87	43	C1d
I pediatri ospedalieri hanno a disposizione i numeri telefonici del Servizio NPEE?	11	100	96	C2
A tale proposito, esiste nel Servizio di NPEE un punto di ricezione e smistamento delle telefonate?	10	87	70	C3
Tieni una registrazione dei bambini inviati dai pediatria ospedalieri Servizio di NPEE?	3	96	17	C4
Se sì, quanti bambini nella fascia 0-2 la PO ha inviato al Servizio di NPEE nel 2002? N = ...				
0	1	91	4	C4a1
<10	3	91	13	C4a2
10	0	91	0	C4a3
>20	2	91	9	C4a4
Per quali motivi?				
Problemi relativi all'attaccamento o comunque alla relazione genitori-bambino	3	100	17	C4a5
Disturbi del sonno	0	100	0	C4a6
Disturbi dell'alimentazione	3	100	13	C4a7
Ritardo di sviluppo	4	100	22	C4a8
Disturbi del comportamento	5	100	35	C4a9
Altri	3	100	13	C4a10
Quanti bambini nella fascia 3-5 anni la PO ha inviato al Servizio di NPEE nel 2002? N = ...				
0	3	91	13	C4b1
<10	4	91	35	C4b2
10-20	1 (RN)	91	4	C4b3
>20	1 (RA)	91	4	C4b4

Per quali motivi?				
Disturbo della relazione genitori-bambino	5	96	30	C4b5
Disturbi del linguaggio	6	96	30	C4b6
Autismo	5	96	22	C4b7
Iperattività	4	96	17	C4b8
Patologie organiche (PCI, epilessia, ecc.)	6	96	30	C4b9
Disturbi comportamentali	7	96	48	C4b10
Disturbi dell'attaccamento	1 (RE)	96	4	C4b11

C1a-b-c-d: attraverso la UO di NPI del DMI

C3: solo per Bologna; a fasce orarie; non dedicato

C4: la Direzione pediatrica dispone di numerosi servizi ambulatoriali che sono regolarmente in contatto autonomo con la NPEE territoriale; possibile comunque risalire

C4a10: encefalopatie, paralisi cerebrali; sorveglianza e sviluppo psicomotorio in bambini a rischio

	N AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
L'attività di collegamento della Pediatria ospedaliera con la NPEE è effettuata secondo il criterio di territorialità? (possibile risposta multipla)	9	100	87	C5
Se sì, di tipo:				
sovra-aziendale	1 (SO-BO)	100	4	C5a
aziendale	3	100	17	C5b
distrettuale	8	100	65	C5c
per area vasta	1	100	9	C5d
per aree elementari	0	100	0	C5e
NCP	0	100	0	C5f
È prevista la possibilità di discussione del pediatra ospedaliero con la NPEE sul singolo caso?	11	100	96	C6
Se sì, secondo quale modalità				
telefonica	7	91	61	C6a
relazione scritta	8	91	39	C6b
Altro	6	91	30	C6c
Negli ultimi due anni si sono svolte esperienze strutturate discussione di casi, formazione compiuta, ecc.) con la ...				
NPEE stesso ospedale	5	83	26	C7a
NPEE territoriale	6	96	30	C7b
È stata effettuata un'attività di formazione congiunta fra Pediatra ospedaliera e ...				
NPEE stesso ospedale	5	87	26	C7a1
NPEE territoriale	3	96	17	C7a2
È ancora in corso tale esperienza strutturata?	4	91	26	C7b
Se sì, secondo quale modalità?				
<i>vis à vis</i> , individualmente	2	87	9	C7b1
nel corso di incontri periodici fra operatori NPEE e un piccolo gruppo di PO per la discussione di casi	2	87	9	C7b2
gruppi Balint	0	87	0	C7b3
lezioni su specifici temi	2	83	13	C7b4
(specificare)	2	87	13	C7b4a
discussione con l'ausilio video	0	87	0	C7b5
<i>role playing</i>	0	87	0	C7b6
corrispondenza informatica (<i>online</i>)	0	87	0	C7b7
altro	0	87	0	C7b8
(specificare)	0	87	0	C7b8a

Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita
Appendice

Tale attività formativa viene effettuata:				
nell'attività istituzionale di formazione/ aggiornamento della PO?	6	96	30	C7c1
nell'attività istituzionale di formazione/ aggiornamento dei NPI?	4	91	17	C7c2
altro	2	96	9	C7c3

C6a: occasionale

C6c: comunicazione diretta; incontri in ospedale;

C7a: non esiste

C7a - b: non sono esperienze strutturate

C7B4a: argomenti comuni di interesse interdisciplinare quali le convulsioni febbrili, approccio urgente alla crisi epilettica, gestione del malato neurologico grave con complicanze internistiche; incontri periodici su specifiche tematiche

C7C3: Pediatria ospedaliera / di famiglia / NPI sulla discussione del neonato critico

Eventuali integrazioni relative ad attività di collaborazione NPEE - Pediatria ospedaliera

- Si sente la necessità della presenza in ospedale di un servizio / UO di NPEE, poiché non è sempre semplice il *feedback* dal territorio ed esistono condizioni cliniche che richiedono una gestione ospedaliera con contemporanea presa in carico del NPEE.
- Necessità di EEG; miglioramento collaborazione tra l'UO di pediatria e il Servizio NPEE.
- Nel Dipartimento materno-infantile dell'Azienda ospedaliera di Parma vi sono anche le Unità operative di:
 - neonatologia universitaria
 - divisione pediatria ed oncoematologia (ospedaliera)
 - chirurgia pediatrica (ospedaliera)che si riconoscono nelle risposte fornite.
- Percorso condiviso di invio e ritorno delle informazioni.
- Formazione specifica sulle patologie più frequenti.
- Integrazione nel percorso epilessia.
- Attenzione a richiesta di individuazione di griglie di rilevazione per le patologie più comuni in ambito NPI allo scopo di "segnalazioni mirate".
- È stato recentemente istituito un tavolo organizzativo multidisciplinare per il *follow up* del neonato a rischio; è in corso di organizzazione un gruppo multispecialistico per la gestione delle problematiche dell'adolescente.
- L'esperienza maturata negli anni passati di Dipartimento transmurale di area pediatrica (UO di pediatria ospedaliera + NPI territoriale + Pediatria di comunità) aveva dato frutto nell'ambito della integrazione e della ottimizzazione dei percorsi, le scelte successive di dividere l'area pediatrica (UO di pediatria nel Dipartimento ospedaliero di pediatria, NPI nel Dipartimento di psichiatria, Pediatria di comunità nel Dipartimento cure primarie) ha comportato un arresto e una regressione in tale processo; credo che ripristinare l'Area pediatrica sarebbe l'obiettivo primario

Suggerimenti rispetto ad eventuali attività formative da intraprendere

- Corsi comuni di aggiornamento per le patologie di più frequente riscontro; la NPI dovrebbe appartenere al Dipartimento materno-infantile.
- La scelta di non avvalersi più della NPI a livello del Dipartimento pediatrico è stata molto deleteria nel processo di integrazione tra Pediatria ospedaliera e NPI territoriale.
- Formazione sull'organizzazione e sui soggetti da inviare e come inviarli; ritorno delle relazioni cliniche per *follow up*.
- Si ritiene opportuno prevedere un programma di formazione comune tra la Pediatria ospedaliera, la Terapia intensiva neonatale, la Chirurgia pediatrica, la NPI ospedaliera, la NPEE e i PLS.
- Non esiste la possibilità per carenza di organico di avere la visita NPI urgente per il reparto del NPI del Servizio NPEE. I bambini sono visti dal servizio NPEE a distanza di settimane. Per le patologie urgenti dobbiamo rivolgerci a un centro ospedaliero (Gozzadini o Ospedale Maggiore). È in programma un protocollo d'intesa con la NPI del Maggiore diretta dal dott. Gobbi. Siamo disponibili a collaborare con il Servizio NPEE distrettuale.
- Favorire incontri su temi specifici.
- Diffondere questionari e *check list* per l'individuazione precoce dei vari problemi.

Appendice 4. *Check list IV - Pediatri di comunità*

 Regione Emilia-Romagna

PROGETTO

*COLLEGAMENTI TRA
NEUROPSICHIATRIA ETÀ EVOLUTIVA (NPEE) e
PEDIATRIA*

UTENZA ETÀ 0-5 ANNI

CHECK LIST IV Pediatri di comunità = PdC

PdC dei Distretti rispondenti: n. 35 - totale Aziende USL: n. 11

Legenda

N. AUSL N. di AUSL con almeno una risposta positiva
% rispondenti N. strutture PdC rispondenti *vs* totale strutture rispondenti (35)
% SI / tot. N. risposte positive *vs* totale strutture rispondenti (35)

A) ORGANIZZAZIONE

A1) COLLEGAMENTO della PdC con i PLS

	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
Esiste un'attività strutturata con la Pediatria di libera scelta per l'età pre-scolare?	10	100	77	A1
Se sì, di che tipo?				
di formazione ai PLS	8	97	49	A1a
di ricerca comune	6	97	37	A1b
rivolta ad aspetti organizzativi	9	97	69	A1c
iniziative di educazione sanitaria	8	97	37	A1d
studi di casi clinici	4	97	31	A1e
altro	5	97	34	A1f
Quali di questi prevedono il coinvolgimento di operatori NPEE?	9	94	66	A1g
Esiste la possibilità di collegamento informatico?	7	97	40	A1h

A1: aziendale, ma articolata in ogni singolo Distretto; è in corso un progetto regionale di formazione per PLS e PdC su fasce 0-3 anni, la formazione tra PLS e PdC è strutturata per tutte le fasce d'età e non specifica solo per l'età pre-scolare

A1a + A1b: aziendale

A1c: UPD

A1d: sporadiche iniziative

A1e: in via di strutturazione (dimissione protetta per casi a rischio socio-sanitario)

A1f: profilassi malattie infettive (4), patologia cronica (4), farmaci a scuola (3)

A1g: formazione (2); protocolli operativi; malattie croniche (7); coinvolgimento non previsto in modo strutturato, ma attuabile al bisogno (più spesso per patologia cronica); farmaci a scuola; autorizzazione sulla somministrazione di farmaci (bambini con patologia neurologica); gestione casi di bambini con patologia neurologica a scuola; protocollo (in bozza) + dimissione e presa in carico del bambino con patologia neurologica (sofferenza neonatale, malformazione, cerebrolesioni), madre con depressione *post partum*); a livello locale nessuno; partecipazione a qualche riunione e discussione casi clinici e percorsi per invio di pazienti (2); restituzione esito visita; l'attività strutturata riguarda tutte le fasce d'età; organizzativo + altro; aspetti organizzativi e formazione PLS; studi di casi clinici; formazione, aspetti organizzativi; nessuno; di formazione PLS + studi casi clinici; percorso nascita; formazione, ricerca comune, organizzazione casi clinici (2)

A1h: *email* (?); in parte (non con tutti); in parte; per *email* (si sta ipotizzando una cartella informatizzata per i casi in gestione comune; no condivisione cartelle cliniche, si *email*; in via di allestimento (2)

A2) COLLEGAMENTO della PdC con la NPEE

	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
Esiste un'attività strutturata della PdC con il Servizio NPEE per l'età pre-scolare?	7	97	46	A2
Come modalità di invio e di risposta clinica sui pazienti che i pediatri inviano ai Servizi NPEE	3	97	11	A2a
(eventuali allegati)	1	97	3	A2a2
Come modalità di contatto o incontro sul caso tra pediatri e NPI	7	97	34	A2b1
(eventuali allegati)	0	97	3	A2b2
In altra forma	3	97	11	A2c1
(eventuali allegati)	1	97	3	A2c2
Se sì, in quali fasce orarie?				
feriali	6	100	34	A2d1
pomeridiani	1	100	3	A2d2
sabato mattina	0	100	0	A2d3

A2a1: per i bambini senza PLS

A2c1: incontri periodici Unità di valutazione pediatrica per presa in carico di malati cronici; segnalazioni scolastiche e incontri privati programmati (ogni trimestre); appartengono entrambi allo stesso servizio; PdC, NPI e psicologi fanno parte del coordinamento del progetto "Prevenzione, diagnosi e cura e maltrattamento ai minori", PdC, NPI e psicologi partecipano al progetto "Adolescenza" e al progetto "DCA", PdC, NPI e psicologi cooperano nell'ambito del Percorso nascita (corsi di preparazione al parto, assistenza al puerperio)

A2d1: a.m. e/o p.m. (operiamo negli stessi CSS)

A3) COLLEGAMENTO della PdC con SERVIZI TERRITORIALI

	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
Sei a conoscenza di un servizio della tua Azienda rivolto al puerperio?	11	100	97	A3
Se sì, conosci l'organizzazione?	11	94	91	A3a
I PdC hanno partecipato negli ultimi due anni a:				
attività rivolte al puerperio?	8	97	57	A3b1
attività di formazione e/o di organizzazione sull'allattamento?	10	97	77	A3b2
produzione di materiale (es. manuali volti ad incentivare l'allattamento)	9	97	54	A3b3
partecipazione ai corsi di preparazione al parto	10	94	77	A3b4
preparazione od organizzazione di gruppi di sostegno	4	97	29	A3b5
altro	5	97	20	A3b6
Queste attività prevedono il coinvolgimento di operatori NPEE?	6	97	29	A3c

A3a: solo parzialmente; in modo informale; sezione "salute donna" (3); consultazione telefonica e ambulatoriale, visite domiciliari, prossima apertura spazio mamma bambino; ambulatorio - puerperio "spazio mamma e bambino" gestito dall'UO salute donna e infanzia, attività ambulatoriale / consultorio telefonico / attività domiciliare; consultazione telefonica, accesso diretto e su prenotazione, visita domiciliare, attività ambulatoriale, corsi pre-parto; consultorio familiare - Salute Donna - contatti telefonici - ambulatoriale - visita domiciliare; corsi *post partum*, spazio allattamento gestito da ostetriche con supporto del pediatra di comunità, visite domiciliari su richiesta; consultazione telefonica, ambulatoriale, domiciliare; l'utente chiama un numero telefonico, lasciando un messaggio in segreteria telefonica; verrà successivamente richiamato dall'ostetrica addetta al puerperio (n. 4 presso il Distretto di Vignola); ostetriche dei Consultori che vanno a domicilio su richiesta, ambulatorio di sostegno all'allattamento partirà in maggio presso la Pediatria ospedaliera; no; no; sì; alcuni operatori la conoscono, altri no, dipendono dai rapporti personali che si sono instaurati e consolidati col tempo; Spazio mamma aperto una volta alla settimana dal Consultorio di San Lazzaro gestito da ostetriche e ASV, incontri post-parto nel poliambulatorio e coordinato dall'ostetrica e ASV; incontri con gruppi di neo mamme condotti da ostetriche, ASV e pediatri in collaborazione con i CF; Spazio mamme, consulenza telefonica, visite domiciliari casi a rischio; corsi *post partum*; spazi madre bambino; percorso organizzato da operatori dei Servizi di salute donna e Pediatria di comunità;

si, del percorso nascita; non completamente; dimissione precoce; è un'attività coordinata dall'UPD che coinvolge le ostetriche del consultorio familiare, ASV della PdC, psicologi del DSM, pediatri di famiglia e pediatri di comunità; percorso nascita (2); si (2); no

A3b1 - 6: nel Distretto di Mirandola le funzioni di Pediatria di comunità sono sostenute dai pediatri ospedalieri

A3b4: fino a circa 3 anni fa, quando l'organizzazione era distrettuale, la PdC partecipava regolarmente ai corsi di preparazione al parto nell'ex Distretto S. Vitale - S. Donato

A3b5: corsi di preparazione al parto e incontri successivi, rivolti a madri adolescenti con età inferiore a 20 anni insieme all'ostetrica e alla psicologa

A3b6: indagine e promozione all'allattamento al seno; incontri con donne immigrate; corsi *post partum*, incontri sulla genitorialità; ricerca prevalenza allattamento seno primi 6 mesi di vita; percorso nascita; individuazione di percorsi per situazioni a rischio; ricerche per allattamento al seno; gruppo regionale per assistenza alla gravidanza e al puerperio

A3c: attualmente non è strutturato ma si sta organizzando il coinvolgimento della NPEE al "percorso madri adolescenti"; nella zona est non mi risulta un loro coinvolgimento; solo in parte; spazio madre bambino; preparazione al parto; non conoscendo completamente il percorso, non sono in grado di rispondere; psicologi; attività rivolte al puerperio; attività rivolte al puerperio

B) LA CONSULENZA

	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
B1) I PdC inviano le richieste all'UO di NPEE?	10	100	91	B1
Se sì, con quali modalità?				
Telefonicamente	7	100	57	B1a
Accesso diretto su ricettario USL	4	100	11	B1b
Tramite il CUP	4	100	14	B1c
Invitando il genitore a telefonare	7	100	43	B1d
Invitando il genitore a recarsi presso l'UO di NPEE	9	100	60	B1e
Altro	6	100	31	B1f
Se no ...	3	100	11	B1g
B2) II PdC sente la necessità di utilizzare questionari o test per guidare l'invio?	7	89	34	B2
Se sì, in quali ambiti?				
Disturbi psicofunzionali (alimentazione, sonno, ...)	6	89	26	B2a
Disturbo relazionale	7	89	29	B2b
Autismo	5	89	14	B2c
ADHD	4	89	20	B2d
Disturbo di linguaggio	5	89	20	B2e
Altro	5	89	17	B2f

B (genericamente): i PdC e ASV partecipano regolarmente alla formazione proposta per l'UO NPEE

B1: i neonati del Punto nascita

B1a: solo in casi particolari

B1d: perché questa è la modalità richiesta dal NPEE; non accettano nessun'altra modalità di invio; per l'appuntamento

B1f: accesso diretto con modulo scritto; attraverso il pediatra di libera scelta convincendo il genitore, a volte, a porre prima il problema al PLS, purché sia coinvolto nell'invio; modulo scritto (come da protocollo); la PdC trasmette, dopo una breve istruttoria per verificarne la pertinenza, i casi segnalati dalla scuola come disagio scolastico; colloquio diretto tra operatori; l'invio è quasi sempre preceduto da un colloquio (anche telefonico) fra NPI, psicologi e il PdC

B1g: la consulenza è richiesta dai pediatri di libera scelta; è il pediatra di famiglia che invia il bambino; attività saltuaria poiché deputata al pediatra di base; saltuaria poiché deputata al pediatra di base

- B2: piuttosto che di questionari o test, la PdC sente la necessità di percorsi diagnostici; più che questionari o test sarebbero importanti brevi e sintetiche relazioni; attività delegata ai pediatri di base; attività delegata ai PdF
- B2b: soprattutto per la relazione
- B2c: madre-bambino nei primi anni di vita
- B2f: osservazione clinica durante visita pediatrica concordata; sviluppo psicomotorio generale; disturbi sviluppo neuromotorio; necessità di un contatto personale periodico; anche se per il momento gli invii sono limitati a: consulenze neurologiche legate all'atto vaccinale, consulenze nell'ambito di rapporti fra la PdC e la scuola, consulenze per i bambini senza PLS

C) IL COLLEGAMENTO

	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
C1) I PdC sono a conoscenza dell'assetto organizzativo e funzionale del Servizio di NPEE aziendale?	11	100	89	C1
Se sì, in che modo sono informati?				
su richiesta telefonica di informazione	3	100	11	C1a
con incontri periodici	3	100	14	C1b
in modo formale	5	100	31	C1c
in modo informale	8	100	54	C1d
C2) I PdC hanno a disposizione i numeri telefonici del Servizio NPEE?	11	100	100	C2
C3) A tale proposito, esiste nel Servizio di NPEE un punto di ricezione e smistamento delle telefonate?	11	89	86	C3

- C2: presso la portineria dei Poliambulatori
- C3: alcune ore solo la mattina; ma la richiesta andrebbe rivolta al NPEE; non in tutte le sedi; esiste una segreteria per gli appuntamenti all'utenza

	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
C4) Tieni una registrazione dei bambini inviati dai PdC al Servizio di NPEE?	5	97	29	C4
Se sì, quanti bambini nella fascia 0-2 la PdC ha inviato al Servizio di NPEE nel 2002?				C4a
0	4	100	11	C4a1
<10	4	100	17	C4a2
10	1	100	3	C4a3
>20	1	100	3	C4a4
Per quali motivi (barrare):				
Problemi relativi all'attaccamento o comunque alla relazione genitori-bambino	3	97	9	C4a5
Disturbi del sonno	1	97	3	C4a6
Disturbi dell'alimentazione	1	97	6	C4a7
Ritardo di sviluppo	1	97	6	C4a8
Disturbi del comportamento	3	97	9	C4a9
Altri	4	97	11	C4a10
Quanti bambini nella fascia 3-5 anni la PdC ha inviato al Servizio di NPEE nel 2002?				C4b
0	3	100	14	C4b1
10	5	100	23	C4b2
10	1	100	3	C4b3
>20	1	100	3	C4b4
Per quali motivi:				
Disturbo della relazione genitori-bambino	3	97	9	C4b5
Disturbi del linguaggio	3	97	11	C4b6
Autismo	1	97	3	C4b7
Iperattività	0	97	0	C4b8
Patologie organiche (PCI, epilessia, ecc.)	1	97	9	C4b9
Disturbi comportamentali	3	97	14	C4b10
Disturbi dell'attaccamento	0	97	0	C4b11

C4: parziale, molti conosciuti ma non esiste per tutti document; viene scritto nella cartella del bambino inviato; la registrazione dell'invio è eseguita nelle cartelle individuali; è il PLS che prevalentemente esegue l'invio; perché non c'è invio da PdC direttamente a NPEE

C4-10: dimissione di neonati con sofferenza neonatale o patologia neurologica; richiesta fisioterapia

È stata aggiunta una ulteriore risposta dopo la C4b11, non prevista nel questionario, riportante la dicitura: problematiche socio-sanitarie

C4b...: è stato l'ultimo anno in cui nel corso del 3° anno di vita in associazione alla quarta seduta vaccinale si eseguiva il test di Denver

	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
C5) L'attività di collegamento della PdC con la NPEE è effettuata secondo il criterio di territorialità? (possibile risposta multipla)	11	100	97	C5
Se sì, di tipo:				
sovra-aziendale	2	100	6	C5a
aziendale	5	100	23	C5b
distrettuale	8	100	89	C5c
per area vasta	1	100	3	C5d
per aree elementari	2	100	6	C5e
NCP	2	100	9	C5f

C5c: occasionale; incontro; buona collaborazione e integrazione

C5d: interdistrettuale con Distretto di Modena per programma mamme adolescenti

C5e: per comune di residenza e per Forlì per circoscrizione

C6) È prevista la possibilità di discussione del PdC sul singolo caso?	11	100	86	C6
Se sì, secondo quale modalità				
telefonica	11	100	69	C6a
relazione scritta	4	100	26	C6b
altro	9	100	60	C6c

C6: è legata ai rapporti personali esistenti tra NPEE e PdC

C6c: incontri sul caso; incontri; contatto di persona; incontri periodici; incontro, a volte con la partecipazione o per lo meno il coinvolgimento del PLS; riunione *ad hoc*; riunione operativa; riunioni; riunioni *ad hoc*; incontro

	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
C7) Negli ultimi due anni si sono svolte esperienze strutturate (discussione di casi, formazione compiuta, ecc.) con la NPEE?	6	97	43	C7
È stata effettuata un'attività di formazione congiunta con la PdC?	4	100	34	C7a
È ancora in corso tale esperienza strutturata?	5	97	29	C7b
Se sì, secondo quale modalità				
<i>vis à vis</i> , individualmente	0	94	0	C7b1
nel corso di incontri periodici fra operatori NPEE e un piccolo gruppo di PdC per la discussione di casi	5	94	17	C7b2
gruppi Balint	0	94	0	C7b3
lezioni su specifici temi	4	94	14	C7b4
(specificare)	3	91	9	C7b4a
discussione con l'ausilio video	2	94	6	C7b5
<i>role playing</i>	2	94	6	C7b6
corrispondenza informatica (<i>online</i>)	0	94	0	C7b7
altro	1	91	3	C7b8
(specificare)	2	94	6	C7b8a

C7: a livello distrettuale organizzazione centro d'ascolto; a livello aziendale: 1) protocollo dimissione e presa in carico Down; 2) opuscolo informativo + incontro di aggiornamento anche con i PLS + problemi linguaggio; 3) a livello lavoro di gruppo (durato 2 anni) con referente area psicologica, salute donna, NPEE, salute mentale e PC sull'adolescenza

C7a: sull'adolescenza - abuso - Down

C7b: segnali precoci di disagio

C7b4a: lezioni su specifici temi. (?); incontri in UVP; incontri periodici fra operatori (C7b2) - lezioni su temi specifici (C7b4)

Tale attività formativa viene effettuata:	N. AUSL	% rispon.	% SI/tot.	codice
nell'attività istituzionale di formazione/aggiornamento della PdC?	4	97	26	C7c1
nell'attività istituzionale di formazione/aggiornamento dei NPI?	3	91	20	C7c2
altro (specificare)	3	94	11	C7c3

Suggerimenti rispetto ad eventuali attività formative da intraprendere

Azienda USL di Reggio Emilia

Distretto di Correggio

- *Audit* unico
- Formazione in comune sui percorsi assistenziali delle patologie croniche

Distretto di Guastalla

- *Audit* clinico
- Formazione in comune sui percorsi assistenziali e protocolli di presa in carico delle malattie croniche

Azienda USL di Modena

Distretto di Castelfranco

Formazione congiunta tra area pediatrica territoriale (PdC + PLS) e NPEE per:

- conoscenza indicatori di rischio per la relazione madre-bambino, nei primi anni di vita;
- adolescenza (si sta organizzando centro di ascolto nel territorio e possibilità apertura sportelli d'ascolto scolastici, all'interno delle scuole medie); in questo caso sarebbe opportuno anche il coinvolgimento dei MMG.

Azienda USL di Bologna

Est

- Prima di parlare di formazione sarebbe forse opportuno parlare di percorsi/progetti comuni e un rapporto formalizzato, non legato ai precedenti rapporti personali o ai rapporti che esistevano quando la Pediatria di comunità o il NPEE facevano parte del Dipartimento Minori.

San Lazzaro

- Formazione su *case conference*.

Ovest

- La formazione va calata nell'ambito di una struttura organizzativa in grado di raccogliere le nuove indicazioni e disposta a condividere i risultati delle nuove prospettive apprese. L'attuale separatezza dei servizi ha acuito le difficoltà preesistenti di comunicazione professionale e non sarebbe la formazione da sola a risolvere il problema.
- Temi di interesse per la Pediatria di comunità, che saranno ampiamente sviluppati, possono essere ADHD, disturbi specifici dell'apprendimento, psicofunzionali e del

linguaggio, della cronicità e del disagio. Sarà essenziale che siano posti nell'ambito di progetti specifici di raccordo tra servizi.

Azienda USL di Imola

- Abuso e maltrattamento nell'infanzia.

Azienda USL di Ravenna

Distretto di Ravenna

- Gestione dei percorsi assistenziali relativi a patologie croniche quali diabete, Sindrome di Down, epilessia, disturbi sull'apprendimento e a patologie conseguenti il disagio sociale.

Eventuali integrazioni relative ad attività di collaborazione NPEE - Pediatria di comunità

Azienda USL di Piacenza

Distretto urbano

- Necessità di coinvolgimento dei PLS nell'unità funzionale formata da PdC, Pediatria ospedaliera e NPEE relativa ai DCA.

Azienda USL di Reggio Emilia

Distretto di Reggio Emilia

- *Screening* ortottico effettuato dalle ortottiste della NPEE; assistenza domiciliare ai bambini con malattie croniche; *screening* autismo.

Distretto di Correggio

- Assistenza domiciliare integrata → Unità di valutazione pediatrica → Protocollo di presa in carico.

Distretto di Guastalla

- Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, nell'Unità di valutazione pediatrica e nella gestione/applicazione del protocollo di presa in carico di minori con malattie croniche.

Distretto di Scandiano

- Assistenza domiciliare pazienti con patologia cronica.

Distretto di Montecchio

- Assistenza domiciliare a bambini cronici.

Azienda USL di Modena

Distretto di Carpi

- Integrazione all'interno della UPD.

Distretto di Castelfranco

- Momenti periodici di incontro (bi/trimestrali) tra PdC, PLS e operatori NPEE (esperienza che era iniziata alcuni anni fa ma poi si è interrotta perché venisse affrontata in modo più strutturato nell'ambito dell'UPD).

Azienda USL di Bologna

Pianura Ovest

- Occorrono protocolli - linee guida condivise nella costruzione e nell'applicazione, in particolare per quanto riguarda violenza e abuso, su cui modellare adeguati percorsi formativi.

San Lazzaro

- Fino a un anno fa circa venivano effettuate riunioni a scadenza circa mensile fra PdC e NPEE su discussione di casi, invii, ecc.; dall'estate scorsa tali riunioni non si effettuano più, dovevano essere sostituite da incontri ad hoc sui casi specifici; di fatto questi incontri tra la Pediatria di comunità e la NPEE sono diventati rarissimi, non sono stati effettuati più incontri strutturati, neppure con pediatri di base.

Ovest

- La disponibilità di scale di rilevazione validate su cui vi sia consenso è certamente utile e sarebbe ottimo strumento per lavorare insieme al servizio di secondo livello. Data la competenza della Pediatria di comunità, prevalentemente indirizzata nei confronti dell'utenza che non accede al PLS, va accompagnata da accordi sulle modalità più opportune di rilevare i problemi e dalla presenza di percorsi di invio pensati anche per i soggetti che hanno difficoltà ad accedere ai servizi. Senza questo vi è il rischio di rilevare in eccesso rispetto alle possibilità di diagnosi/presa in carico successiva oppure di non riuscire ad inviare per mancanza di compliance da parte del paziente.
- È in corso un'esperienza di integrazione tra operatori del Servizio NPEE con PdC e servizi del Comune: "Anni magici" che ha un'attività di consultazione con le famiglie di bambini di età pre-scolare, consolidata nel tempo. Nell'ambito di questo progetto si sono svolte attività di formazione per i PLS anche di altre zone, di discussione di casi tra NPEE, PdC e PLS del territorio di riferimento, di incontri con le famiglie o con operatori di servizi educativi. Il modello cui fa riferimento, come altre iniziative analoghe in area, oltre ad essere valido dal punto di vista professionale è anche utile a creare un clima di collaborazione diretta tra operatori che ora appartengono a realtà fortemente separate nell'organizzazione.

Azienda USL di Imola

- Progetto su dimissione e *follow up* del neonato critico.
- Dimissione protetta e assistenza domiciliare integrata nel bambino malato cronico.

Azienda USL di Ravenna

Distretto di Faenza

- Percorsi assistenziali malati cronici

Azienda USL di Forlì

- Revisione dei percorsi di assistenza al bambino prematuro; revisione dei percorsi di assistenza al bambino con grave patologia e che necessita di assistenza domiciliare.

Azienda USL di Rimini

Distretto di Riccione

- Nell'ambito dell'aggiornamento obbligatorio per i PLS, per l'anno 2004, organizzato dalla Pediatria di comunità, sono stati programmati 2 incontri: il 1° il 27 marzo 2004 sui DCA in età evolutiva (8-14 anni); il 2° il 25 maggio 2004 sull'autismo infantile in collaborazione con la NPEE.

Distretto di Rimini

- Come sopra.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)

