



SOFTSKILLS IN PEDIATRIA

**RICERCA SULL'ASSISTENZA SANITARIA PEDIATRICA IN CINQUE PAESI
EUROPEI:**

ROMANIA, UNGHERIA, ITALIA, SPAGNA, GERMANIA

Ricerca condotta all'interno di Erasmus + Strategic Partnership
Progetto: *Softis-Ped - Softskills for Children's Health*

Progetto Numero: 2016-1-RO01-KA203-024630



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Autori:

Oana Marginean, UMF Tirgu Mures, Romania, oana.marginean@gmail.com
Lorena Melit, UMF Tirgu Mures, Romania, lory_chimista89@yahoo.com
Mihaela Chincesan, UMF Tirgu Mures, Romania, mchincesan@yahoo.com
Anisoara Pop, UMF Tirgu Mures, Romania, pop.anisoara@umftgm.ro
Simona Muresan, UMF Tirgu Mures, Romania, muresan.simona@umftgm.ro
Andreea Varga, UMF Tirgu Mures, Romania, dr.andreeavarga@gmail.com
Anca Meda Georgescu, UMF Tirgu Mures, Romania, ancameda.georgescu@umftgm.ro
Anca Gherasim, Emergency County Hospital Tirgu Mures, Romania, gherasimancadelia@yahoo.fr
Nicoleta Suci, UMF Tirgu Mures, Romania, nico.suciu03@gmail.com
Leonard Azamfirei, UMF Tirgu Mures, Romania, leonard.azamfirei@gmail.com
Andras Gabor, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, agabor@filab.hu
Barbara Gausz, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, bgausz@filab.hu
Sabrina Grigolo, ASLO TO3, Piemonte, Italy, sgrigolo@aslto3.piemonte.it
Lucia Pagana, ASLO TO3, Piemonte, Italy, lpagana@aslto3.piemonte.it
Emanuele Valenti, Hospital Alcorcon, Universidad Europea de Madrid, Spain
emanuele.valenti@universidadeuropea.es
Lucia Gerstl, Dr. von Hauner Children`s Hospital, Department of Pediatric Neurology, University Hospital, LMU Munich, Lucia.Gerstl@med.uni-muenchen.de
Daniel Tolks, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich, Germany,
Daniel.Tolks@med.uni-muenchen.de
Martin Fischer, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich, Germany,
Martin.Fischer@med.uni-muenchen.de

Curatori:

1. Oana Marginean
2. Anișoara Pop
3. Lorenzo Martellini

Traduttrice versione italiana:

Isabella Negri
con la collaborazione di:
Francesca Dispenza
Martina Gervasoli
Sandra Vacchi
Serena Zucchi

Prefazione

Il volume **“Competenze trasversali in Pediatria”** è il risultato di un’indagine sulla salute pediatrica condotta in cinque paesi Europei: Romania, Ungheria, Italia, Spagna, e Germania attraverso il progetto di Partnership Erasmus+ Strategic: Softis-Ped - Softskills for Children’s Health Project Number: 2016-1-RO01-KA203-02463, finanziato dalla Commissione Europea.

L’obiettivo del presente progetto è identificare le competenze trasversali più importanti per i pediatri, combinarle con i migliori metodi e strategie di insegnamento, ed elaborare linee guida e materiali per formare i formatori ad usare questi metodi e sviluppare le soft skill dei futuri pediatri. Come tale il presente studio realizzerà la prima parte degli obiettivi del progetto, ovvero identificare le necessità di competenze trasversali nei paesi partner in termini di comunicazione, sia in ambiente ospedaliero, sia in contesto di comunità, rispetto alla trasparenza della comunicazione, alla gestione del tempo e alle questioni interculturali.

I risultati dell’indagine condurranno infine ad un perfezionamento degli strumenti utilizzati nei percorsi formativi in Pediatria e dei servizi pediatrici più in generale tramite il miglioramento della comunicazione con i pazienti bambini e le loro famiglie, della comunicazione con il team medico e della comunicazione fra le culture.

INDICE

Capitolo 1. INTRODUZIONE

Sistema sanitario pediatrico in Romania

Sistema sanitario pediatrico in Ungheria

Sistema sanitario pediatrico in Italia

Sistema sanitario pediatrico in Spagna

Sistema sanitario pediatrico in Germania

Capitolo 2. RICERCA SULLE SOFT SKILL

Strumenti e metodo

Risultati e discussione

Comunicazione

Trasparenza

Ambiente ospedaliero

Questioni interculturali

Gestione del tempo

Capitolo 3. CONCLUSIONI

CAPITOLO 1

INTRODUZIONE

RICERCA SULL'ASSISTENZA SANITARIA PEDIATRICA IN CINQUE PAESI EUROPEI:

ROMANIA, UNGHERIA, ITALIA, SPAGNA, GERMANIA

ABSTRACT

Questo capitolo presenta una panoramica del sistema sanitario in generale e del sistema sanitario pubblico e privato in ambito pediatrico in particolare in cinque paesi europei che partecipano al progetto Softskills for Children's Healths: Romania, Ungheria, Italia, Spagna e Germania, con dati statistici relativi all'assicurazione sociosanitaria e alla formazione sanitaria, come per esempio il programma e le competenze previste nel Corso di laurea in Medicina, nel Corso di specializzazione in Pediatria e nella Formazione Continua in Medicina.

I. SISTEMA SANITARIO PEDIATRICO IN ROMANIA

1. Il Sistema Sanitario rumeno

Nel 1999 la Romania ha iniziato a implementare il sistema di tipo bismarckiano di assicurazione sociosanitaria, come la maggior parte degli Stati membri dell'UE (Germania, Austria, Belgio, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi), caratterizzato dalla raccolta di contributi per l'assicurazione sociosanitaria in un unico fondo, denominato Fondo nazionale per l'assicurazione sanitaria (NFHI), composto da:

- entrate derivanti da contributi obbligatori per l'assicurazione sanitaria, integrate da sussidi del bilancio dello Stato,
- importi da altre fonti (donazioni, sponsorizzazioni, interessi bancari, valorizzazione di proprietà immobiliari di filiali dell'assicurazione sanitaria),
- importi trasferiti dalle entrate del Ministero della Salute.

Dal 2014 è stato introdotto un sistema di recupero, che impone agli operatori del mercato farmaceutico di contribuire al sistema sanitario pubblico con un importo determinato sulla base del fatturato ottenuto sui finanziamenti pubblici dell'NFHI, al fine di consentire agli enti di assicurazione sanitaria di recuperare parzialmente gli importi erogati attraverso un sistema di rimborso.

Gli elementi che definiscono il sistema di assicurazione sanitaria in Romania sono:

- l'amministrazione dell'NFHI, a carico della National Health Insurance House;
- gli assicurati che si impegnano a versare un contributo in base al reddito imponibile;
- il contributo assicurativo è fissato in percentuale sul reddito e non in base ai rischi dei soggetti assicurati;

- tutti i soggetti assicurati beneficiano di un pacchetto simile di servizi fondamentali su base contrattuale;
- l'NFHI non esclude l'esistenza di assicurazioni private.

Nel 2015 il regime di assicurazione sociosanitaria copriva l'87% della popolazione, percentuale che corrisponde a 17.191.563 cittadini iscritti negli elenchi dei medici di famiglia, su un totale di 19.759.960 abitanti registrati, secondo i dati diffusi dall'Istituto Nazionale di Statistica il 31 dicembre 2015.

I lavoratori dipendenti rappresentano la categoria più ampia di soggetti assicurati, vale a dire il 34,04%, seguiti da pensionati e bambini, rispettivamente il 26,82% e il 22,24% (Fig. 1).

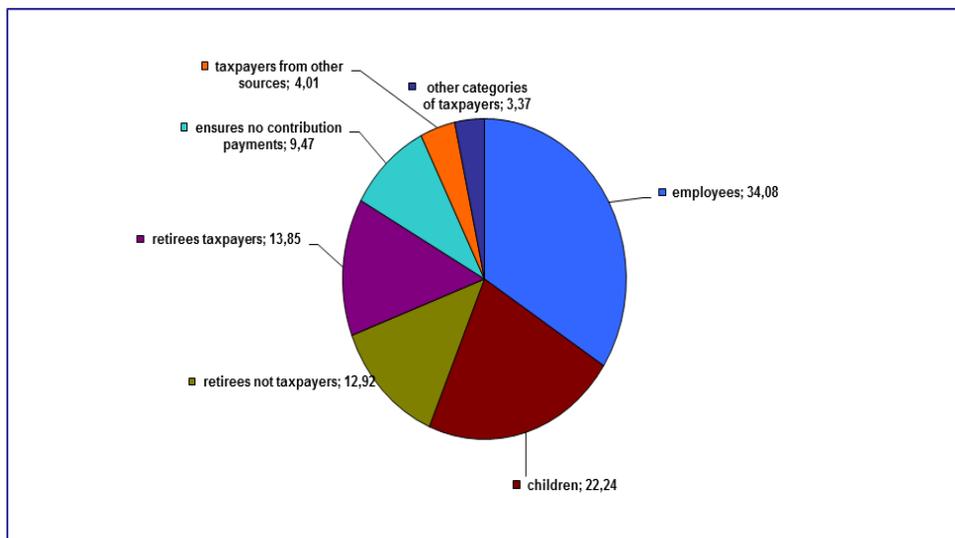


Fig. 1. Grafico delle categorie assicurate della popolazione rumena, inclusi i bambini

Con riferimento alle spese, l'NIHF ha stanziato finanziamenti per circa il 68% dei servizi sanitari, mentre il Ministero della Salute l'11%; il resto dei finanziamenti è stato fornito dagli utenti (Fig. 2).

Fig. 2. Costi della Sanità secondo la fonte (% del totale)
Fonte: CNAS, M.F.P., Mind Research & Rating

I crediti di bilancio approvati nel 2015 rispetto ai pagamenti del Fondo nazionale per l'assicurazione sanitaria sono presentati di seguito (Tavola I):

Tavola 1. Costi di bilancio per il 2015

	Budget (migliaia di EURO)	Pagamenti di (migliaia di EURO)	Prestazioni
Costi totali di cui:	5.211.440	5.196.873	99,72%
1. Spese sanitarie:	4.884.720	4.870.203	99,70%
Prodotti farmaceutici, materiali sanitari e dispositivi medici	2.056.135	2.053.905	99,89%

Servizi medici ambulatoriali	660.370	657.578	99,58%
Emergenze pre-ricovero e trasporti sanitari	7.908	7.866	99,47%
Cure fornite negli ospedali (unità letto)	1.997.890	1.996.484	99,93%
Cure domiciliari	12.803	12.736	99,48%
Cure sanitarie conformi alle indicazioni internazionali	92.106	92.106	100,00%
Pagamenti negli anni precedenti recuperati nell'anno corrente	0	5.443	-
Fondo spese amministrative	57.507	54.926	95,51%
2. Spesa per sicurezza sociale	326.720	326.670	99,98%

I dati sopra riportati dimostrano un'ipertrofia delle **cure ospedaliere** che hanno uno dei tassi più elevati delle spese sanitarie (40,99%) all'interno del sistema di assicurazione sociosanitaria. Al contrario, i servizi ambulatoriali rappresentano il 13,50% del costo totale delle spese sanitarie, di cui il 50% (1.503.342 migliaia di RON) è costituito dai costi delle cure primarie, mentre la parte restante corrisponde a cure cliniche, analisi di laboratorio, cure odontoiatriche ambulatoriali e di riabilitazione.

L'ottimizzazione di questo squilibrio richiede un'azione urgente al fine di garantire una maggiore copertura dei bisogni di assistenza sanitaria della popolazione con servizi di base, cioè servizi di supporto alla comunità, servizi di assistenza forniti dal medico di famiglia e dal servizio ambulatoriale. Questi servizi devono essere in grado di rispondere ai principali bisogni legati agli episodi acuti di malattia e al monitoraggio dei pazienti con gravi malattie croniche (diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva), in modo che si ricorra ai servizi ospedalieri solo in circostanze che richiedono un'avanzata complessità dei servizi.

Questa opinione, supportata dall'attuazione, sin dal 2014, di un nuovo pacchetto di servizi sanitari, con l'obiettivo di applicare le condizioni relative alla medicina basata sull'evidenza e la fornitura di servizi vantaggiosi dal punto di vista del rapporto costo-efficacia a partire dalla base del sistema, è la sfida principale del sistema d'assicurazione sociosanitaria in Romania.

1.1.1. Servizi pediatrici pubblici

I **servizi sanitari pediatrici pubblici** in Romania sono gratuiti. Pertanto, i bambini e i giovani fino ai 26 anni, se sono iscritti all'interno del sistema scolastico (per esempio alunni, studenti o apprendisti) e non percepiscono reddito, beneficiano di ricovero ospedaliero e trattamento sanitario gratuiti. I giovani di età inferiore ai 26 anni inseriti nel sistema di protezione per i minori, che non hanno redditi da lavoro o non beneficiano della sicurezza sociale, sono esenti dal pagamento del contributo di assicurazione sanitaria.

Le madri coperte dall'assicurazione sociosanitaria con figli fino a 2 anni di età o di un figlio con disabilità fino all'età di 3 anni e le madri con un figlio disabile di età tra 3 e 7 anni hanno diritto alle ferie retribuite coperte dal bilancio statale o dal bilancio statale di assicurazione sociale.

Esistono anche **programmi sanitari nazionali** coordinati direttamente dal Ministero della Salute. Alcuni sono rivolti alla *madre e al bambino* ed erogano fondi speciali per lo screening, la terapia farmacologica e la gestione dell'alimentazione in caso di patologie quali fenilchetonuria, ipotiroidismo, e per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle sindromi da malassorbimento, epatite cronica, fibrosi cistica, asma, immunodeficienza congenita o acquisita, trattamento della distrofia, terapie tensioattive ecc. Inoltre, ci sono programmi coordinati dalla National House of Health che forniscono terapia profilattica per l'emofilia nei bambini, delle neoplasie (inclusa l'immunofenotipizzazione per la diagnosi di leucemia acuta nei bambini, ecc.).

1.2. Dati demografici in Romania

Il numero di nati vivi nel 2015 è stato di 187.372 (185.006 con residenza in Romania e 2.366 all'estero) rispetto ai 185.322 nati vivi nel 2014, segnando un netto calo rispetto al 1989, quando ci furono 369.544 nati vivi. Il **numero dei decessi** nel 2015 è stato di 260.997 (254.791 nel 2014), un aumento più pronunciato rispetto al 1989 (247.306 decessi). Le **principali cause di morte** nel 2015 sono state: malattie cardiovascolari (153.849 decessi), tumori (51.288 decessi), malattie respiratorie (14.992 decessi), patologie dell'apparato digerente (14.374 decessi) e incidenti (9.730 decessi). Il numero di **decessi di pazienti di età inferiore a 1 anno** è sceso a 1.493 nel 2015 rispetto ai 1.634 nel 2014. Nel 1989 il numero di decessi di pazienti <1 anno è stato di 9.940.

Gli **aborti** sono stati 378,3 casi ogni 1.000 nati vivi contro i 400,6 casi / 1000 nati vivi nel 2014, con 0,4 aborti / parto vivo. Nel 1989 ci furono 0,5 aborti / parto vivo (522,5% di nati vivi). Il **numero di decessi materni** dovuti a complicazioni durante gravidanza, parto e post-parto è stato di 28 nel 2015 rispetto ai 24 decessi materni nel 2014, mentre complessivamente i giorni di assenza per malattia per l'assistenza di figli malati sono stati di 24.802 giorni nel 2015.

1.2. Formazione in Pediatria – Università di Tirgu Mureş

L'Università di Medicina e Farmacia di Tirgu Mureş ha un totale di 5.500 studenti iscritti ai corsi di Laurea e Master a tempo pieno, oltre a dottorandi e specializzandi, di cui circa 50 specializzandi in Pediatria (10 all'anno in un corso di 5 anni con sistema di rotazione), e circa 500 docenti di cui 51 coordinatori di dottorato, inclusa Pediatria. Ogni anno si svolgono oltre 60 corsi post-laurea, di cui quattro in Pediatria e Neonatologia (nel 2016). L'Università collabora con l'Ospedale d'Emergenza Clinica di Mures (oltre 3.500 posti letto). La maggior parte dei medici ha sia incarichi accademici, sia clinici. Questo binomio medico-pedagogico facilita l'acquisizione, da parte degli studenti, di abilità pratiche durante il tirocinio e gli stage clinici, ancorando e concretizzando la ricerca medica.

La dimensione internazionale dell'Università è data dai piani di studio in Medicina Generale e Medicina Odontoiatrica che offrono lezioni a tempo pieno in inglese con studenti provenienti da paesi europei (Italia, Belgio, Germania, Francia, Inghilterra, Grecia) e dal resto del mondo (Africa, Asia, USA).

Pediatria [6] viene insegnata a tutti gli studenti universitari di Medicina e Odontoiatria durante il quinto (penultimo) anno e in Puericultura al quarto anno della formazione medica formale secondo un programma internazionalmente riconosciuto. Questi studenti possono anche scegliere di iscriversi al corso opzionale di Neonatologia, mentre gli allievi infermieri frequentano il corso "Pediatria: cura della madre e del neonato". Ogni anno, circa 70 studenti universitari di Medicina in diverse fasi del corso di studi svolgono un tirocinio estivo presso la Clinica Pediatrica I della Clinica universitaria di Tirgu Mureş . **Questi studenti fanno parte del gruppo target** del presente progetto.

Il Dipartimento M4 dell'Università di Medicina e Farmacia di Tirgu Mureş (scienze mediche cliniche) comprende 4 discipline pediatriche con un totale di **24 docenti** che rappresentano parte del gruppo target del progetto: Pediatria I (7 insegnanti: 1 professore, 3 docenti, 3 assistenti), Pediatria II (7 insegnanti: 1 professore associato, 3 docenti, 3 assistenti), Pediatria III (6 insegnanti: 1 professore, 1 professore associato, 2 docenti, 2 assistenti), Pediatria IV (4 insegnanti: 1 professore associato, 1 docente, 2 assistenti). Il personale docente è impegnato in lezioni di Pediatria, esercitazioni pratiche e stage clinici e ha pubblicato libri di testo, manuali e risorse online disponibili attraverso la piattaforma di e-learning dell'Università.

Circa 10 neolaureati sono selezionati per la Scuola di Specializzazione di Pediatria, con un totale di circa 50 specializzandi (anch'essi gruppo target del progetto), all'interno del progetto pediatrico. Il corpo docente ha una formazione di base, studi di dottorato e post-dottorato, abilità e competenze professionali in Pediatria; sono inoltre autori di pubblicazioni, libri di testo e articoli di ricerca e presentano contributi a eventi scientifici internazionali e nazionali. Appartengono a società nazionali e internazionali di Pediatria e organizzano seminari e simposi internazionali (per esempio, l'XI Congresso Nazionale di Pediatria con partecipazione internazionale, 25-28 settembre 2013).

Gli studenti universitari e gli specializzandi hanno una formazione medica esaustiva, teorica ma anche pratica, centrata sul paziente. In questo contesto, la formazione continua di competenze trasversali (soft skills) proposte dal progetto rappresenterebbe il valore aggiunto per fornire un'eccellente assistenza pediatrica, mantenere rapporti produttivi con i genitori dei pazienti pediatrici e migliorare la soddisfazione dei pazienti e dei medici.

1.2.1. Istruzione universitaria in Pediatria – il caso dell'Università di Medicina e Farmacia di Tirgu Mureş

Pediatria viene insegnata nel quarto, quinto e sesto anno attraverso tre materie principali:

Puericultura – 4° anno (14 ore di corso + 15 ore di tirocinio)

Programma:

- Introduzione all'assistenza all'infanzia. Crescita e sviluppo;
- Il neonato: neonato a termine. Il neonato postmaturo. Il neonato sottopeso alla nascita (SGA - piccolo per età gestazionale);
- Il neonato di peso elevato per l'età gestazionale (LGA - grande per età gestazionale - macrosoma). Il neonato prematuro;
- Vaccinazioni. Il programma di vaccinazione per i bambini in Romania. Principi nutrizionali;
- Nutrizione neonatale e infantile;
- Nutrizione con latte artificiale. La nutrizione del bambino prematuro;
- Nutrizione dei bambini piccoli, bambini in età prescolare e adolescenti. Diarrea acuta (ADD) nei neonati e nei bambini piccoli.
- **Abilità specifiche acquisite**
 - Raccolta anamnestica, eseguendo un esame clinico completo del neonato e del bambino
 - Effettuare manovre per la cura di neonati e bambini (bagni, fasce, vaccinazioni, ecc.)
 - Stabilire un regime alimentare adeguato in base all'età
 - Stabilire un programma di diversificazione alimentare del bambino
 - Stabilire le fasi di sviluppo psicomotorio del bambino
 - Calcolo dei parametri antropometrici
- **Competenze trasversali:**
 - Acquisizione di abilità comunicative orali e scritte sia con la madre che con il paziente pediatrico

- Realizzazione di un progetto, esecuzione di compiti specifici in modo responsabile in un ruolo all'interno dell'équipe sanitaria;
- Esecuzione di progetti coordinati per la risoluzione di problemi pediatrici specifici, con corretta valutazione del carico di lavoro, delle risorse disponibili, dei tempi e dei rischi necessari per completare l'incarico, in condizioni di applicazione delle regole di condotta ed etica professionale nel campo, nonché delle regole di sicurezza e salute sul lavoro.

Pediatria – 5 ° anno (42 ore di corso + 105 ore di tirocinio)

Programma:

- Febbre nei bambini. Sepsi. Patologia respiratoria infantile: malattie delle vie respiratorie superiori;
 - Patologie respiratorie: tosse nei bambini; otomastoidite del bambino; epiglottite e laringotracheite acuta nei bambini; bronchiolite acuta;
 - Patologie respiratorie: polmonite batterica; polmonite interstiziale; trattamento delle pneumopatie; asma;
 - Patologie cardiovascolari: cardiopatie congenite; endocardiomiopatia; pericardite; insufficienza cardiaca;
 - Malattie dell'apparato digerente: aspetti specifici della diarrea acuta infettiva nei bambini. Diarrea acuta non infettiva, sindrome da disidratazione acuta, dolore addominale ricorrente, sindrome da malassorbimento (celiachia, fibrosi cistica, intolleranze alimentari), reflusso gastroesofageo, gastrite e ulcere nei bambini;
 - Malattie da carenza: rachitismo, anemia sideropenica; malnutrizione proteico-energetica;
 - Malattie del collagene vascolare: artrite reumatoide giovanile; sindrome di Kawasaki infantile
 - Patologie renali e urinarie: infezioni del tratto urinario, glomerulonefrite acuta diffusa; sindrome nefrosica;
 - Diatesi sanguinante: porpora di Schönlein-Henoch; porpora trombocitopenica immune; emofilia;
 - Oncologia pediatrica: leucemia; masse addominali (tumore di Wilms, neuroblastoma); linfoma di Hodgkin e non-Hodgkin;
 - Patologie del sistema nervoso: convulsioni; epilessia infantile, sindrome da ipertensione endocranica nei bambini;
 - Malattie del metabolismo e della nutrizione: diabete mellito. Mal di testa nei bambini.
- **Abilità specifiche acquisite:**
- Anamnesi, esecuzione di un esame clinico completo del paziente pediatrico;
 - Esecuzione di manovre di base per la diagnosi infantile;
 - Formulazione di diagnosi precisa e differenziale in Pediatria;
 - Stabilire una terapia pediatrica individualizzata;
 - Presentazione di un caso pediatrico;
 - Pianificazione di esami complementari adeguati in caso di patologie pediatriche
 - Acquisizione di abilità comunicative orali e scritte sia con la madre che con il paziente pediatrico;
 - Realizzazione di un progetto, esecuzione di compiti specifici in modo responsabile in un ruolo all'interno dell'équipe sanitaria;
 - Esecuzione di progetti coordinati per la risoluzione di problemi pediatrici specifici, con corretta valutazione del carico di lavoro, delle risorse disponibili, dei tempi e dei rischi

necessari per completare l'incarico, in condizioni di applicazione delle regole di condotta ed etica professionale nel campo, nonché delle regole di sicurezza e salute sul lavoro.

Neonatologia - 6 ° anno (14 ore di corso + 15 ore di tirocinio)

Programma:

- Storia della neonatologia. L'importanza della neonatologia nella medicina moderna. Il ruolo della tecnologia in neonatologia. Screening neonatale;
- Adattamento fisiologico alla vita extrauterina. L'algoritmo della rianimazione neonatale. Fasi iniziali di rianimazione neonatale. Ventilazione a pressione positiva. Compressioni toraciche. Intubazione. Farmaci. Situazioni speciali. Problemi deontologici. Monitoraggio della fase post-rianimazione;
- Asfissia perinatale e sofferenza fetale. Encefalopatia ipossico-ischemica, stadiazione, principi terapeutici. Trauma ostetrico. Emorragia intracranica. Convulsioni neonatali;
- Sofferenza respiratoria nel periodo neonatale. Sindrome da distress respiratorio (RDS), tachipnea neonatale transitoria (TTN), sindrome da aspirazione di meconio (MAS). Polmonite congenita;
- Ittero neonatale. Ittero fisiologico e patologico. Isoimmunizzazione, ittero emolitico nel sistema Rh e ABO. Principi terapeutici nell'ittero neonatale.
- Infezioni perinatali. Complesso di TORCH. Infezioni da streptococco di gruppo B neonatale. Setticemia e meningite;
- Ossigeno - farmaco o tossico? Monitoraggio. Modalità di somministrazione dell'ossigeno. Malattia polmonare cronica. Retinopatia della prematurità.

Abilità e competenze acquisite:

- Identificazione della necessità di iniziare la rianimazione neonatale;
- Progettazione e attuazione di un piano terapeutico appropriato dopo la valutazione neonatale;
- Valutazione accurata del rischio di malattia o del contesto di comparsa della malattia in una categoria di neonati ad alto rischio, seguita dalla selezione e applicazione della profilassi appropriata;
- Affrontare problemi di salute / malattia in termini di specificità della prematurità, direttamente correlati a queste situazioni particolari;
- Avvio e sviluppo della ricerca scientifica e / o della formazione in neonatologia;
- Esecuzione, in termini di efficienza ed efficacia, delle attività manageriali richieste dall'organizzazione di una terapia intensiva neonatale.

Semiologia pediatrica - 4 °, 5 °, 6 ° anno (14 ore di corso)

Programma:

- Tosse, dispnea; affanno; cianosi; stridore laringeo; emottisi;
- Anoressia; vomito; diarrea; epatomegalia; splenomegalia; ittero; stipsi;
- Disuria; ematuria; proteinuria; frequenza urinaria; anuria;
- Sindrome anemica; sindrome linfoproliferativa; sindrome emorragica;
- Febbre acuta; sindrome febbrile prolungata; febbre ed eruzione cutanea;
- Valutazione del dolore nei bambini; mialgia; artralgia; dolore al petto; dolore addominale ricorrente; mal di schiena; mal di testa; bambino che piange;
- Masse tumorali nei bambini.

La nostra Università ha avviato un ampio processo di riforma degli indirizzi di studio incentrata sugli studenti e sulle competenze per una migliore integrazione degli stessi nei servizi sanitari. A tal fine si pone l'accento sull'insegnamento di corsi integrati, CBL (case-based learning) e TBL (team-based learning), oltre a corsi per sviluppare le competenze comunicative. La valutazione formativa è complessiva.

1.2.2. Specializzazione in Pediatria

L'obiettivo del programma di specializzazione pediatrica è quello di formare pediatri altamente competenti mediante l'esposizione a un ampio spettro di pazienti pediatrici (dai neonati agli adolescenti) e diverse patologie mediche, difficoltà psicologiche e patologie chirurgiche, al fine di formare le loro competenze cognitive e tecniche per una pratica pediatrica progressivamente indipendente.

Il programma si basa su 200 ore l'anno (lezioni, seminari, presentazioni di casi) più 40-50 ore di studio individuale. La formazione è quantificata in crediti (CFU), 1 credito = 25 ore di formazione. Del monte ore totale, l'insegnamento copre il 20-30%, poiché il restante 70-80% è dedicato alle attività pratiche e allo studio individuale. La formazione viene monitorata sul libretto universitario, insieme ai crediti per le valutazioni del tirocinio, all'attività nei programmi di ricerca, alla partecipazione a riunioni scientifiche e alla formazione permanente.

Programma del corso di studio:

1. Pediatria generale - 2 anni e 1 mese, Neuro-psichiatria infantile e dell'adolescenza- 3 mesi, Diabete - 2 mesi, Peumologia: 2 mesi, Neurologia pediatrica: 3 mesi, Oncologia pediatrica-ematologia: 3 mesi, Eco generale: 3 mesi, Genetica : 2 mesi 2 settimane. Dermatologia: 2 mesi.
2. Neonatologia - 6 mesi, Malattie infettive - 6 mesi, Chirurgia e ortopedia pediatrica - 2 mesi
3. Bioetica - ½ mese (20 ore) per attività pratiche e studio individuale [7].

1.2.3 Formazione Continua in Medicina

La Formazione Continua in Medicina comprende corsi di laurea, partecipazione a seminari, congressi nazionali e internazionali, scuole estive organizzate con il patrocinio della Società Rumena di Pediatria (2 edizioni l'anno di una settimana ciascuna e 40 ore di lezioni e attività pratiche secondo un metodo di rotazione nelle diverse aree di Pediatria) e i partecipanti ricevono crediti formativi.

L'Università di Medicina e Farmacia ha organizzato i seguenti corsi post-laurea nel campo della Pediatria negli ultimi 3 anni:

1. Sindromi pediatriche - Patologia renale, ematologica e neonatale;
2. Sindromi pediatriche - Patologia digestiva e respiratoria;
3. Aggiornamenti di Patologia pediatrica;
4. Aggiornamenti sulla nutrizione infantile;
5. Emergenze pediatriche.

3. Servizi Pediatrici

I dati statistici sulle unità di assistenza sanitaria in Romania alla fine del 2014 segnalano

l'esistenza di:	
367	Ospedali pubblici,
10	Policlinici,
187	Dispensari,
330	Ambulatori ospedalieri integrati
2	Centri ospedalieri per la Tubercolosi
2	Servizi preventivi
7.758	Farmacie pubbliche e private

Il numero di posti letto ospedalieri in ambito pediatrico alla fine del 2015 era di 125.482, di cui:

7.491	in Pediatria,
366	in pneumologia pediatrica TBC
1.077	in chirurgia pediatrica,
279	in riabilitazione pediatrica,
45	per pazienti pediatrici cronici
3.230	in neonatologia
879	in neonatologia prematura [5].

1.3.1 Servizi Pediatrici Privati

In Romania, i servizi pediatrici privati hanno iniziato a svilupparsi soprattutto dopo il 2000. Sono stati istituiti studi privati, cliniche e ospedali pediatrici privati, specialmente nei centri universitari tradizionali come Bucarest (con la crescita più significativa), Cluj Napoca, Timisoara, Craiova, Iasi, Targu Mures, ma anche in altre città (Brasov, Sibiu, Constanta, ecc.). Non esiste un aggiornamento ufficiale del numero di unità pediatriche private, del numero di posti letto pediatrici o delle consultazioni e degli esiti clinici, in Romania.

Per concludere, l'aumento della qualità dell'assistenza sanitaria è un obiettivo primario degli operatori sanitari e si riflette nell'aumento della soddisfazione dei pazienti attraverso i servizi offerti, identificando e soddisfacendo le loro esigenze, richieste e aspettative dal sistema sanitario. La formazione universitaria e post-universitaria di qualità in ambito medico, che probabilmente ottimizza la pratica sanitaria pediatrica, è solo un aspetto che ci si aspetta contribuisca a realizzare quanto auspicato.

Bibliografia

1. Titlul VIII Asigurări sociale de sănătate - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
2. Hotărârea Guvernului nr. 1028 / 2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale - <http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>
3. Raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în anul 2015 - <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/RAPORT%20ACTIVITATE%202015.pdf>;
4. Sinteza rapoartelor de audit financiar asupra contului de execuție a bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru anul 2014 la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2015 - http://www.curteadeconturi.ro/Publicatii/SINTEZA_cont_gen_exec_bug_2014.pdf

5.UNITĂȚI – PATURI, Ministerul Sănătății, Administrația Locală și Academia Română 2015, Institutul Național de Sănătate Publică - Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, 2016

6.<https://www.umftgm.ro/facultatea-de-medicina/departamente-si-discipline/m4-clinice-medicale/pediatrie-i-colectivul-disciplinei.html>

7.<http://www.emedic.ro/Rezidentiat/CURRICULUM-DE-PREGATIRE-IN-SPECIALITATEA-PEDIATRIE.htm>

II. SISTEMA SANITARIO PEDIATRICO IN UNGHERIA

1. Il Sistema Sanitario Nazionale

L'Ungheria ha una tradizione di servizi sanitari risalente all'Ottocento. La prima legge sulla sanità pubblica fu approvata nel 1876, e i sistemi di sicurezza e di previdenza sociale in Ungheria hanno una lunga storia. Dal 1948 il sistema di assistenza sanitaria a economia mista fu ristrutturato in un modello statale centralizzato in linea con altri settori dell'economia. La legislazione sull'assistenza sanitaria adottata nel 1972 ha confermato che l'accesso ai servizi sanitari è un diritto collegato alla cittadinanza e ha assicurato la copertura gratuita completa al momento del suo utilizzo. Tuttavia, poiché era sottofinanziato, il sistema non è stato in grado di soddisfare il livello della domanda[1].

Nel secolo scorso il sistema sanitario ungherese è stato caratterizzato dal predominio degli ospedali e quindi da una struttura ospedaliera eccessivamente sviluppata. Le cure primarie erano caratterizzate da scarso prestigio e mancanza di formazione uniforme. Dati i forti interessi interni ed esterni alla professione, la politica sanitaria non ha osato modificare in modo significativo questa situazione. Qualsiasi tipo di riforma è anche stata ostacolata dalla natura sottofinanziata del sistema sanitario.

Negli anni '60, a causa di tassi di mortalità infantile molto elevati (46%), sono state istituite dinamicamente procedure pediatriche con presa in carico della popolazione sotto i 14 anni . Negli anni '90 questa rete è stata sviluppata appieno nelle aree urbane e in parte nelle zone rurali. Questo sistema di elevata qualità è stato descritto da uno studio olandese, PHARE, come inutilmente sovravviluppato. Ad ogni modo, entro il 2008 il nostro tasso di mortalità infantile è migliorato fino a raggiungere il 5,62 %[2]. Da allora il sistema pediatrico di cure primarie funziona parallelamente a quello della popolazione adulta.

Lo sviluppo delle cure primarie moderne e delle sue istituzioni di base è avvenuto solo all'inizio degli anni '90. Tuttavia, copriva quasi esclusivamente l'assistenza sanitaria del paziente adulto, a causa di gravi carenze rilevate in questo ambito, mentre l'assistenza pediatrica primaria e i suoi risultati erano considerati soddisfacenti. Precedentemente i pazienti erano assegnati a provider locali di servizi sanitari e, in base al luogo di residenza, era consentito rivolgersi solo al medico di base (medico curante, medico distrettuale), dipendente del comune o di un ospedale locale (di proprietà statale). In seguito alle nuove norme del 1992, i pazienti ormai possono scegliere il medico di famiglia o il pediatra che lavora a livello di cure primarie e i medici di base sono stati autorizzati a lasciare lo status di dipendenti pubblici e a esercitare in studi privati. Oggi in Ungheria ci sono circa 6.700 medici di base per una popolazione di 10 milioni di persone. I 1.498 pediatri lavorano per lo più nelle grandi città e prendono in carico unicamente i bambini, mentre 1600 medici di base curano la popolazione di tutte le fasce di età esercitando varie attività cliniche, mentre il resto dei medici che lavorano nelle cure primarie tratta solo gli adulti. Il numero medio di bambini in carico a un pediatra che esercita nell'ambito delle cure primarie è di circa 800. In zone meno estese i pediatri hanno 400-500 bambini da curare, mentre nelle zone più popolate il medico può trattare fino a 1.500 pazienti.

Il 74% dei bambini sotto i 14 anni e il 46% degli adolescenti sotto i 19 anni sono trattati dai pediatri. Tutti gli altri bambini e adolescenti sono assistiti dai medici di famiglia in ambulatori

“misti”, situati principalmente in regioni rurali e scarsamente popolate. Ciò significa che in Ungheria - analogamente ad altri Paesi Europei - pediatri e medici di famiglia forniscono l'assistenza medica a bambini e adolescenti. L'assicurazione sanitaria nazionale non finanzia l'assistenza medica del medico di famiglia per i bambini sotto i 14 anni nel caso in cui ci sia anche un'assistenza pediatrica che opera in quella località.

Pertanto, nelle città il 100% dei bambini sotto i 14 anni riceve cure pediatriche, mentre la fascia di età 15-18 anni può decidere liberamente tra pediatra e medico di base in tutto il paese.

La professione di pediatra di cure primarie sta quasi scomparendo: se chiude un ambulatorio pediatrico, i bambini che vivono nella zona saranno trasferiti alle attività cliniche miste e trattati dai medici di famiglia. Nel 2016 l'età media dei pediatri ungheresi era di 59 anni, il 46% dei medici aveva più di 60 anni e 140 avevano già festeggiato il settantesimo compleanno. Nove pediatri avevano più di 80 anni. Tuttavia, non ci sono altri medici che potrebbero prendere il loro posto in ambulatorio. Dei 1.498 studi pediatrici ungheresi di cure primarie, 500 sono occupati da medici di età compresa tra 50 e 60 anni. L'assenza di generazioni future di pediatri può portare all'estinzione della professione.

Negli ultimi anni sono stati chiusi almeno 100 studi pediatrici. Nel 2012 c'erano 1.527 ambulatori, il cui numero è sceso a 1.498 nel 2016. Nella capitale, la situazione è decisamente migliore e ci sono molti pediatri che lavorano a Budapest, dove persino un declino del 10% nel numero dei medici non causerebbe un'interruzione rilevante dell'assistenza sanitaria pediatrica. Nelle aree rimaste senza servizi pediatrici locali i genitori devono scegliere se portare i figli in uno studio pediatrico situato in un'altra zona o se accettare le cure del medico di famiglia.

All'inizio dell'ultimo decennio è sorta l'intenzione, da parte del governo, di eliminare il sistema di cure primarie in ambito pediatrico. Tale intenzione è stata ridimensionata, ma che la mancanza di sviluppo della qualità determini l'atrofia del sistema di assistenza primaria pediatrica è ancora una criticità.

I pediatri hanno alle spalle 5 anni di Scuola di specializzazione, mentre i medici di famiglia frequentano un corso di Pediatria della durata di quattro mesi o, più esattamente, un corso teorico di due mesi completato da una pratica clinica di sei settimane in Pediatria. Evidentemente questo non è sufficiente per offrire la stessa assistenza medica di qualità che forniscono i pediatri. Secondo la ricerca di Bunuel Alvarez [3] i medici specializzati possono fornire assistenza sanitaria preventiva di qualità più elevata. Il loro ruolo è cruciale nel trattamento dei bambini, quindi è importante mantenere gli ambulatori pediatrici.

Il finanziamento di base dei servizi medici pediatrici è influenzato da diversi moltiplicatori: in primo luogo, dipende dal bacino di utenti, dal numero di pazienti che vivono nell'area di lavoro del pediatra (il moltiplicatore è maggiore quando la popolazione è inferiore). In secondo luogo, vi è un moltiplicatore a seconda del tipo di insediamento (inferiore nelle grandi città, superiore nelle aree remote). Esistono altri moltiplicatori che dipendono dalla qualifica professionale del pediatra, dall'età dei pazienti (più giovane è il paziente, maggiore è il moltiplicatore). Molti pediatri di cure primarie lavorano anche part-time come medici del lavoro, o forniscono altri tipi di servizi medici per aumentare il loro basso reddito. Oltre al finanziamento di base, anche i pediatri ricevono una retribuzione in base alle prestazioni. L'importo dipende dal numero di pazienti che vivono al di fuori dell'area di lavoro del pediatra e che lo hanno scelto invece del medico locale.

Nel 2007 è stata pianificata e avviata una riforma sanitaria in Ungheria, fortemente voluta dalla coalizione dei partiti al potere in quel momento. La riforma è stata trasmessa in maniera inadeguata alla società e ai professionisti della salute ed è stata oggetto di attacchi anche da parte dei partiti all'opposizione. Dal febbraio 2007 i pazienti devono pagare un co-versamento simbolico, come quota per la visita (300 HUF, circa 1 euro), direttamente agli operatori sanitari, per ogni consultazione o giorno di degenza in ospedale. Dopo una lunga campagna politica condotta dall'opposizione parlamentare e sostenuta dai movimenti civili, nell'aprile 2008 il co-versamento è stato abolito a seguito di un referendum nazionale. I fondi previdenziali privati pianificati in precedenza non sono più stati stanziati.

Dal gennaio 2012, secondo la nuova normativa, il governo ha rilevato tutti gli ospedali dai comuni e dalle province. Gli obiettivi dichiarati di queste riforme erano:

- razionalizzazione del finanziamento del sistema sanitario;
- riduzione delle spese governative;

- riduzione delle sovrapposizioni esistenti tra ospedali e strutture specialistiche nelle grandi città;
- istituzione di un sistema di gestione centralizzato migliore, poiché era praticamente impossibile coordinare i diversi interessi dei comuni.

Il processo di ristrutturazione dovrebbe far fronte alla carenza di medici e infermieri esperti. Oltre all'enorme aumento dei compiti amministrativi, negli ultimi anni non sono avvenute modificazioni di rilievo nell'ambito delle cure primarie. Un piccolo aumento di stipendio è stato promesso ai medici, in particolare ai giovani specializzandi. Molti di loro hanno dichiarato di voler lasciare il paese se lo stipendio di base dei medici dovesse rimanere invariato (300-400 euro mensili).

2. Formazione in Pediatria

2.1. Pediatria all'università, laurea in Medicina generale

Gli studi in Medicina in Ungheria sono conformi agli standard europei e sono di massima qualità. I requisiti di ammissione relativamente agevoli e le tasse universitarie ragionevoli attraggono molti studenti dall'estero.

L'Ungheria accoglie studenti internazionali con quattro università che offrono corsi di Medicina, Farmacologia e Odontoiatria in inglese: Università Semmelweis, Università di Debrecen, Università di Szeged e Università di Pécs. La laurea in medicina rilasciata da un'università ungherese è riconosciuta dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti, il che induce molti studenti internazionali a studiare medicina in Ungheria.

Il numero di studenti ammessi alla Facoltà di Medicina è determinato annualmente dal Ministero delle Risorse Umane. Poiché il numero dei candidati è da due a quattro volte superiore al numero di posti disponibili, l'iter di selezione si basa sul precedente curriculum accademico documentato del candidato.

Il periodo di formazione di 12 semestri copre almeno 6.000 ore di insegnamento, suddiviso in due parti. La prima consiste in un periodo biennale di studio preclinico delle scienze di base; la seconda è incentrata sugli studi clinici e dura quattro anni. Il periodo di tirocinio si svolge durante l'11° e il 12° semestre e viene generalmente svolto presso cliniche o ospedali universitari.

A conclusione del corso di sei anni gli studenti devono presentare e discutere una tesi scritta e sostenere una prova scritta e una orale finali davanti a una commissione d'esame. Dopo aver superato con successo tutti gli esami, lo studente ottiene il diploma di laurea e il titolo di Dottore in Medicina [4].

2.2. Formazione Continua in Medicina

La partecipazione all'ECM è un requisito vincolante per i medici in Ungheria, che sono obbligati a prendere parte a un programma di Formazione Continua in Medicina (ECM) ogni cinque anni al fine di rinnovare le loro qualifiche nell'Albo dei Medici della Camera Medica Ungherese.

Le facoltà contribuiscono alla formazione continua dei medici che esercitano in Ungheria, organizzando corsi e programmi che consistono in attività teoriche e pratiche. Complessivamente, durante il periodo di formazione di cinque anni, devono essere raccolti 250 crediti formativi.

3. Servizi Pediatrici

2.3.1. Servizi pediatrici pubblici

In Ungheria, l'assistenza pediatrica è pubblica e gratuita per tutti. Ogni bambino ha libero accesso alle cure pediatriche per legge. Tuttavia, esistono strutture private disponibili per chi è disposto a pagare. Qualora esista la possibilità di scegliere il pediatra come medico di base per i bambini, occorre ricorrervi.

Se un bambino è idoneo all'assicurazione sociosanitaria pubblica ungherese, normalmente il pediatra distrettuale provvederà gratuitamente all'assistenza pediatrica. Ogni distretto ha diversi studi pediatrici, spesso nello stesso edificio con ambulatori sanitari (con la presenza delle cosiddette infermiere istruite; in Ungheria, un'infermiera istruita è una combinazione di assistente sociale e infermiera, il cui ruolo principale è di fornire informazioni ai pazienti e svolgere il lavoro amministrativo di monitoraggio della salute generale dei bambini). Ai bambini viene assegnato un pediatra in base al loro indirizzo di residenza ma, a differenza dell'infermiere istruito che le famiglie non possono scegliere, i genitori possono sempre selezionare un pediatra. Il vantaggio di usare i pediatri di distretto consiste nella vicinanza ai luoghi di residenza, nella regolarità degli orari d'ambulatorio e nella possibilità di avere visite a domicilio gratuitamente [5].

Ci sono cinque cliniche pediatriche universitarie e tutti gli ospedali provinciali hanno reparti pediatrici. Inoltre, l'Ungheria ha due ospedali pediatrici indipendenti a Budapest e un centro pediatrico a Miskolc (la seconda città più grande del paese). Ci sono dipartimenti pediatrici anche in alcune istituzioni speciali. Il servizio ambulatoriale per i bambini, in merito a varie sottospecializzazioni, è organizzato principalmente in base alla distribuzione dei servizi ospedalieri.

3.2. Servizi pediatrici privati

Intorno a Budapest ci sono diverse cliniche private che si rivolgono ai residenti all'estero o agli stranieri in Ungheria. Tutte forniscono cure pediatriche. Le cliniche private ambulatoriali accettano le assicurazioni sanitarie private, alcune di esse provvedono addirittura a fatturare direttamente alla compagnia assicurativa.

Le cliniche ambulatoriali pediatriche private offrono un'ampia gamma di servizi per essere in grado di gestire anche i problemi medici più complessi. In alcune cliniche il pediatra è disponibile 24 ore al giorno (anche per le chiamate a domicilio) e generalmente è operativa una hotline che accetta chiamate giorno e notte anche durante i fine settimana e nei giorni festivi. Le cliniche ambulatoriali private forniscono cure mediche, screening e vaccinazioni alla popolazione infantile, dall'età neonatale sino ai diciotto anni.

III. SISTEMA SANITARIO PEDIATRICO IN ITALIA

3.1. Il Sistema Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito dalla legge del Parlamento n. 833 di dicembre 1978 [1]. Il SSN include tutte le funzioni, le strutture, i servizi e le attività garantite dallo Stato italiano a tutti i cittadini italiani. I suoi obiettivi sono il mantenimento e la cura della salute fisica e psichica e la promozione dei sistemi sanitari, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione italiana. Il Ministero della Salute è il principale organo funzionale del SSN italiano: la sua missione è quella di prendersi cura della salute pubblica.

Il Sistema Sanitario Nazionale Italiano (SSN) segue un modello simile al modello Beveridge sviluppato dall'NHS (Beveridge 1942; Musgrove 2000). Come il Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS), la copertura sanitaria per la popolazione italiana è fornita e finanziata dal governo attraverso le tasse. La copertura universale fornisce un accesso sanitario uniforme ai cittadini ed è solitamente considerata come il valore aggiunto di un sistema di welfare finanziato dalle entrate fiscali. Tuttavia in Italia la forte politica di decentramento, a partire dai primi anni '90, ha progressivamente decentrato i poteri dallo Stato alle 21 Regioni italiane. Di conseguenza, lo Stato ora mantiene un controllo limitato della sovrintendenza e continua ad avere una responsabilità generale per il SSN al fine di garantire livelli uniformi ed essenziali di servizi in tutto il Paese. In questo contesto, è diventato essenziale, sia per il Ministero che per le Regioni, adottare un sistema comune di valutazione delle prestazioni.

Il **Piano Sanitario Nazionale**, formulato dal Ministero e approvato dal Parlamento, stabilisce gli obiettivi generali per la salute pubblica, il bilancio e la distribuzione delle risorse alle Regioni, che sono responsabili dell'attività sanitaria regionale. La principale struttura sanitaria locale è l'ASL (Azienda Sanitaria Locale). Le ASL coordinano e organizzano il lavoro di tutti i luoghi di prevenzione, ammissione, assistenza e riabilitazione, uffici e servizi locali.

Il Ministero della Salute stabilisce le regole generali per la gestione di questi servizi, le linee guida per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario e i sistemi di controllo e verifica dei risultati.

2. Formazione in Pediatria

Durante gli anni universitari gli studenti devono seguire e superare l'esame di un corso principale di Pediatria, più altri come quelli di chirurgia pediatrica, puericoltura, genetica applicata che, per la maggior parte, sono facoltativi ma spesso obbligatori o caldamente suggeriti per i futuri pediatri. Per molti di loro il lavoro pratico nei reparti pediatrici è obbligatorio.

Dopo la laurea, per poter lavorare come pediatra, è necessario frequentare i cinque anni della Scuola di Specializzazione in Pediatria, che comprendono cinque anni di lavoro negli Ospedali pediatrici o Università, regolarmente retribuiti con uno stipendio adeguato. Al termine degli studi è possibile lavorare come pediatra. In tutto il paese, corsi di Master e corsi a lungo termine in diverse sottospecializzazioni (neonatologia, medicina dell'adolescenza, reumatologia, e così via) permettono di migliorare la specializzazione in base al campo in cui si lavora o semplicemente laddove si desidera migliorare.

Dopo il corso di specializzazione, sono possibili tre percorsi:

1. attività private,
2. attività ospedaliera,
3. consulenza all'autorità sanitaria pubblica all'interno dell'ASL come pediatra.

L'ECM (Formazione Continua in Medicina) è la modalità disponibile al professionista della salute per tenersi aggiornato e rispondere alle esigenze dei pazienti, a quelle dell'assistenza sanitaria e contribuire al proprio sviluppo professionale.

La formazione continua in medicina riguarda l'acquisizione di nuove conoscenze, competenze e attitudini utili per un esercizio competente ed esperto della professione. Per gli operatori sanitari è un obbligo deontologico applicare nuove conoscenze e competenze al fine di offrire un'assistenza qualitativamente utile, cioè prendersi cura dei pazienti con abilità aggiornate, senza conflitti morali, per essere dei bravi professionisti della salute.

L'avvio del programma nazionale di ECM nel 2002, basato sul DLgs 502/1992, integrato dal DLgs 229/1999, che aveva stabilito un requisito di formazione permanente per gli operatori sanitari, è stato un messaggio forte per il mondo della salute.

La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e sarà uno strumento volto a costruire un approccio moderno allo sviluppo e al monitoraggio delle capacità individuali. La formazione medica continua è strettamente legata alla ricerca in ambito clinico.

3. Servizi pediatrici

I servizi pediatrici pubblici sono inclusi nel concetto di Area Pediatrica, ciò implica un approccio particolare agli spazi, ai servizi e alla cura dei pazienti, con strutture e procedure dedicate. Questo concetto include strutture come ospedali pediatrici e reparti pediatrici negli ospedali generali, dove sono accettati solo pediatri e infermieri specializzati. Esiste un servizio chiamato Consultorio; i consultori sono sparsi sul territorio della maggior parte delle ASL; ci sono poi pediatri che lavorano in molti asili pubblici o come medici scolastici oltre a nuove figure

emergenti, i cosiddetti "pediatri di comunità". Tutti questi medici, nel prendersi cura dei bambini, devono rimanere in contatto con la figura principale: il pediatra di famiglia.

Questa figura è concepita in quanto pediatra che controlla tutti gli aspetti della crescita fisica e psichica dalla nascita all'adolescenza. Dovrebbe conoscere l'intera storia del paziente e della sua famiglia, curare i bisogni dei suoi pazienti attraverso visite regolari prestabili e verificarne lo stato di salute con la possibilità di prescrivere visite ed esami all'occorrenza, consultazioni telefoniche, vaccinazioni. È anche responsabile dei certificati medici. Dovrebbe rappresentare l'unione tra la famiglia e le strutture di secondo livello.

L'elenco dei pazienti del pediatra è determinato dalla disponibilità in termini di posti liberi per la presa in carico e dalla scelta del medico da parte del cittadino.

I pediatri possono essere coinvolti in progetti di medicina di gruppo o di rete. L'impiego di strumenti digitali in Pediatria è obbligatorio, in ottemperanza a nuove procedure, per poter emettere prescrizioni di farmaci e/o richieste di esami.

I pediatri collaborano con il Direttore dei Distretti dell'Autorità Pubblica Sanitaria Locale. I pediatri seguono i bambini con i bilanci di salute fino all'età di 6 anni e l'ultimo di questi bilanci viene pianificato prima del passaggio al medico di famiglia[1]. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", GU n. 360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario.

Le attività della Neuropsichiatria infantile sono rivolte a bambini e adolescenti di età compresa tra 0 e 18 anni. Il servizio si avvale di psichiatri infantili, medici operanti all'interno delle strutture territoriali e/o ospedaliere in collaborazione con altre istituzioni dell'area (Servizi Sociali, Scuola).

La Neurologia Infantile si occupa di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione dei disturbi dello sviluppo infantile e adolescenziale: danni neuromotori, malattie neurologiche congenite e acquisite, epilessia, problemi psichiatrici e comportamentali, disturbi della comunicazione e disturbi del linguaggio e dell'apprendimento. Si occupa anche di ricerca e certificazione (profilo dinamico funzionale – PDF, secondo il modello della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute – ICF) degli alunni disabili in conformità alla legislazione nazionale, per l'assegnazione dell'insegnante di sostegno nelle scuole e l'attivazione delle procedure per il riconoscimento dell'invalidità civile e della disabilità dei minori.

Bibliografia

1. <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

2. Nuti S, Seghieri C, Vainieri M, Zett S., Assessment and improvement of the Italian healthcare system: first evidence from a pilot national performance evaluation system. [J Healthc Manag.](#) 2012 May-Jun;57(3):182-98; discussion 198-9.

IV. SISTEMA SANITARIO PEDIATRICO IN SPAGNA

4.1. Il Sistema Sanitario Nazionale

Il Sistema Sanitario in Spagna è un ente pubblico che comprende servizi sanitari, fondato nel 1908 come *Instituto Nacional de Previsión*, che ha esteso gradualmente la copertura a tutta la popolazione. Questo processo di universalizzazione è stato guidato dall'applicazione di un modello bismarckiano implementato con una legge nazionale emanata nel 1942, la *Ley de Seguro Obligatorio*, che imponeva assicurazioni sanitarie alle società assicurative private e offriva assistenza sanitaria a beneficiari alternativi dell'assicurazione. Nel 1963, data la crescita economica, le assicurazioni private divennero dominio della gestione pubblica e questo processo fu completato nel 1986 attraverso la *Ley 14/1986 General de Sanidad* (Legge generale sulla salute). Questa legge adempie al mandato della Costituzione spagnola di tutelare la salute dei cittadini e riconosce il diritto ai servizi sanitari di tutti i cittadini e gli stranieri residenti in Spagna.

Dagli anni '90 la responsabilità della gestione sanitaria è stata trasferita alle autorità locali in seguito al mandato del titolo VIII della Costituzione che conferisce alle comunità autonome il controllo territoriale dei servizi pubblici per prendersi cura delle esigenze di aree specifiche, e il sistema di assistenza sanitaria è incluso in tutte le competenze delegate alle amministrazioni locali. Attualmente i servizi di assistenza sanitaria sono a carico delle *Comunidades Autonomas*, istituzioni regionali con responsabilità territoriale in materia di servizi pubblici.

Il sistema di assistenza sanitaria fornisce servizi in diversi settori: preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo e promozione e implementazione della salute della popolazione. L'assistenza sanitaria è uno degli strumenti principali delle politiche di redistribuzione del reddito tra gli spagnoli: ognuno contribuisce con le tasse in base alla sua capacità economica e riceve i servizi sanitari in base alle necessità sanitarie. In Spagna l'assistenza sanitaria per malattia comune o infortunio non lavorativo è un beneficio indipendente dai contributi fiscali ed è finanziata dalle amministrazioni regionali.

Nel 2003 la Legge generale sulla salute è stata integrata dalla *Ley 16/2003 de Cohesion y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (Legge di coesione e qualità) per affrontare i cambiamenti culturali, tecnologici e socioeconomici che interessano la società spagnola contemporanea e i suoi modelli di malattia. Questa legge stabilisce un insieme di funzioni comuni a tutte le comunità autonome in materia di servizi di assistenza sanitaria, quali prestazioni erogate, farmaci, personale sanitario, ricerca, sistemi di informazione sanitaria e qualità generale del sistema sanitario. Sono state sviluppate diverse istituzioni nazionali al fine di promuovere la qualità dei servizi a livello nazionale e valutare i servizi sanitari regionali.

Nel 2012 con il *Real Decreto 16/2012* (Regio decreto legge) sono state introdotte modifiche consistenti alle politiche sanitarie pubbliche nazionali in relazione alla sostenibilità economica dei servizi di sanità pubblica. Questa legge ha introdotto una modifica significativa al carattere universale tradizionalmente assegnato al sistema sanitario pubblico spagnolo: i servizi sanitari non sono gratuiti per tutti i cittadini, ma potrebbero essere a carico delle famiglie in ragione delle loro entrate, e gli stranieri non registrati non hanno accesso alla sanità pubblica; tuttavia, non tutte le comunità autonome hanno applicato questa legge.

Il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali stabilisce le politiche nazionali in materia di salute per rispettare il diritto costituzionale dei cittadini ai servizi sanitari e regola il funzionamento del *Sistema Nacional de Salud - SNS* (Sistema Sanitario Nazionale). Come conseguenza del processo di decentralizzazione promosso dalla Costituzione e promulgato dalla Legge generale sulla salute, ciascuna comunità autonoma ha istituito un adeguato Servizio Sanitario, con una

struttura amministrativa indipendente. Dal 2003 la Legge di Coesione stabilisce l'istituzione del *Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud - CISNS* (Consiglio del Servizio sanitario nazionale spagnolo) come organo di coordinamento generale in materia di salute tra lo Stato Centrale e le comunità autonome e l'istituzione offrendo la garanzia del coordinamento del SSN.

Le comunità autonome gestiscono i servizi sanitari locali attraverso la *Consejería de Sanidad* (Consiglio sanitario) che ha il compito di coordinare e attuare le politiche sanitarie governative autonome in materia di sicurezza sociale e copertura dei bisogni sanitari della popolazione, gestione del sistema sanitario, salute mentale, servizi farmaceutici, formazione professionale sanitaria, ricerca e sviluppo, salute pubblica, sicurezza alimentare e disturbi da dipendenza.

Il sistema sanitario autonomo è diviso in *Áreas de Salud* (aree sanitarie), distretti amministrativi con funzioni per organizzare le cure primarie. L'*Atención primaria* (assistenza primaria) assicura un livello di assistenza completo e continuo per tutta la vita del paziente e, da questo punto di vista, ogni paziente può contare su un coordinamento personalizzato e una regolamentazione del piano delle cure attraverso il ruolo di un *medico de familia* (medico di famiglia).

Il medico di base svolge un ruolo di coordinamento al fine di assicurare l'educazione sanitaria, la prevenzione, la cura, la riabilitazione fisica e l'assistenza sociale. L'assistenza di base copre i servizi domiciliari, i servizi di emergenza e i servizi programmati o su richiesta. L'*Atención especializada* (assistenza specialistica) offre servizi di medici specialisti forniti su richiesta del medico di base. Questo servizio è normalmente situato in ospedale e assicura cure ospedaliere e ambulatoriali, o in centri specializzati e day hospital.

L'assistenza specialistica è integrata con le cure primarie e risponde alle esigenze dei pazienti che non possono essere soddisfatte dalle cure primarie stesse. L'assistenza specialistica è comunemente fornita attraverso visite ambulatoriali e il day hospital quando le circostanze cliniche del paziente sono favorevoli a questo tipo di assistenza. L'*Atención socio-sanitaria* (assistenza sociosanitaria) offre un servizio a pazienti cronici che richiedono, contemporaneamente, servizi sanitari e servizi sociali per gestire le limitazioni dovute alle malattie croniche e promuovere l'integrazione sociale.

2. Formazione in Pediatria

La formazione in Medicina in Spagna è disciplinata dalla Direttiva 2021/12/2004 emanata dal Parlamento Europeo nel 2004. Le Facoltà di Medicina, ottemperando al Processo di Bologna, hanno adottato il Sistema Europeo di Trasferimento dei Crediti per realizzare la strategia di armonizzazione dell'istruzione superiore all'interno dell'UE. In Spagna gli studenti universitari di Medicina affrontano la materia pediatrica al quinto anno di Medicina, anche se il numero di crediti (ECTS) può variare, da un'università all'altra, da 12 a 14 su un totale di 360 ECTS per l'intero corso di studi. In un'Università pubblica, dove i corsi di Pediatria corrispondono a 12 ECTS, gli studenti seguono 75 ore di programma di studi teorici e 84 di formazione pratica, suddivisi in 36 ore di attività guidata e 48 ore di attività non guidata, integrate con 137 ore di studio individuale. Il tirocinio pratico corrisponde generalmente a 1 mese in una Unità ospedaliera pediatrica, con un sistema di rotazione in cui gli studenti di Medicina rimangono 1 settimana in neonatologia, 1 settimana in visita clinica, 1 settimana in emergenza pediatrica e 1 settimana in unità pediatrica.

In Spagna i laureati in Medicina, dopo aver superato un esame nazionale, possono iniziare il corso di specializzazione. In base ai risultati, entrano in una Scuola di specializzazione selezionata e iniziano un corso post-laurea di 4 anni diventando *Medico Interno Residente* (MIR). Il corso di specializzazione ha durata quinquennale, ma nel caso di Pediatria è di 4 anni, e nella letteratura pediatrica spagnola è ricorrente il dibattito su questo tema.

I MIR sono medici con un contratto regolamentato a livello nazionale; questa attività è retribuita e gli specializzandi contribuiscono al sistema fiscale al pari degli altri professionisti. La specializzazione in Pediatria comprende tre tipi di formazione: cure primarie, consultazioni cliniche ambulatoriali che possono essere eseguite in ospedale o nei centri di cura primari. Durante la specializzazione i pediatri accedono alle sottospecializzazioni di Pediatria attraverso un metodo di rotazione in neonatologia, emergenza pediatrica, ortopedia pediatrica, chirurgia

pediatrica, terapia intensiva pediatrica. Il consiglio direttivo pedagogico dell'ospedale stabilisce un insieme di corsi di formazione comuni a tutte le specialità obbligatori per tutti gli specializzandi.

Durante il primo anno gli specializzandi in Pediatria devono seguire un corso di formazione obbligatorio relativo alle seguenti specialità: introduzione alla Pediatria, radiologia pediatrica, cardiologia pediatrica (incentrata sulla lettura dell'elettrocardiogramma), laboratorio sulle abilità comunicative e colloquio clinico, emergenza pediatrica.

Nel secondo anno di specializzazione il corso comprende: rianimazione cardio-polmonare, bioetica e allattamento come corsi obbligatori e alcuni corsi opzionali relativi alle competenze di ricerca, quali biostatistica, ricerca bibliografica e altri seminari scientifici specifici. I corsi di formazione possono essere diversi a seconda della regolamentazione autonoma, dell'organizzazione dei servizi territoriali o degli ospedali in base alla domanda dei servizi di assistenza sanitaria, anche se esiste un nucleo comune di competenze richieste per concludere la specializzazione. Le rotazioni fino a due o tre mesi sono obbligatorie per tutti gli specializzandi in tutte le specialità e sottospecialità pediatriche durante i primi 3 anni; nell'ultimo anno gli specializzandi possono seguire per 6 mesi un'area specifica secondo le preferenze individuali. Un tutor e il responsabile dell'Unità supervisionano il ciclo di rotazione di ogni specializzando. Tutti gli specializzandi fanno una rotazione nei servizi di emergenza, area perinatale, terapia intensiva pediatrica e terapia intensiva neonatologica, oncologia pediatrica ed ematologia, cure primarie. Tra le sottospecialità disponibili per la rotazione vi sono: cardiologia, endocrinologia, nefrologia, neurologia, pneumologia, gastrologia e allergologia. Secondo la direttiva del Ministero della Salute, gli specializzandi possono ruotare in emergenza 4 - 6 volte al mese secondo i servizi necessari.

In Spagna le soft skills nella formazione in Medicina vengono sviluppate nelle materie *Habilidades de comunicación* (abilità di comunicazione) e *Humanidades médica* (discipline umanistiche mediche). Il modello pedagogico applicato nelle Facoltà di Medicina spagnole è strutturato nel corso di studi basato sui risultati. I risultati degli studenti di Medicina suggeriti dall'*Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación* (ANECA) sono classificati in due gruppi: risultati generali raggiunti attraverso competenze trasversali e risultati specifici, tra i quali sono incluse le soft skills.

Le competenze specifiche degli studenti di medicina sono: 1) competenze cliniche, 2) basi scientifiche della medicina, 3) salute della popolazione 4), valori professionali, attitudini, 5) abilità comunicative, 6) sistemi di popolazione e salute, 7) informazioni sul management. La materia può essere insegnata da uno psicologo, come parte del corso di psicologia medica, o da un esperto di etica, come parte del corso di studi umanistici o entrambi. Nel primo caso le soft skills si incentrano sulle modalità di comunicazione, intese nel senso di come i medici possono comunicare con il paziente; nel secondo caso si focalizzano su che cosa comunicare, facendo riferimento agli atteggiamenti del medico nel rapporto medico-paziente.

Le differenze tra il primo ed il secondo aspetto sono essenziali: uno psicologo può raccomandare una specifica postura fisica durante il processo di comunicazione, un gruppo di domande prestabilite per suscitare empatia. Nel secondo caso gli esperti di etica lavorano sull'atteggiamento professionale, promuovono la proattività durante il processo di informazione al fine di coinvolgere il paziente nei processi decisionali. Entrambi sono aspetti essenziali per migliorare le competenze trasversali, perciò l'integrazione degli approcci psicologici e di quelli etici, nello stesso percorso, è fondamentale.

In alcune università private spagnole, le soft skills fanno parte di un corso chiamato *Humanidades Médicas y Habilidades de Comunicación*, insegnato al primo anno della Scuola di medicina. In questo corso le competenze trasversali fanno parte di un modulo di 5 lezioni, ciascuna di 2 ore settimanali: 1) introduzione, 2) processo di comunicazione, 3) ascolto attivo 4) assertività, 5) comunicazione di cattive notizie. Ogni lezione ha una fase pratica corrispondente a 1 ora e un esame clinico strutturato oggettivo (OCSE) di simulazione in ospedale. In Spagna questo format può presentare qualche variazione, ma è adottato in tutte le Università e rappresenta un approccio strutturato alle soft skills per gli studenti universitari di medicina

La formazione medica continua in Spagna è regolata dalla *Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* (Legge che regola le professioni sanitarie), una legge completa che integra tutta la legislazione precedente sull'argomento. La formazione continua in medicina è definita come un processo di formazione incentrato sull'apprendimento attivo e permanente dei

professionisti della salute laureati, al fine di migliorare le conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti per affrontare le sfide del progresso tecnologico in medicina e rispondere alle esigenze di assistenza sanitaria dei cittadini. La formazione continua in medicina è stata regolata da un sistema di certificazione specifico dal Ministero della Salute ed è un requisito per ogni operatore sanitario.

La formazione continua in medicina negli ospedali spagnoli è supervisionata dall'*Unidad de Calidad* (Unità di qualità) di ciascun ospedale. Le associazioni di professionisti hanno l'incarico di organizzare attività esterne oppure online per i loro professionisti sanitari. Spesso le associazioni professionali sono coordinate congiuntamente con le Unità di qualità al fine di organizzare programmi di formazione. La formazione continua in medicina negli ospedali include attività didattiche costanti come sessioni cliniche, corsi di addestramento, presentazioni orali a congressi nazionali e internazionali, attività di ricerca e pubblicazioni. Per ottenere un incarico ufficialmente accreditato, i corsi di formazione sono oggetto di una valutazione preventiva da parte della *Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias* (Consiglio per la formazione continua per gli operatori sanitari), per conto della pubblica amministrazione in materia di certificazione degli operatori sanitari.

La *Asociación Española de Pediatría - AEP* (Associazione Spagnola di Pediatria) riveste un ruolo importante nel programma di formazione continua per i pediatri. In Spagna il dibattito sull'implementazione della formazione professionale per lo sviluppo di competenze trasversali in Pediatria si concentra generalmente su due temi: rapporto pediatra-paziente-famiglia e bioetica. La letteratura sull'argomento si è diffusa negli ultimi decenni, soprattutto rispetto alle competenze dei pediatri. La necessità di migliorare la formazione degli specializzandi in Pediatria in materia di abilità comunicative, capacità di riconoscere e gestire le differenze culturali, identificare e promuovere i valori incentrati sul coinvolgimento delle famiglie e sulla promozione del processo decisionale condiviso, è diffusamente affrontata nella letteratura spagnola.

Una convinzione comune tra i pediatri coinvolti nel dibattito pubblico su questo tema su riviste specializzate quali *Educación Médica o Anales de Pediatría*, evidenzia come gli attuali programmi di formazione disponibili agli specializzandi non siano adeguati per rispondere alle esigenze dello scenario sanitario e ai requisiti dell'indirizzo di studio basato sui risultati applicato nell'istruzione superiore in Medicina. Un'iniziativa interessante promossa attraverso l'AEP in Spagna è il progetto *Continuum*, una piattaforma digitale per migliorare la formazione continua in Pediatria. Questo progetto, avviato nel 2003, si basa sul Global Curriculum for Pediatric Education, una versione per la Pediatria del modello educativo fondata sui risultati proposti dall'Istituto per l'Educazione Medica Internazionale e raccomandato in Spagna dall'ANECA. *Continuum* promuove una formazione basata sulle competenze e rivolta a studenti universitari, laureati e medici che esercitano la professione e offre corsi di formazione e attività didattiche.

3. Servizi pediatrici

L'assistenza pediatrica in Spagna si articola in 5 tipi di servizi – ospedale, pronto soccorso, day hospital, assistenza domiciliare e consultazioni esterne – offerti presso il *Centro de Salud* (Centro Sanitario) o in ospedale, per quegli ospedali in cui viene fornito il servizio. I servizi vengono assegnati in base alle esigenze di assistenza sanitaria dei pazienti e all'età. Questo modello riflette l'organizzazione più generale del sistema sanitario, suddivisa in cure primarie e assistenza specialistica e assistenza sociale. In questo modo i pazienti pediatrici ricevono un'assistenza integrata incentrata sui bisogni fisici, psicologici e sociali del paziente.

Le Unità pediatriche, la Chirurgia pediatrica e la Neonatologia sono spesso coordinate tra loro e trattano tutte le patologie dei pazienti pediatrici di tutte le fasce di età. Un modello di eccellenza in Pediatria in Spagna può comprendere i seguenti servizi:

- 1) unità perinatale; include cure perinatali in collaborazione con il reparto di ostetricia;
- 2) unità di neonatologia, con un'area specifica per la terapia intensiva (*Unidad de cuidados intensivos neonatológicos*);
- 3) unità per l'allattamento;
- 4) unità di terapia intensiva pediatrica (*Unidad de cuidados intensivos pediátricos*);
- 5) unità di oncologia ed ematologia;

- 6) unità pediatrica, per i pazienti non inclusi nelle unità precedenti con un'età compresa tra 2 e 17 anni;
- 7) chirurgia pediatrica;
- 8) assistenza domiciliare pediatrica;
- 9) emergenza pediatrica;
- 10) day hospital;
- 11) consultazione esterna nei centri di assistenza sanitaria.

Tutte le altre patologie non incluse in questi servizi sono trattate in reparti per adulti, che includono operatori sanitari con competenze specifiche per pazienti pediatrici, per esempio oculistica, ortopedia, psichiatria, otorinolaringoiatria.

L'attuale modello di sistema sanitario spagnolo, che scaturisce dalla *Ley General de Sanidad* del 1986, è un sistema sanitario nazionale che offre un'assistenza universale basata sul diritto alla salute dei cittadini garantito dalla Costituzione spagnola. Questo modello ha fornito cure sanitarie prevalentemente pubbliche in Spagna, anche se dagli anni '90 in alcune comunità autonome è iniziato un lento processo di modifica, aperto a un sistema misto di assistenza sanitaria, che sta diventando progressivamente uno standard nazionale.

In linea con questa modifica locale del sistema sanitario, è stato lanciato un primo intervento nazionale attraverso l'*Informe Abril* (Rapporto di aprile) nel 1991, in cui sono state proposte tutte le misure successivamente adottate, come il co-versamento, i criteri privati per gestire i servizi di assistenza sanitaria, l'implementazione del mercato privato per i servizi di assistenza sanitaria, un sostegno al ruolo delle assicurazioni e della fornitura privata dei servizi sanitari, modifiche delle condizioni contrattuali degli operatori sanitari. Tali provvedimenti hanno provocato un rifiuto sociale tra gli operatori sanitari, i pazienti e i responsabili delle politiche, e pertanto, sono stati per lo più sospesi provvisoriamente.

Dal 1992 sono stati istituiti diversi ospedali pubblici secondo i criteri gestionali che regolano le aziende private e con uno statuto giuridico diverso, in base ai nuovi criteri dettati dalla *Ley de Fundaciones* del 1994 e dalla normativa delle comunità autonome sotto il controllo del parlamento regionale. Nel 1994 è stato avviato un nuovo approccio che assegna competenze alle società private per creare ospedali privati e fornire servizi sanitari alla domanda pubblica di un'area specifica, in cui gestione e fornitura di servizi sono totalmente privati, ma l'azienda privata riceve fondi pubblici. Nel 1999, con una legislazione specifica, il governo ha offerto alle comunità autonome la possibilità di passare dal modello tradizionale dell'ospedale pubblico al Modello delle Fondazioni Pubbliche. Questo nuovo quadro giuridico ha suscitato un grande dibattito tra le parti interessate e attualmente non è completamente applicato in tutte le regioni sebbene, dal punto di vista giuridico, l'opzione sia disponibile a livello nazionale.

Nel 2007 in Spagna a Madrid è stata introdotta l'opzione sia di finanziare i servizi sanitari unicamente con fondi privati, sia di offrire un servizio esclusivamente privato. Tale opzione si sta progressivamente estendendo ad altre comunità autonome. Con la crisi finanziaria una nuova legge, il *Real Decreto Ley 16/2012*, introduce provvedimenti di emergenza in materia di sostenibilità del sistema sanitario pubblico. Tra gli interventi, sono stati introdotti nuovi criteri per il finanziamento privato e la promozione di assicurazioni private nella maggior parte delle comunità autonome con l'obiettivo di presentare in futuro un sistema sanitario privato.

Uno degli aspetti più importanti di questa legge è la discussione, per la prima volta, del principio di universalità dell'assistenza sanitaria, per cui solo i residenti stranieri hanno accesso alla salute pubblica, mentre per gli altri stranieri i servizi pubblici sono privati e richiedono la stipula di un'assicurazione.

Per concludere, nel sistema privato la Pediatria segue gli stessi criteri e la stessa struttura del sistema pubblico e la stessa legislazione viene applicata in tutte le circostanze.

Bibliografia

- 1) Farrerons Noguera L. Historia del Sistema Sanitario Español, Ed. Diaz de Santos, Madrid: 2013
- 2) Ley 14/1986 General de Sanidad. Organización del Sistema Sanitario Público
- 3) Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

- 4) Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones
- 5) Crespo Hernández M. Formación del Especialista de Pediatría: Viejos Problemas, Nuevos Tiempos. *Anales de Pediatría* 2009; 70:409-12
- 6) Crespo Hernández M. Bases Fundamentales del Programa MIR. *Anales de Pediatría* 2003; 58(4): 385-394
- 7) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco Título de grado en Medicina
- 8) Core Committee, Institute for international Medical Education, Global minimum essential requirements in medical education. *Medical Teacher* 2002; 24(2): 130-135
- 9) Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- 10) Cruz-Hernandez M. A Renewed challenge in Paediatric Education: Patient-Paediatrician and Family Relationship. *Educación Médica* 2004; 7(4):119-124
- 11) Hernández González A, Rodríguez Nuñez FJ et al. Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de pediatría. *Anales de Pediatría* 2014; 80:106-113
- 12) Continuum: The Power of e-learning and Web 2.0 in medical training in paediatrics. Three years of experience. *Educación Médica* 2017; doi.org/10.1016/j.edumed.2017.02.002
- 13) Sanchez Bayle M. La privatización de la asistencia sanitaria en España. Fundación Alternativas, 2014

V. SISTEMA SANITARIO PEDIATRICO IN GERMANIA

1. Il Sistema Sanitario tedesco

L'aspetto più importante del sistema sanitario tedesco è l'assicurazione sanitaria obbligatoria per i lavoratori dipendenti, denominata modello Bismarck.

Le origini del sistema sanitario possono rintracciarsi nelle corporazioni degli artigiani in epoca medioevale con la prima forma di assicurazione sanitaria basata sul principio di solidarietà. Gli appartenenti alle corporazioni versavano infatti un fondo per sostenere gli altri appartenenti in caso di problemi di salute. Nel 1883 Bismarck implementò un sistema di sicurezza sociale che richiedeva a datori di lavoro e lavoratori dipendenti di effettuare versamenti a Fondi malattia volontari allora esistenti che avrebbero pagato la copertura dell'assistenza sanitaria dei dipendenti. Il moderno sistema di assicurazione sanitaria statutaria (SHI) nato allora è rimasto sostanzialmente invariato e assicura circa il 90% dei cittadini tedeschi con Fondi malattia obbligatori. L'SHI copre essenzialmente il costo di tutte le cure mediche.

La copertura è universale per tutti i residenti legali. Il sistema sanitario in Germania si basa su quattro principi fondamentali:

1. Assicurazione obbligatoria
2. Finanziamento dai premi versati
3. Principio di solidarietà
4. Principio di autogoverno

Tavola 1. Indicatori del sistema sanitario selezionato per il sistema sanitario tedesco

Popolazione		Anno
Popolazione totale (in milioni)	80.646	2013
Percentuale della popolazione sopra i 65 anni	21,1%	2013
Percentuale della popolazione di età compresa fra 0-14 anni	13%	
Spesa		
Percentuale del PIL spesa per assistenza sanitaria	11,3%	2015
Spesa per assistenza sanitaria pro capite	\$4.920	2013
Tasso di crescita medio annuo della spesa reale per assistenza sanitaria pro capite, 2009-13	1,95%	2013
Spesa per spese sanitarie passive pro capite	\$649	2013
Spesa ospedaliera pro capite	\$1.423	2013
Spesa complessiva dell'assistenza ospedaliera (in miliardi)	84,2	2015
Spesa per prodotti farmaceutici pro capite	\$678	2013
Medici		
Numero di medici che esercitano/1.000 abitanti	411	2014
Numero medio annuo di visite mediche pro capite	9,9	2013
Spese ospedaliere, utilizzo e capacità		
Numero totale di ospedali	1956	2015
Numero di posti letto ospedalieri per terapia intensiva/1.000 abitanti	5,34	2013
Spese ospedaliere per dimissioni	\$5.641	2015
Dimissioni ospedaliere /1.000 abitanti	252	2013
Letti ospedalieri per 100.000/abitanti	823	2014
Durata media del ricovero per cure mediche (giorni)	7,7	2013
Salute		
Aspettativa di vita stimata	81 anni	2015

Mortalità infantile stimata /1000 nati vivi	3	2015
Decessi infantili /1000 nati vivi	3%	2014

Fonti: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016.

<http://www.euro.who.int/en/countries/germany/data-and-statistics;>

[https://www.destatis.de;](https://www.destatis.de) <https://de.statista.com>

Il sistema sanitario tedesco può essere suddiviso in tre categorie: attori, contribuenti e provider di servizi sanitari.

2. Attori

Il sistema sanitario tedesco si basa su un sistema decentrato e autonomo gestito da un numero di attori diversi. I poteri decisionali sono tradizionalmente suddivisi tra i livelli nazionale (federale) e statale (*Länder*), con molto potere delegato agli organi di autogoverno.

L'Assemblea Federale, il Consiglio Federale e il Ministero Federale della Sanità sono gli attori chiave a livello nazionale. Il Ministero Federale della Sanità (*Bundesministerium für Gesundheit - BMG*) è responsabile della definizione delle politiche a livello federale; lo Stato è responsabile della definizione del quadro giuridico, incorporato nel Libro V del Codice Sociale (*Sozialgesetzbuch*), al quale devono attenersi i fondi delle assicurazioni sanitarie e i fornitori di servizi. Il Ministero della Salute dirige una serie di istituzioni e agenzie incaricate di occuparsi delle questioni di salute pubblica di alto livello, tra cui l'Istituto Federale per i farmaci e i dispositivi medici (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM*) e l'Istituto Paul Ehrlich (PEI).

L'Istituto Federale per i farmaci e i dispositivi medici prende decisioni in materia di prodotti farmaceutici, l'Istituto Paul Ehrlich è responsabile dell'approvazione dei vaccini.

L'organo più importante all'interno del sistema sanitario autonomo è il Comitato Federale Congiunto (GBA), il massimo organo decisionale a livello federale. Riunisce le associazioni federali dei Fondi malattia e le associazioni federali dei gruppi di provider di servizi sanitari (medici, dentisti e ospedali). È responsabile della definizione del pacchetto dei servizi finanziati con fondi pubblici e della definizione di standard di qualità per l'assistenza sanitaria ambulatoriale, ospedaliera e intersettoriale. (Nolte et al., 2008).

L'Associazione Nazionale dei fondi di assicurazione sanitaria statale (*GKV-Spitzenverband*) è l'associazione di tutti gli assicuratori statutari a livello federale. Le sue attività sono regolate dalla legge. Gli assicuratori privati sono rappresentati dall'Associazione degli assicuratori privati (*PKV-Verband*). La salute pubblica è principalmente di competenza dei 16 Stati Federali. Gli Stati Federali sono anche responsabili della pianificazione delle capienze ospedaliere e degli investimenti finanziari negli ospedali.

Il governo federale governa tutte e cinque le assicurazioni sociali attraverso il corpus della normativa federale noto come Codice Sociale. I cinque pilastri dell'assistenza sociale in Germania sono l'assicurazione contro la disoccupazione, l'assicurazione pensionistica, l'assicurazione sanitaria, l'assicurazione contro gli infortuni e l'assicurazione per l'assistenza a lungo termine.

3. Contribuenti

Si tratta di un sistema decentralizzato in cui il governo dei *Länder* e i Fondi malattia (o casse mutue), senza scopo di lucro, hanno mantenuto l'autonomia. I Fondi malattia sono istituzioni strettamente regolamentate, senza fini di lucro, concorrenti, e non governative (113 nel 2017) (*GKV-Spitzenverband* 2017). I fondi sono necessari per coprire un'ampia gamma di prestazioni, tra cui ospedali e servizi medici, farmaci da prescrizione e cure odontoiatriche, preventive e maternità. Secondo il sistema SHI statutorio, i servizi sono forniti gratuitamente nel punto di accesso.

Il livello dei contributi SHI statali dipende dal reddito più che dal rischio individuale, è calcolato come percentuale del reddito da lavoro (o pensioni) e copre coloro che non percepiscono reddito senza imporre alcun sovrapprezzo. Tutti i contribuenti inclusi nella stessa cassa mutua, allo stesso livello di stipendio, pagano lo stesso importo.

Nel sistema sanitario tedesco i membri dell'assicurazione sanitaria statutaria assumono reciprocamente i singoli rischi di perdita e di guadagno e i costi delle cure mediche in caso di malattia. Chiunque sia coperto da un'assicurazione legale ha pari diritto a ricevere assistenza. I premi sono basati esclusivamente sul reddito. Ciò significa che i ricchi possono aiutare i poveri e il soggetto sano può aiutare il malato. Tuttavia, questi premi si basano solo su una scala percentuale fino a un determinato livello di reddito (*Beitragsbemessungsgrenze*). Chi guadagna più di tale importo paga lo stesso premio massimo.

Il tasso di contribuzione è pari al 14,60% del reddito lordo (BMG). I fondi non autorizzano a escludere i soggetti a causa di malattie o ad aumentare le aliquote di contribuzione in base all'età o alle condizioni mediche. Gli SHI sono obbligati a contrattare con ogni candidato idoneo. Ogni cittadino ha libera scelta tra i Fondi malattia. I contributi sono a carico dei dipendenti assicurati dall'SHI e dei datori di lavoro (~ 53% e 47%). Il 90% della popolazione appartiene al sistema obbligatorio di casse mutue, l'8% opta per l'assicurazione privata, il 2% riceve cure in quanto appartenente alle forze armate o di polizia e meno dello 0,2% non ha alcuna copertura sanitaria.

3.1. Assicurazione privata

I lavoratori che guadagnano più di 48.000 euro l'anno possono iscriversi a una cassa mutua oppure optare per l'acquisto di un'assicurazione privata. Non sono tenuti a versare contributi al sistema di assicurazione sanitaria statutaria e possono scegliere tra una serie di piani diversi offerti da molte agenzie di assicurazione private. Gli utenti anticipano le spese sanitarie e vengono rimborsati in seguito. L'ammontare del rimborso dipende dalla politica adottata dalla compagnia assicurativa.

3.2. Spese sanitarie

L'ammontare delle spese per l'assistenza sanitaria è 2.911 Euro pro-capite e corrisponde al 10,7% del PIL, rappresentando la percentuale più elevata dell'UE. Il 57% delle spese sanitarie complessive è coperto dall'assicurazione sanitaria statale. Il 14% è a carico dei nuclei familiari, compresi i pagamenti diretti e i co-versamenti, il 9% è a carico del settore assicurativo privato, il 5,7% è finanziato da fonti governative e il 7,5% è coperto dall'assicurazione per l'assistenza a lungo termine. Le famiglie contribuiscono con circa il 14% della spesa totale per la salute (compresi i pagamenti diretti e le partecipazioni). I pazienti devono pagare 10 € per ogni giorno di degenza (fino a un massimo di 28 giorni) (Parsi & Fischer 2009).

4. Provider di servizi sanitari

La medicina tedesca distingue nettamente i medici che lavorano negli ambulatori e i medici ospedalieri. Alla maggior parte dei medici di assistenza ambulatoriale è vietato il trattamento di pazienti ricoverati in ospedale, e la maggior parte degli ospedali non dispone di studi privati per il trattamento di pazienti ambulatoriali. Sono 2,8 milioni le persone che lavorano in una professione medica (Destatis).

L'azione concertata stabilisce, due volte l'anno, le linee guida per gli onorari dei medici, le tariffe degli ospedali e i prezzi dei prodotti farmaceutici. Sulla base di queste linee guida i negozianti sono guidati, a livello statale, regionale e locale, dai Fondi malattia nella Regione, dall'Associazione regionale dei medici e dagli Ospedali per fissare i compensi dei medici e le tariffe ospedaliere.

Cure ospedaliere

L'assistenza in ricovero per acuzie viene erogata da un insieme di enti pubblici, istituzioni pubbliche/private senza scopo di lucro e istituzioni private per pazienti paganti (34%, 38%, 28%) nei 1.956 ospedali esistenti in Germania. Gli ospedali hanno principalmente medici dipendenti. Le cure ospedaliere vengono rimborsate attraverso un sistema di bilancio globale con DRG assegnato all'ammissione. Il rimborso dei servizi ospedalieri è effettuato direttamente dalle casse mutue.

4.1. Cure ambulatoriali

L'assistenza ambulatoriale viene fornita principalmente da provider privati che operano a fini di lucro e forniscono singole prestazioni. I pazienti hanno libera scelta in materia dei medici a cui rivolgersi. L'assicurato dell'SHI ha libero accesso al 96% dei medici ambulatoriali (il 4% non è affiliato all'SHI e tratta solo i pazienti assicurati privatamente o che pagano di tasca propria). L'assistenza ambulatoriale è organizzata a livello di Stati Federali (*Länder*) attraverso 17 Albi regionali dei medici, responsabili della concessione di licenze ai medici dell'SHI e del rimborso dei servizi forniti nel settore ambulatoriale. I medici di assistenza ambulatoriale sono tenuti ad aderire all'Albo dei medici regionale. I Fondi malattia versano annualmente una somma globale all'Albo dei medici nella regione, che a loro volta paga i medici sulla base di un prospetto dettagliato degli onorari.

Questa relazione è un sommario delle informazioni e dei data base sulle fonti elencate alla fine del documento.

4.2. Educazione pediatrica

In Germania la Pediatria è parte della formazione medica, ma la struttura del programma accademico differisce da università a università.

Ne portamo ad esempio, il programma dell'educazione pediatrica alla Ludwig-Maximilians-University di Monaco:

Nel complesso, l'educazione medica è divisa in sei moduli e la Pediatria è parte del modulo cinque. Il modulo di Pediatria comprende lezioni, seminari, seminari online, tutorials, formazione pratica. Oltre questi corsi obbligatori, ci sono seminari online facoltativi e corsi di formazione pratica per approfondire la conoscenza. Al termine del programma di Pediatria gli studenti devono superare due esami.

Lezioni

- Aspetti clinici di base
- ventotto lezioni di 45 min
- Argomenti: pneumologia, neonatologia, endocrinologia, malattie metaboliche, infettivologia, oncologia, ematologia, gastroenterologia, cardiologia, neurologia pediatrica, ematologia, nefrologia, nutrizione

Seminari

- sei seminari
- Argomenti: neurologia dello sviluppo, emergenze nei bambini, gastroenterologia, vaccinazioni, comunicazione delle cattive notizie, corso di visita di neonati e bambini.

Seminari online

- Apprendimento basato sui casi

Tutorials

- Dimensione del gruppo: 8-10 partecipanti
- Sono discussi quattro casi in 8 tutorials di 90 min

Formazione pratica

- Dimensione del gruppo: 3 partecipanti
- Gli studenti "lavorano" 4 giorni in reparto
- Argomenti: educazione al letto del paziente, imparare una storia, esame clinico, redazione di un referto medico

Formazione pratica volontaria

- Corsi di formazione in: visita neurologica, chirurgia pediatrica, miglioramento competenze di comunicazione, cura iniziale dei neonati

Dopo sei anni di università e il superamento degli esami, gli studenti possono iniziare a lavorare come MD, Medical Doctors. Per diventare pediatra, devono lavorare come interni almeno cinque anni in un ospedale pediatrico o – in parte- in un ambulatorio di cura specializzato. Durante questo periodo sono formati in pediatria generale, neonatologia, cure intensive e terapie ultrasuoni. Dopo i cinque anni devono sostenere un esame finale e sono quindi specializzati in Pediatria.

Dal momento che la Pediatria è una specialità con molte sub-specialità, i pediatri possono specializzarsi con un periodo di 3 anni in

- Neonatologia
- Pneumologia
- Neurologia Pediatrica
- Cardiologia
- Onco-ematologia
- Endocrinologia- e diabetologia

Esistono ulteriori sub-specializzazioni che si possono completare in un periodo di tempo più breve come reumatologia, ematologia, gastroenterologia, cure palliative.

4.3. Servizi pediatrici

In Germania l'assistenza medica ai bambini ha luogo in:

- Studi pediatrici
- Ospedali universitari dei bambini e non universitari, reparti pediatrici nell'ospedale generale (n=364 in 2013)
- "Centri sociali pediatrici" (SPZ)* (n=153 in 2017)
- Cliniche riabilitative

* Centri sociali pediatrici

Negli ultimi trent'anni, la pediatria sociale (German Society for Social Pediatrics and Child Medicine Center – DGSPJ) ha istituito i suoi centri sociali pediatrici nel Sistema di assistenza sanitaria Tedesco come un eccellente piattaforma che risponde alle anomalie di sviluppo e agli specifici bisogni dei bambini e degli adolescenti affetti, o predisposti a divenire affetti, da disabilità. I servizi forniti da questi centri sono chiaramente ancorati nel German Social Security Code (Sozialgesetzbuch, § 119).

Questi gruppi, disponibili a trattare i bambini e gli adolescenti nei centri sociali pediatrici, generalmente forniscono un'assistenza sanitaria multidisciplinare e trans - disciplinare durante l'intero processo di sviluppo. Ciò vale per le continue esigenze di cura così come per le misure di prevenzione.

Conseguentemente, il DGSPJ ha annunciato nel 2017, tramite il Children with Medical Complexity – Center for Children with Medical Complexity (CCMC), l'estensione di questi sistemi ai disturbi cronici –.

Al 31.12.2016, sono stati censiti 14.466 (8.412 femmine) medici in Germania che lavorano come pediatri specializzati, di cui 5.984 pediatri in un ospedale pediatrico o un reparto pediatrico in un ospedale generale.

Fonti

- Armstrong EG, Fischer MR, Parsi-Parsi RW, Wetzel MS. The health care dilemma. A comparison of health care systems in three European countries and the US. Singapore: World Scientific Publishing UK; 2011.
- Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding health policy: A clinical approach. McGraw Hill Book Co; 2008.
- Bundesgesundheitsministerium. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1–296.
- Commonwealth Fund. International Survey Date. Online verfügbar unter: <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/international-survey-data/results?ind=643&ch=570>
- Federal Statistical Office (Destatis). Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/FactsFigures.html>
- Gesundheitsinformation.de. Online verfügbar unter: <https://www.informedhealth.org/>
- GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Health Data Navigator. Online verfügbar unter: <http://www.healthdatanavigator.eu/national/germany>
- Informed Health Online. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/>
- International Commonwealth Fund. Online verfügbar unter: <http://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>
- Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016
- Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions: experience in eight countries. WHO Regional Office Europe; 2008.
- Parsi-Parsi RW, Fischer MR. The German Healthcare System and Recent Healthcare Reforms in Germany. Impulsvortrag gehalten auf der: Teaching health care system comparison; 2009; Witten.
- Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Huber, Bern; 2009.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization; 2009.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/countries/germany>

CAPITOLO 2

RICERCA SULLA NECESSITA' DI SOFT SKILLS IN PEDIATRIA

IN: ROMANIA, UNGHERIA, ITALIA, SPAGNA, GERMANIA

ABSTRACT

Questo capitolo presenta i risultati empirici sulla necessità di soft skills (competenze trasversali) in ambito pediatrico nei cinque paesi partecipanti al progetto n. 2016-1-RO01-KA203-024630 Softskills for Children's Health condotto nell'ambito delle Erasmus+ Strategic Partnerships in Romania, Ungheria, Italia, Spagna e Germania su quattro categorie di popolazione: pazienti pediatrici, genitori di pazienti, pediatri e personale sanitario, relativamente ai seguenti aspetti: comunicazione, trasparenza, ambiente ospedaliero, questioni interculturali e gestione del tempo.

1. STRUMENTI E METODO

Questa ricerca empirica fa parte del progetto Softis-Ped che si propone di migliorare le competenze trasversali degli studenti di Pediatria per poter aumentare le prestazioni e l'adattabilità dei servizi pediatrici in linea con i bisogni e le aspettative dei bambini e delle loro famiglie, nonché la capacità dei formatori di costruire tali competenze attraverso metodi e strategie innovative.

I corsi di studio in Medicina non si concentrano sulle soft skills (competenze trasversali). Secondo la letteratura, i formatori in ambito medico non hanno esperienza nello sviluppo delle competenze trasversali nei percorsi di studio pre-laurea e nelle Scuole di specializzazione in ambito pediatrico. Per questo motivo possiamo affermare che le "competenze trasversali rappresentano la sfida maggiore per la formazione medica" (Dwyer, *Canadian Journal of Surgery*, 2014).

L'obiettivo di questo progetto è identificare quali siano le competenze trasversali più importanti per i pediatri, affiancarle ai metodi e alle strategie di insegnamento migliori, elaborare linee guida e strumenti per formare i formatori all'uso di queste metodologie, affinché possano sviluppare le competenze trasversali nelle future generazioni di pediatri. In realtà questo studio risponderà alla prima parte degli obiettivi del progetto, ovvero l'identificazione dei bisogni di soft skills nei paesi partecipanti al progetto.

I risultati di questa indagine porteranno in ultima analisi al miglioramento della formazione e dei servizi in ambito pediatrico, migliorando la comunicazione con i pazienti pediatrici e le loro famiglie attraverso l'implementazione di attività ludiche, l'interazione con i bambini per mezzo di giochi e della narrazione di storie: questi strumenti hanno l'obiettivo di distrarre, confortare e aiutare i bambini a superare la paura del medico e gestire il dolore, lo stress e l'ansia associati alla permanenza in ospedale.

A lungo termine i risultati relativi alle competenze trasversali avranno un impatto sulla formazione adeguata degli specialisti in ambito pediatrico, migliorando la formazione medica rispetto alle competenze cognitive e alla capacità di utilizzare soft skills a livello pragmatico (Soft Skills May Be the Biggest Challenge in Medical Education, Dwyer, *Canadian Journal of Surgery*, 2014).

1. Provenienza dei ricercatori

Il gruppo di ricerca è costituito da un pediatra, un professore di comunicazione/etica e uno specializzando del reparto di Pediatria. I ricercatori hanno esperienza e competenze adeguate, ma anche doti comunicative che consentono loro di adattarsi all'ambito molto delicato dei pazienti pediatrici e dei loro genitori. Questo consente di ottenere delle risposte nel modo più adeguato, sereno e non traumatico, ma anche rilevante.

I ricercatori qui di seguito riportati hanno acconsentito a condurre il gruppo di ricerca in ogni paese, assumendo la responsabilità della raccolta dei dati a livello nazionale. Il supervisore in ogni paese era responsabile della selezione dei partecipanti, ovvero pediatri, genitori/tutori/parenti, bambini e operatori sanitari in contatto con i bambini da includere nella ricerca:

- Prof. Oana Marginean, PhD, Clinica Pediatrica 2, Clinica Universitaria di Emergenza a Tirgu Mures, Università di Medicina e Farmacia di Tirgu Mures, **Romania**
- Prof. Martin Fischer, PhD, Ludwig-Maximillan Universität, Monaco, **Germania**
- Sabrina Grigolo, Coordinatore sanitario con laurea in Pedagogia e tutor clinico per il Corso di Formazione in Scienze Infermieristiche, Azienda Sanitaria Locale TO3, Torino, **Italia**
- Benjamín Herreros Ruiz Valdepeñas, ricercatore principale ed Emanuele Valenti, direttore del progetto, vice-direttore dell'Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Hospital Universitario Fundacion Alcorcon, **Spagna**
- Dr. Andras Gabor, Filab, Professore associato di Sistemi informatici, Corvinus University di Budapest, **Ungheria**

A tal fine, è stato condotto uno studio prospettico per analizzare le aspettative delle principali parti in causa dei servizi sanitari pediatrici; attraverso la somministrazione di questionari ad hoc e seguendo le linee guida definite per la conduzione del colloquio, sono stati intervistati medici, pazienti pediatrici e i loro genitori, e operatori sanitari. Sono stati somministrati 25 questionari per poi analizzare ogni area specifica.

Tutti i dati e i parametri presentati di seguito sono stati ottenuti per mezzo dei questionari somministrati a pediatri, pazienti in età pediatrica, genitori/familiari e personale sanitario.

2. Metodologia

Lo studio si è avvalso di **questionari** per scoprire gli atteggiamenti, le aspettative e le principali criticità e problematiche che possono incontrare i seguenti gruppi coinvolti nel progetto di ricerca: pediatri, genitori (familiari), operatori sanitari e pazienti pediatrici in diversi paesi europei (Romania, Ungheria, Italia, Germania e Spagna) rispetto a:

1. Comunicazione, interazione ed empatia, capacità di spiegare la malattia del bambino, cure, costruzione della fiducia e del rispetto reciproci;
2. Trasparenza nella comunicazione delle informazioni relative alla malattia e alla terapia;
3. Organizzazione dell'ambiente ospedaliero (dimensione delle stanze, privacy, televisione, giochi, fotografie);
4. Gestione del tempo;
5. Questioni interculturali (barriere linguistiche, gestione di fedi religiose e valori diversi);
6. I questionari sono stati tradotti e somministrati nella lingua nazionale.

3. Partecipanti

In ogni paese i questionari sono stati somministrati a:

- 25 pediatri,
- 25 genitori/tutori/parenti
- 25 persone appartenenti al personale sanitario (infermieri),
- 25 pazienti.

Ogni gruppo ha compilato un questionario mirato per valutare 5 aree: comunicazione, trasparenza, ambiente ospedaliero, aspetti interculturali e gestione del tempo.

Criteri di inclusione:

- Pediatri: pediatri in ambito ospedaliero o specialisti che lavorano con i bambini (per esempio, terapia intensiva, psichiatria, neurologia, odontoiatria pediatrica)
- Genitori/tutori/familiari dei pazienti partecipanti
- Personale sanitario operativo in unità pediatriche
- Pazienti pediatriche con età compresa tra 5 e 14 anni in condizioni acute o croniche.

Procedura: I partecipanti sono stati selezionati secondo i criteri di campionamento e sono stati contattati dai ricercatori che hanno ottenuto il consenso informato a partecipare. I questionari sono stati sottoposti ai comitati etici preposti in ogni nazione e adempiono a tutte le regole per la conduzione di ricerche come richiesto dalla normativa nazionale.

Tutti i dati sono stati raccolti e interpretati mantenendo la più ampia riservatezza durante la ricerca. Per garantire la trasparenza e offrire un feedback ai partecipanti, ma anche poter migliorare la formazione e la pratica relativa alle soft skill – obiettivo ultimo del progetto – i risultati della ricerca saranno pubblicati in formato elettronico in tutte le lingue dei paesi partecipanti al progetto (spagnolo, italiano, tedesco, rumeno e ungherese).

A tutti i bambini coinvolti nella ricerca clinica è stato chiesto il loro parere personale e il consenso a procedere.

4. Variabili

Le variabili misurate dalla ricerca sono state:

- Per il personale sanitario: genere, età, luogo di nascita, città di residenza, anni di esperienza e ruolo nell'ospedale
- Per i pediatri: genere, età, luogo di nascita, città di residenza, anni di esperienza, corsi frequentati nel 2016. Ai pediatri è stato anche chiesto se avevano sempre lavorato in ospedali situati nello stesso contesto.
- Per pazienti e genitori: genere, età, luogo di nascita, città di residenza, durata in anni della malattia.

In Romania i pazienti pediatriche intervistati erano prevalentemente maschi (57%) rispetto solo al 43% di bambine, mentre la distribuzione nelle tre fasce di età è stata: 12-14 anni (47%), 5-7 anni (33%) e 8-11 anni (20%).

La durata della malattia tra i bambini intervistati variava tra 1 e 3 mesi nel 47% dei casi e tra 4 e 8 mesi nel 33% dei casi, mentre solo il 7% dei pazienti ha avuto un periodo di ricovero più lungo.

Tutti i **medici pediatri** che hanno compilato i questionari erano donne di età superiore ai 45 anni (63%), il 37% con età tra 36 e 45 anni e un'esperienza lavorativa di oltre 15 anni nel 63% dei casi, mentre il 37% delle intervistate aveva un'esperienza lavorativa tra 5 e 10 anni. Tutte le pediatre lavoravano nello stesso contesto e avevano partecipato a corsi di formazione negli anni precedenti.

Gli **operatori sanitari** che hanno partecipato allo studio erano individui prevalentemente di età superiore ai 45 anni (67%) e nel 67% dei casi con un'esperienza lavorativa maggiore di 15 anni.

I **genitori e familiari** che hanno partecipato allo studio erano prevalentemente donne (81%), per lo più di età compresa tra 36 e 45 anni (53%). La durata della malattia dei pazienti i cui parenti hanno compilato il questionario era di 1-3 mesi nel 47% dei casi e nel 33% dei casi il ricovero era durato da 4 a 8 mesi.

In Ungheria, i due gruppi intervistati erano costituiti da 25 infermieri diplomati e 23 pediatri del XIII distretto di Budapest. Tutti gli infermieri che hanno compilato il questionario erano di sesso femminile. Il 56% delle operatori sanitarie intervistate aveva più di 45 anni; il 32% faceva parte del gruppo di età 36-45 anni e solo il 12% aveva un'età compresa tra 26 e 35 anni. Rispetto all'esperienza lavorativa, la maggioranza, cioè il 72% delle partecipanti, aveva lavorato come infermiera per oltre 15 anni. Il 24% del personale sanitario intervistato aveva un'esperienza lavorativa tra 10 e 15 anni, mentre il rimanente 4% aveva lavorato come infermiera per 5-10 anni.

Il numero dei pediatri era pari a 23, 58% donne, mentre il 42% del gruppo intervistato era costituito da uomini. I pediatri intervistati avevano tutti un'età superiore ai 36 anni, il 39% apparteneva al gruppo di età tra 35 e 45 anni e il 61% aveva più di 45 anni. Il 61% dei pediatri intervistati aveva un'esperienza professionale maggiore di 15 anni, il 17% tra 10 e 15 anni, mentre il rimanente 22% aveva un'esperienza compresa tra 5 e 10 anni.

Il 13° distretto è il quarto per numero di popolazione della capitale ungherese con 110.000 abitanti, e il numero è costantemente in crescita. Nel distretto ci sono 5 ambulatori pediatrici, ognuno con un bacino di utenza di circa 600-1500 bambini.

Tutti i medici che hanno preso parte alla ricerca sono pediatri deputati all'assistenza di base (non di secondo livello o d'urgenza). I medici dell'assistenza di base rappresentano il primo livello di assistenza medica per l'età pediatrica e possono curare alcune condizioni patologiche presso l'ambulatorio. I pazienti si rivolgono ai medici di base per controlli di routine e assistenza medica non di urgenza. Qualora lo ritenga necessario, il medico di base può inviare la famiglia e il bambino ad uno specialista. In caso di situazioni d'emergenza o gravi i genitori sono tenuti a rivolgersi al pronto soccorso. Uno dei compiti principali dei pediatri di base è prevenire le malattie per mezzo di trattamenti preventivi. I pediatri di base, diversamente da quelli di secondo livello, sono responsabili del livello di salute generale del bambino. Per questo motivo, i medici di base si occupano della persona in generale, mentre i medici d'urgenza tendono a concentrarsi maggiormente su casi o malattie specifiche. Di solito i pazienti hanno maggiore autonomia negli ambulatori dei medici di base che nei reparti d'urgenza.

In Italia, il personale sanitario intervistato era costituito al 100% da donne. 41 sono state coinvolte nel progetto dai coordinatori sanitari di Rivoli e Pinerolo. Per quanto riguarda le professionalità interessate il campione comprendeva:

- infermiere;
- infermiere pediatriche;
- assistenti sociali e sanitarie;
- ostetriche.

41 operatori sanitarie lavorano negli ospedali di Rivoli e Pinerolo. La maggior parte ha più di 45 anni (86%). Il 95% lavora in ospedale da oltre 15 anni.

30 pediatri ed esperti nell'assistenza pediatrica sono stati coinvolti dal Direttore del dipartimento materno-infantile della ASL TO3. Sono prevalentemente donne (63%) rispetto al 37% di uomini. Il 64% ha più di 45 anni e solo il 7% un'età compresa tra 26 e 35 anni. Il 62% lavora in ospedale da oltre 15 anni e il 21% da 10-15 anni. Il 57% dei pediatri e degli esperti lavora in **ospedale** (e non nelle scuole) della ASL TO3. Il 48% dei professionisti in ambito pediatrico ha partecipato ad almeno un corso di formazione nell'anno precedente la ricerca, mentre il 52% non ha frequentato alcun corso.

I medici coinvolti nella ricerca sono stati:

- pediatri
- specialisti di neuropsichiatria infantile
- neonatologi
- esperti in medicina d'emergenza.

27 pazienti sono stati coinvolti nel progetto di ricerca dai servizi pediatrici e neuropsichiatri della ASL TO3. Il 58% dei pazienti era di sesso femminile e 42% di sesso maschile. La categoria più frequente rispetto all'età era quella tra i 12-14 anni (58%). Rispetto alla durata della malattia, la maggioranza dei bambini aveva avuto una malattia per un periodo di 1-3 anni. La durata della malattia è stata definita identificando il tempo trascorso tra T0 (diagnosi

confermata) e T1 (compilazione del questionario). Questo intervallo temporale è diverso dalla “durata della presa in carico o della cura” da parte dei servizi pediatrici e neuropsichiatrici.

27 **familiari** sono stati coinvolti dai servizi pediatrici e neuropsichiatrici. Il 48% erano uomini, mentre la categoria più frequente rispetto all'età è rappresentata da individui di età inferiore ai 35 anni.

In Spagna, 50 operatori sanitari sono stati reclutati in tre diversi ospedali, 25 medici che lavorano in Pediatria e 25 operatori sanitari: 20 questionari sono stati compilati presso l'Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), 10 presso l'Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HINJ) e 20 all'Hospital Universitario XII de Octubre (HUXII), tutti situati a Madrid. 25 pazienti e 25 parenti sono stati intervistati presso l'Unità pediatrica HUFA. Il team di ricerca in ogni ospedale ha somministrato il questionario in colloqui uno a uno.

Profilo degli operatori sanitari: il 100% degli operatori sanitari era di sesso femminile. Le assistenti coinvolte nella ricerca erano: infermiere pediatriche, ostetriche e operatrici sanitarie; 10 lavorano presso l'HUFA, 10 presso l'HUXII e 5 presso l'HINJ. La maggioranza delle operatori sanitarie aveva più di 45 anni (66%), il 24% un'età compresa tra 36 e 45 anni e il 10% tra 26 e 35 anni. L'esperienza lavorativa varia tra 0 e 5 anni per il 5% delle operatrici, tra 5 e 10 per il 7%, tra 10 e 15 per l'11% e sopra 15 anni per il 77% del campione.

Pediatrati: il 75% dei pediatri e medici intervistati che lavorano in ambito pediatrico sono donne, mentre il 25% uomini. Il range d'età è pari al 4% con età compresa tra 26 e 35 anni per i medici, 37% con età compresa tra 36 e 45 anni, 59% sopra i 45 anni. L'esperienza lavorativa corrisponde alle seguenti percentuali: 1% tra 0 e 5 anni, 26% tra 5 e 10 anni, 15% tra 10 e 15 anni e 58% più di 15 anni. Il 63% dei medici intervistati ha sempre lavorato nelle stesse aree cliniche, mentre il 37% ha lavorato in diversi ambiti clinici. Tra i medici intervistati, l'89% ha frequentato un corso di formazione negli anni precedenti e l'11% non ha frequentato alcun corso.

Pazienti: il 52% dei pazienti intervistati erano maschi e il 48% femmine. L'età variava tra 5 e 7 anni per il 44% dei pazienti, tra 8 e 11 per il 25% e tra 12 e 14 per il 31%. La durata della malattia per cui sono stati ricoverati nell'unità pediatrica era pari o inferiore a un anno per il 67% dei pazienti e tra 1 e 3 anni per il 33%.

Familiari: il 43% dei familiari coinvolti nello studio era di sesso maschile e il 57% femminile. Il 9% dei partecipanti aveva un'età inferiore o pari a 35 anni, il 77% tra 36 e 45 e il 14% sopra i 45.

Germania

In Germania, gli operatori sanitari intervistati erano il 100% femmine. Nell'indagine sono state coinvolte 12 infermiere pediatriche operanti nel reparto del Children's University Hospital della Ludwig-Maximilians-University a Monaco e/o nel centro sociale pediatrico integrato. L'età degli operatori sanitari era compresa tra i 26-35 anni (50%) e oltre 45 anni (50%) 50% di questi è impiegato in ospedale da più di 15 anni.

28 pediatri del Children's University Children's University Hospital of the Ludwig-Maximilians-University a Monaco e il suo centro sociale pediatrico integrato, sono stati coinvolti nell'indagine. Essi erano femmine (48%) e maschi (52%) in parti quasi uguali. Il 32% era over 45 in termini di età, il 29% era di 26-35 anni e il 39% era di 36-45 anni. Il 41% lavorava come pediatra da più di 15 anni, il 22% da 0-5 anni, il 18% da 5-10 anni e il 19% da 10-15 anni. Il 57% dei pediatri esperti ha frequentato almeno un corso di formazione nel corso dell'anno precedente, mentre il 43% non ha frequentato alcun corso di formazione.

26 pazienti del Children's University Children's University Hospital of the Ludwig-Maximilians-University Munich e il suo centro sociale pediatrico sono stati coinvolti nell'indagine. Il 58% dei pazienti erano femmine mentre il 42% maschi. La categoria più frequente in termini di età è stata “12-14 anni” (54%). Per quanto riguarda la “durata della malattia” la categoria più frequente è stata > 8 anni (40%), seguita da 4-8 anni (36%), 1-3 anni (16%) e < 1 ano (8%).

27 familiari sono stati coinvolti, il 62% erano femmine mentre la categoria più frequente in termini di età è stata 36-45 anni (54%).

2. RISULTATI E DISCUSSIONE

1. COMUNICAZIONE (c)

Il centro dell'attività del reparto pediatrico è il bambino malato, e la comunicazione tra le diverse figure nell'unità di assistenza sanitaria pediatrica (il pediatra e il personale sanitario da una parte, e il paziente pediatrico e i suoi genitori dall'altra) è cruciale per il benessere del bambino e l'esito positivo di qualsiasi intervento medico.

Tuttavia diversi studi avvalorano l'assunto che il ruolo del bambino nella comunicazione medica non sia stato indagato e studiato a sufficienza. Anche quando il paziente è un bambino, di solito la ricerca s'incentra sul medico e il genitore anziché sul medico e il bambino, rivolgendo così scarsa attenzione al piccolo.¹ Se pur la natura triadica delle interazioni del paziente pediatrico esigerebbe più tempo, le preferenze e i valori del bambino dovrebbero essere considerati e accolti, accanto a quelli dei genitori.

La seconda sezione del volume presenta una ricerca sulla comunicazione tra pediatri, operatori sanitari, pazienti e genitori dei pazienti in Romania, Ungheria, Italia, Spagna e Germania dal punto di vista di: sostegno al paziente, rispetto in ospedale, sostegno offerto dall'équipe sanitaria, qualità di vita del paziente, disponibilità del medico, gestione degli appuntamenti per visite di controllo e informazioni di follow-up.

1.1. Il sostegno del medico al paziente

In Romania il sostegno offerto dai medici ai pazienti pediatrici è stato valutato con un punteggio di 4,9 dai pazienti stessi, e una percezione simile è stata espressa dai genitori/familiari dei pazienti (cioè 4,9). La percezione che i medici hanno di questa comunicazione ha ottenuto la valutazione massima di 5,0, che rappresenta il punteggio maggiore nella sezione sulla comunicazione, alla quale il personale sanitario ha invece assegnato solo 4,8, rappresentando una prospettiva più riservata sul sostegno offerto dai medici al paziente.

valutazione degli operatori sanitari: 4,8 valutazione dei pediatri: 5,0
valutazione dei pazienti: 4,9 valutazione dei genitori/familiari: 4,9

In Ungheria sia le infermiere specializzate sia i medici ritengono che i medici offrano, in massima parte o completamente, il tipo di sostegno di cui hanno bisogno i pazienti. L'ostacolo maggiore nell'offerta del miglior sostegno possibile è la scarsità di tempo che i medici hanno da dedicare ai pazienti (le ore di visita obbligatorie per pediatra sono 3, durante le quali si visitano in media 15-25 pazienti nei giorni normali). L'assistenza sanitaria è penalizzata quando i medici sono sovraccarichi di lavoro e di mansioni amministrative. Di conseguenza, la durata media di una visita medica è di 5-6 minuti. Generalmente i pazienti ricevono informazioni sulla patologia e la terapia dal medico, mentre le infermiere forniscono informazioni soprattutto sull'igiene.

valutazione degli operatori sanitari: 4,2 valutazione dei pediatri: 4,4

1 [Doctor-parent-child communication. Social Science & Medicine 52\(6\):839-51 · April 2001 A \(re\)view of the literature \(PDF...https://www.researchgate.net/.../12096746_Aug 11, 2016](https://www.researchgate.net/publication/312096746)

valutazione dei pazienti: 4,7

valutazione dei genitori/familiari: 4,2

In Italia la valutazione media da parte degli operatori sanitari è 3,7 mentre quella assegnata dai pediatri è 4,1 su un massimo di 5,0, che rappresenta il valore della sezione sulla comunicazione assegnato da operatori sanitari e medici. Entrambe le categorie ritengono che i medici per lo più offrano il tipo di sostegno di cui hanno bisogno i pazienti, nonostante il frequente sovraccarico di lavoro dato dal numero di pazienti in carico ma anche dagli obblighi amministrativi.

La percezione dei pazienti e dei familiari è diversa da quella degli operatori sanitari e dei medici. Essi confermano che il problema principale è collegato alla quantità di tempo, dovuto al numero esiguo di medici rispetto al numero delle prestazioni.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7

valutazione dei pediatri: 4,1

valutazione dei pazienti: 3,3

punteggio dei genitori/familiari: 3,2

In Spagna la percezione da parte degli operatori sanitari del sostegno del medico ai pazienti è leggermente inferiore a quella dei pediatri. I medici hanno una percezione migliore del proprio lavoro rispetto a quella degli operatori sanitari. Tra gli utenti, la valutazione dei pazienti si discosta poco da quella dei familiari: entrambi i gruppi percepiscono un sostegno inferiore rispetto alla percezione che ne hanno gli operatori sanitari e i medici.

valutazione degli operatori sanitari: 4,0

valutazione dei pediatri: 4,4

valutazione dei pazienti: 3,8

valutazione dei genitori/familiari: 3,9

In Germania, i pazienti e i genitori valutano il supporto del medico ai pazienti meglio (4.3. e 4.4) di quanto fanno i pediatri e gli operatori sanitari. Questo risultato sottolinea la visione critica dei pediatri e dello staff dell'assistenza sanitaria nei confronti del loro lavoro.

Valutazione degli operatori sanitari: 3.7

valutazione dei pediatri: 4.0

Valutazione dei pazienti: 4.3

valutazione di genitori/parenti: 4.4

1.2. Rispetto in ospedale

Essere in ospedale può essere un'esperienza umiliante, perciò il rispetto è la chiave per mantenere la dignità sia per il paziente e i genitori, che soffrono e sono deprivati delle normali condizioni di vita, sia per i medici e il personale sanitario che lavorano incalzati dal tempo e da orari pressanti per salvare delle vite e fornire il sostegno adeguato.

In Romania il rispetto per il paziente è stato valutato come estremamente buono: tutti i pazienti hanno assegnato a questo item il massimo punteggio (5,0). Il rispetto mostrato dai pazienti verso i medici è stato valutato 4,2 dai medici, inferiore a quello mostrato dai medici ai pazienti. Il rispetto mostrato dai pazienti verso il personale sanitario è stato valutato 4,6 secondo la percezione del personale sanitario e 5 dai genitori.

valutazione degli operatori sanitari: 4,6

valutazione dei pediatri: 4,2

valutazione dei pazienti: 5,0

valutazione dei genitori/familiari: 5,0

In Ungheria è interessante il fatto che le infermiere ritengono che i medici ricevano solo moderatamente il tipo di rispetto di cui hanno bisogno, mentre i medici stessi pensano di riceverlo pressoché sempre. La diversa valutazione è attribuibile al diverso tipo di riscontro che ricevono. Per lo più le infermiere incontrano i pazienti domiciliariamente e non nell'ambulatorio pediatrico, situazione che facilita la comunicazione personale e aperta e fa sì che gli infermieri siano più propensi ad adottare il punto di vista dei genitori. A differenza di quando sono in presenza dei

medici, i pazienti comunicano in maniera diretta con le infermiere. Possono anche lamentarsi più apertamente delle loro esperienze con i medici.

Un altro fattore che può contribuire alla differenza dei risultati è la valutazione soggettiva del comportamento rispettoso. Il comportamento dei pazienti potrebbe essere valutato più criticamente da parte di un gruppo tutto femminile (operatori sanitari).

valutazione degli operatori sanitari: 3,2 valutazione dei pediatri: 4,4
valutazione dei pazienti: 4,5 valutazione dei genitori/familiari: 4,3

In Italia la valutazione media degli operatori sanitari è di 3,4/5,0 mentre quella dei pediatri è di 4,0. La diversa valutazione può attribuirsi al diverso tipo di riscontro che si riceve. Il tipo di rapporto tra paziente e assistente sanitario/medico è diverso. Gli operatori sanitari si sentono meno rispettati dai pazienti che dai medici. I pazienti e i familiari confermano che “il rispetto in ospedale” è una *buona pratica* nell’ASL TO3.

valutazione degli operatori sanitari: 3,4 valutazione dei pediatri: 4,0
valutazione dei pazienti: 3,9 valutazione dei genitori/familiari: 3,5

In Spagna la valutazione media del personale sanitario è di 3,7/5,0 e quello dei pediatri è di 4,0/5,0. La differenza tra operatori sanitari e medici è consistente e potrebbe essere attribuita al diverso tipo di rapporto, nel caso di medico e paziente. Il ruolo di fiducia è infatti cruciale, poiché può migliorare il senso di rispetto verso il medico. Si evidenzia una corrispondenza interessante tra i risultati di medici, pazienti e familiari, a suffragio del nesso tra questo item e la qualità del rapporto clinico.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7 valutazione dei pediatri: 4,2
valutazione dei pazienti: 4,2 valutazione dei genitori/familiari: 4,2

In Germania, entrambi pazienti e genitori sono molto soddisfatti del rispetto che ricevono in ospedale dai medici e dagli operatori sanitari. Dall’altra parte il rispetto offerto dai pazienti/genitori ai medici e agli operatori sanitari è stato valutato come insufficiente.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7 valutazione dei pediatri: 3,9
valutazione dei pazienti: 4,9 valutazione di genitori/parenti: 4,8

1.3. Sostegno offerto dall’equipe sanitaria

Il sostegno è quantificabile in diversi modi. Può comportare un’accoglienza amichevole e un’assistenza per orientarsi nella clinica, una guida affettuosa durante il corso del trattamento, riducendo così lo stress del paziente pediatrico e del genitore.

In Romania i pazienti considerano ottimo il sostegno offerto dall’equipe sanitaria – 5,0, una valutazione simile al rispetto rivolto ai pazienti. I medici, però, considerano il sostegno offerto ai pazienti dall’equipe sanitaria lungi dall’essere ideale, attribuendogli una valutazione di 4,4. Il personale sanitario e i familiari lo valutano in modo simile, cioè 4,9.

valutazione degli operatori sanitari: 4,9 valutazione dei pediatri: 4,4
valutazione dei pazienti: 5,0 valutazione dei genitori/familiari: 4,9

Ungheria. Nonostante la differenza sia leggermente meno marcata, anche i medici percepiscono un maggior sostegno da parte dell’equipe sanitaria di quanto pensino le infermiere.

I medici hanno segnato “per lo più” sul questionario, mentre le infermiere hanno la sensazione che i medici siano sostenuti “moderatamente”. In Ungheria non vi sono pratiche collettive nelle cure primarie. La normativa corrente in materia finanziaria non le consente. La collaborazione verticale dei medici delle cure primarie che lavorano in sostituzione uno dell'altro esiste, ma solo tra ambulatori all'interno dello stesso studio o area. I medici che esercitano nell'ambito delle cure primarie lavorano autonomamente in ambulatori gestiti separatamente ma paralleli tra loro, con il supporto di assistenti e di infermieri responsabili dei pazienti provenienti dalla loro area operativa (generalmente i medici hanno un contatto diretto con gli infermieri delle aree dai quali ricevono anche i “pazienti ospiti”). La legge richiede la presenza di un pediatra responsabile in ogni ambulatorio pediatrico a livello di cure primarie, ma raramente questa norma è recepita nella pratica.

Per lo più si assiste a una consistente collaborazione orizzontale tra i pediatri dell'assistenza primaria e gli specialisti dell'assistenza secondaria. Alcuni tipi di specialisti dell'assistenza secondaria possono essere contattati dai pazienti, mentre altri accettano unicamente pazienti inviati dai servizi (neurologia, reumatologia, radiologia, laboratori di analisi e ricoveri), tranne nei casi di emergenza. Gli specialisti dell'assistenza secondaria sono principalmente dipendenti pubblici, con stipendio fisso, impiegati dai servizi sanitari dei comuni o degli ospedali locali, finanziati dal SSN ungherese, in base al costo del servizio. Lo stesso sistema di impiego è adottato anche dagli ospedali.

valutazione degli operatori sanitari: 3,4 valutazione dei pediatri: 4,2
valutazione dei pazienti: 4,4 valutazione dei genitori/familiari: 4,1

Italia. La valutazione media degli operatori sanitari è 3,7/5,0 mentre quella dei pediatri è 4,0. I medici si ritengono più sostenuti dall'équipe sanitaria rispetto agli operatori sanitari. Gli operatori sanitari avvertono un maggior carico di lavoro da gestire. Pazienti e familiari confermano che il sostegno offerto dall'équipe sanitaria è positivo e rappresenta una buona pratica.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7 valutazione dei pediatri: 4,0
valutazione dei pazienti: 3,7 valutazione dei genitori/familiari: 3,6

In Spagna la valutazione media del personale sanitario è di 4,0/5,0 e quella dei pediatri è di 5,0/5,0. La differenza tra i gruppi campione è marcata, i medici si percepiscono più sostenuti rispetto agli operatori sanitari. La percezione dei pazienti e quella dei familiari sono consistentemente diverse da quella degli operatori sanitari e dei medici e corrispondono tra loro, mostrando una differenza minima dello 0,1.

valutazione degli operatori sanitari: 4,0 valutazione dei pediatri: 5,0
valutazione dei pazienti: 3,8 valutazione dei genitori/familiari: 3,9

In Germania, i pediatri valutano il supporto da parte dello staff medico in modo peggiore degli operatori sanitari. In Germania i medici sono responsabili di molto lavoro organizzativo che è in larga parte non di vera responsabilità di un medico; tale fatto può contribuire a questo basso punteggio. Al contrario, i pazienti (4.6) e i genitori (4.3) si sentono adeguatamente supportati dal team medico.

valutazione degli operatori sanitari: 4.0 valutazione dei pediatri: 3.7
valutazione dei pazienti: 4.6 valutazione di genitori/parenti: 4.3

1.4. Qualità di vita del paziente

Gli ospedali sono molto più che luoghi in cui si diagnosticano e si curano le malattie. Al cuore di ogni processo c'è l'assistenza di pazienti fisicamente e spesso psicologicamente vulnerabili (innanzitutto perché sono bambini, e in secondo luogo perché sono malati) e separati dal conforto delle loro famiglie e della loro vita quotidiana. Perciò la qualità della loro vita è cruciale per un pronto recupero.

In **Romania** i pazienti hanno assegnato alla qualità della loro vita in ospedale una valutazione di 4,4, simile a quella assegnata dai loro genitori/familiari e pressoché simile alla disponibilità del medico. Se i medici hanno assegnato alla qualità di vita dei pazienti una valutazione di 4,6, il personale sanitario ne ha attribuito una di 4,8 a questa variabile.

valutazione degli operatori sanitari: 4,8 valutazione dei pediatri: 4,6
valutazione dei pazienti: 4,4 valutazione dei genitori/familiari: 4,4

In **Ungheria** i pazienti e i genitori hanno valutato in modo molto simile la qualità di vita dei bambini. La valutazione dei pediatri è stata leggermente inferiore, mentre quella attribuita a questa variabile dagli operatori sanitari è stata la più bassa (3,2).

valutazione degli operatori sanitari: 3,2 valutazione dei pediatri: 4,0
valutazione dei pazienti: 4,4 valutazione dei genitori/familiari: 4,3

Italia. La valutazione media assegnata dagli operatori sanitari è 4,4/5,0 mentre quella dei pediatri è 3,7. Il personale sanitario ha valutato con un maggior punteggio la qualità di vita dei loro pazienti rispetto alla valutazione espressa dai medici, che ammettono che le condizioni ospedaliere sono lontane dalle esigenze dei pazienti, soprattutto quelli pediatrici. La percezione dei familiari e dei pazienti è diversa da quella del personale sanitario e dei medici, con risultati inferiori in confronto alla percezione delle altre due categorie. Il motivo è collegato alla qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari che vivono la malattia e la patologia dei figli.

valutazione degli operatori sanitari: 4,4 valutazione dei pediatri: 3,7
valutazione dei pazienti: 3,3 valutazione dei genitori/familiari: 3,3

Spagna. La valutazione media da parte del personale sanitario è 4,1/5,0 e quella dei pediatri è 4,6/5,0. Il medico considera maggiore la qualità di vita del paziente se confrontata alla valutazione degli operatori sanitari; forse gli obiettivi diversi dei loro ruoli li sensibilizza rispetto all'efficacia del trattamento offerto ai pazienti. Gli operatori sanitari sono più vicini alla vita quotidiana dei pazienti e possono percepire la mancanza di attenzioni e di rispetto e la qualità di vita durante il ricovero dei bambini – indipendentemente dai risultati terapeutici. I pazienti e i loro familiari hanno la stessa percezione, pari a 4,0, leggermente diversa da quella del personale sanitario.

valutazione degli operatori sanitari: 4,1 valutazione dei pediatri: 4,6
valutazione dei pazienti: 4,0 valutazione dei genitori/familiari: 4,0

In **Germania**, la media dei risultati dello staff dell'assistenza sanitaria è 3,2/5,0. e quello dei pediatri 3,6/5,0. Il team medico intervistato lavora in un grande ospedale universitario con molti pazienti che soffrono di gravi patologie, disturbi rari e cronici. Perciò in confronto ai bambini sani, la qualità della vita in questi pazienti sembra bassa. Fortunatamente, la valutazione dei pazienti e dei familiari è leggermente migliore, ciò può essere spiegato dalla cura e dal supporto di questi bambini in ogni aspetto bio-psico-sociale della loro vita.

valutazione degli operatori sanitari: 3,2 valutazione dei pediatri: 3,6
valutazione dei pazienti: 4,0 valutazione di genitori/parenti: 4,3

1.5. Disponibilità del medico

L'accesso all'assistenza e i tempi di attesa per un appuntamento o la mancata disponibilità del medico possono costituire la frustrazione principale del paziente e del genitore.

In Romania alla voce *disponibilità del medico* i piccoli pazienti hanno assegnato una valutazione solo di 4,5, superiore a quella attribuita all'item precedente relativo agli appuntamenti per i controlli ma inferiore alla valutazione attribuita al sostegno e al rispetto offerti ai pazienti. I medici hanno valutato scarsamente la propria disponibilità, solo 3,9, essendo consapevoli del fatto che il loro tempo è a malapena sufficiente. Alla disponibilità del medico è stata assegnata una valutazione di 4,4 sia dal personale sanitario sia dai genitori o familiari dei bambini.

valutazione degli operatori sanitari: 4,4 valutazione dei pediatri: 3,9
valutazione dei pazienti: 4,5 valutazione dei genitori/familiari: 4,4

Ungheria. Mentre i medici hanno la sensazione che per i pazienti sia per lo più agevole parlare con i medici durante le ore di lavoro, le infermiere lo ritengono più difficile, rispondendo a questo item del questionario con "a volte non facile". La disponibilità in ambulatorio varia in base al periodo e alla stagione. Il periodo delle vacanze estive è caratterizzato da un carico più leggero di lavoro. È facile parlare con la maggioranza dei medici in quei mesi, mentre durante il resto dell'anno i pediatri sono generalmente impegnati a curare i bambini malati e a redarre certificati di malattia per le scuole. Durante le 3-4 ore di visite non c'è un limite massimo di pazienti accettati dal singolo pediatra. Il numero dei pazienti in una giornata media di lavoro è di 15-25, ma può raggiungere i 60-80 bambini nei periodi epidemici.

valutazione degli operatori sanitari: 3,0 valutazione dei pediatri: 4,2
valutazione dei pazienti: 4,1 valutazione dei genitori/familiari: 3,9

Italia. La valutazione media da parte del personale sanitario è 3,6/5,0 mentre quella dei pediatri è 4,0. I medici ritengono che per i pazienti sia per lo più facile parlare con loro durante le ore di lavoro, mentre gli operatori sanitari lo ritengono più difficile.

La differenza dei risultati tra queste quattro categorie è correlata al numero di medici rispetto al numero di prestazioni. Nell'ASL TO3 il numero dei medici è ridotto e la percezione dei pazienti e dei loro familiari è che i pediatri abbiano poco tempo per gestire l'assistenza.

valutazione degli operatori sanitari: 3,6 valutazione dei pediatri: 4,0
valutazione dei pazienti: 3,2 valutazione dei genitori/familiari: 3,0

In Spagna la valutazione media assegnata dagli operatori sanitari è 3,8/5,0 e quella dei pediatri è 3,9/5,0. La differenza tra i due gruppi non è significativa: entrambi infatti concordano sulla necessità di una maggiore disponibilità dei clinici in reparto. Pazienti e familiari hanno una percezione diversa da quella dei professionisti dell'assistenza sanitaria. È interessante evidenziare che tutte le valutazioni sono inferiori a 4,0.

valutazione degli operatori sanitari: 3,8 valutazione dei pediatri: 3,9
valutazione dei pazienti: 3,2 valutazione dei genitori/familiari: 3,4

In Germania, sia lo staff dell'assistenza sanitaria che i pediatri valutano la disponibilità del medico peggiore dei pazienti e dei genitori. In confronto alla medicina degli adulti, ciascun pediatra cerca di essere disponibile nel modo migliore possibile e gli appuntamenti possono essere riprogrammati molto velocemente se il bambino soffre di una patologia acuta o di deterioramento. Pazienti e genitori sembrano apprezzare ciò, mentre i membri del team medico pensano che potrebbe essere molto migliore.

valutazione degli operatori sanitari: 3,5 valutazione dei pediatri: 3,4
valutazione dei pazienti: 4,5 valutazione di genitori/parenti: 4,0

1.6. Appuntamenti per i controlli

In **Romania**, la disponibilità a stabilire gli appuntamenti per i controlli è stata valutata 4,2 dai pazienti pediatrici – la valutazione minima e il punto più debole nella comunicazione con i bambini. Tale risultato potrebbe essere dovuto al sovraccarico, elementi che determinano tempi insufficienti per il medico. La situazione è compensata dagli specializzandi e dagli operatori sanitari che si fanno carico della responsabilità delegata loro dal medico. Un sistema digitale per appuntamenti e controlli sarebbe di estrema utilità e risparmierebbe tempo prezioso ai medici. Tale aspetto è stato valutato dal personale sanitario con un punteggio di 4,2, simile a quello assegnato dai pazienti pediatrici e dai familiari pari a 4,4.

valutazione degli operatori sanitari: 4,2 valutazione dei pediatri: 3,7
valutazione dei pazienti: 4,2 valutazione dei genitori/familiari: 4,4

In **Ungheria** sia i medici che le infermiere hanno valutato la disponibilità di dare un appuntamento per i controlli (esami fisici, visite filtro, appuntamenti di follow-up di routine) rispettivamente “a volte disponibile” e “per lo più disponibile”. Negli orari di visita l’assistente del medico risponde alle telefonate indirizzate al pediatra. Nelle restanti ore di lavoro il pediatra dell’assistenza primaria è disponibile alle chiamate mentre visita i pazienti che, per via della malattia, non sono in grado di recarsi in ambulatorio. È pratica comune dei medici scambiarsi numeri di telefono e indirizzi e-mail con i genitori. Soprattutto i giovani medici utilizzano questi strumenti per essere in contatto con i pazienti.

valutazione degli operatori sanitari: 3,5 valutazione dei pediatri: 3,4
valutazione dei pazienti: 3,9 valutazione dei genitori/familiari: 3,7

Italia. La valutazione media da parte del personale sanitario è 3,9/5,0 mentre quella dei pediatri è 3,7. I risultati sulla disponibilità dei medici e del personale sanitario, indicanti la risposta “per lo più disponibile”, sono dovuti ai tempi di attesa per un appuntamento e a volte al difficile accesso all’assistenza.

La percezione dei pazienti è positiva, allo stesso livello di quella degli operatori sanitari e dei pediatri. La percezione dei familiari è bassa se confrontata a quella delle altre categorie, per via di una difficoltà a combinare i diversi orari dei controlli con le attività quotidiane.

valutazione degli operatori sanitari: 3,9 valutazione dei pediatri: 3,7
valutazione dei pazienti: 3,9 valutazione dei genitori/familiari: 3,4

In **Spagna** la valutazione media da parte del personale sanitario è 3,9/5,0 e quella dei pediatri è 3,7/5,0. Anche qui, per valutare l’efficacia delle percezioni dei servizi sanitari, la valutazione degli operatori sanitari è leggermente diversa da quella dei medici, ma entrambi i gruppi considerano le liste di attesa e il sovraccarico dei pazienti un ostacolo per assicurare la migliore qualità dei servizi per quanto riguarda i tempi di risposta. Pazienti e familiari considerano questo aspetto con una percezione diversa e i risultati sono tutti inferiori a 4,0/5,0.

valutazione degli operatori sanitari: 3,9 valutazione dei pediatri: 3,7
valutazione dei pazienti: 3,5 valutazione dei genitori/familiari: 3,6

In **Germania**, prendere appuntamenti per i check-up è valutato leggermente meglio dal team medico (3,8/5,0; 3,7/5,0) rispetto alla disponibilità valutata del medico. Pazienti e genitori vedono le potenzialità per un miglioramento ma sono in larga parte soddisfatti.

valutazione degli operatori sanitari: 3,8 valutazione dei pediatri: 3,7
valutazione dei pazienti: 4,1 valutazione di genitori/parenti: 4,2

1.7. Informazioni sui controlli di follow-up

Romania. Le informazioni sui controlli di follow-up sono state considerate una criticità dai medici, con una valutazione di 3,8, seguiti dai pazienti con una di 4,3, dal personale sanitario (4,4) e dai genitori (4,5). Si tratta di un aspetto che offre molti spunti di miglioramento, specialmente secondo i pediatri.

valutazione degli operatori sanitari: 4,4 valutazione dei pediatri: 3,8
valutazione dei pazienti: 4,3 valutazione dei genitori/familiari: 4,5

Ungheria. Entrambi i gruppi concordano che per i pazienti sia “a volte facile” ottenere informazioni di follow up (esiti di esami, farmaci, indicazioni assistenziali) e assistenza. Per ottenere informazioni di follow-up i genitori possono comunicare con il medico 1) incontrando il pediatra nel suo ambulatorio 2) telefonandogli 3) via e-mail. C'è stato un recente impulso alla comunicazione elettronica da utilizzare con maggiore frequenza per migliorare la qualità dell'assistenza. Tra gli esempi, inviare gli esiti degli esami ai pazienti via e-mail o gestire la situazione medica del paziente senza doversi recare in ambulatorio con costi economici e di tempo. Nonostante tale impulso, pochi medici utilizzano la comunicazione elettronica per due motivi principali. Da una parte, l'analfabetismo informatico è ancora un problema diffuso tra i medici meno giovani. Dall'altra, nonostante i suoi vantaggi, la comunicazione elettronica ha anche aumentato il volume di lavoro del medico e ad alcuni medici suscita l'impressione che la giornata lavorativa non finisca mai.

valutazione degli operatori sanitari: 3,4 valutazione dei pediatri: 3,4
valutazione dei pazienti: 4,2 valutazione dei genitori/familiari: 3,7

Italia. Il risultato medio della valutazione del personale sanitario è 4,1/5,0 mentre quello dei pediatri è 3,7. Gli operatori sanitari sembrano considerare che sia più facile ottenere informazioni di follow-up rispetto a quanto ritengono i medici. La qualità delle informazioni di follow-up è elevata, tranne per i familiari. Forse il motivo è legato al tipo di informazioni: i familiari hanno bisogno di informazioni utili per gestire le attività e le cure quotidiane.

valutazione degli operatori sanitari: 4,1 valutazione dei pediatri: 3,7
valutazione dei pazienti: 3,8 valutazione dei genitori/familiari: 3,3

In Spagna il risultato medio della valutazione degli operatori sanitari è 4,0/5,0 e quello dei pediatri è 3,8/5,0. La differenza tra i gruppi campione non è significativa: essi hanno una percezione comune sul livello di informazioni che i pazienti dovrebbero ricevere dopo il ricovero. Le valutazioni dei pazienti e dei familiari sono leggermente inferiori di quella dei pediatri.

valutazione degli operatori sanitari: 4,0 valutazione dei pediatri: 3,8
valutazione dei pazienti: 3,5 valutazione dei genitori/familiari: 3,6

In Germania, pazienti e genitori pensano che l'informazione follow-up e la cura sia abbastanza buona. A loro sono forniti i risultati dei test, le prescrizioni, su una base regolare (referto medico) e la maggior parte dei pazienti e dei genitori può contattare via e-mail i medici per avere maggiori informazioni o aggiornamenti. Il risultato medio dello staff sanitario e dei pediatri è leggermente più basso ma non brutto.

valutazione degli operatori sanitari: 4.1 valutazione dei pediatri: 4.1
valutazione dei pazienti: 4.8 valutazione di genitori/parenti: 4.6

1.8. Comunicazione - Conclusioni

Bisogni formativi di comunicazione in Romania

Per la **Romania** la valutazione media generale della comunicazione è stata assegnata dai medici: 3,8, inferiore a quella media della comunicazione assegnato dai pazienti pediatrici. Tale risultato è dovuto alle patologie croniche difficili, ai conseguenti problemi psicologici, al fatto che i medici non hanno abbastanza tempo per far fronte a tutti questi problemi oltre agli altri impegni (studenti, corsi, molti pazienti, burocrazia amministrativa).

La media generale dei punti assegnati alla comunicazione da parte degli operatori sanitari è 4,6, simile al punteggio medio dei familiari e dei pazienti. Per i pazienti il punteggio medio di 4,6 è accettabile, date le patologie croniche, i lunghi ricoveri e le malattie invalidanti (tumori maligni, condizioni infiammatorie croniche, sindromi da malassorbimento, patologie renali croniche, patologie reumatiche).

Comunicazione	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	4,6	4,6	4,2	4,6
Sostegno ai pazienti	4,8	4,9	5,0	4,9
Rispetto dai pazienti	4,6	5,0	4,2	5,0
Sostegno dall' équipe sanitaria	4,9	5,0	4,4	4,9
Appuntamenti di controllo	4,2	4,2	3,7	4,4
Disponibilità durante gli orari di visita	4,4	4,5	3,9	4,4
Qualità di vita del paziente	4,8	4,4	4,6	4,4
Informazioni di follow-up	4,4	4,3	3,8	4,5

Tavola 1. Risultati della Comunicazione per la Romania

Il risultato più basso tra quelli sulla comunicazione è stato registrato dalla variabile *appuntamento per i controlli* per tutti i gruppi intervistati, mentre quello più elevato per tutti i gruppi intervistati è il *sostegno offerto ai pazienti*. I pediatri ritengono di dover migliorare la gestione degli appuntamenti per i controlli, la disponibilità durante gli orari di visita e l'offerta di informazioni di follow-up, oltre a sentirsi in diritto di ricevere più rispetto dai pazienti.

I pazienti pediatrici si aspettano una migliore gestione degli appuntamenti per i controlli e informazioni di follow-up più chiare e adattate. Si tratta di un aspetto che potrebbe essere migliorato conformando lo stile di comunicazione alla capacità di comprensione e ricorrendo a diverse strategie di comunicazione. I bambini apprezzerebbero anche maggiore disponibilità nel supporto del medico durante gli orari di ambulatorio e una migliore qualità della loro vita in ospedale.

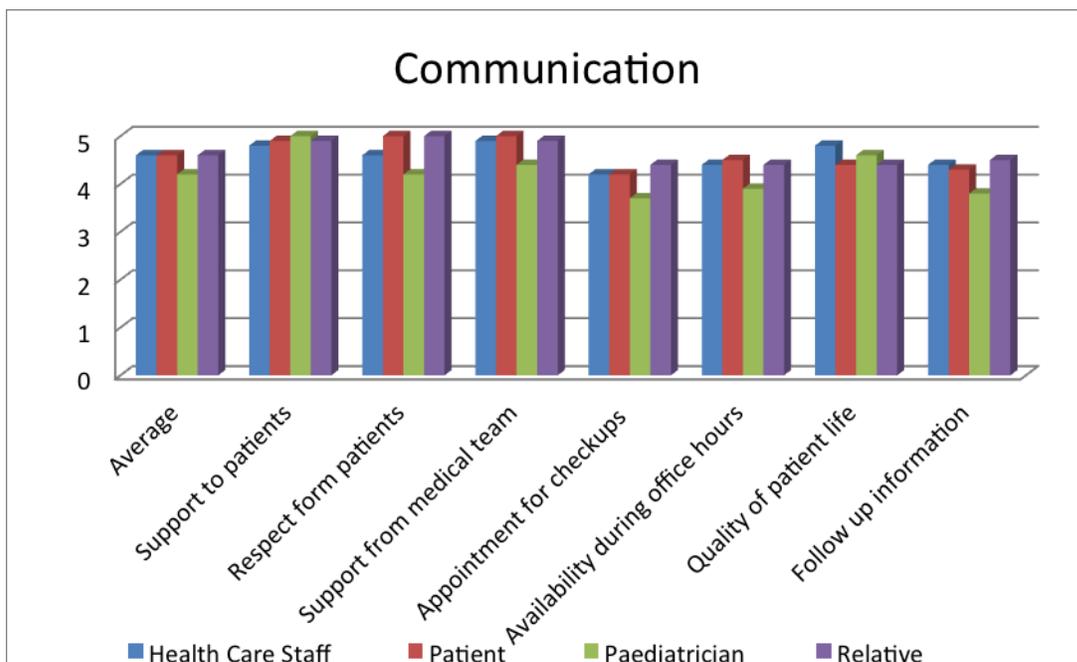


Fig.1 Risultati della Comunicazione per la Romania

Bisogni formativi di comunicazione in Ungheria

Comunicazione	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,4	4,3	4,0	4,0
Sostegno ai pazienti	4,2	4,7	4,4	4,2
Rispetto dai pazienti	3,2	4,5	4,4	4,3
Sostegno dall' équipe sanitaria	3,4	4,4	4,3	4,1
Appuntamenti per i controlli	3,5	3,9	3,4	3,7
Disponibilità durante le ore di visita	3,0	4,1	4,2	3,9
Qualità di vita del paziente	3,2	4,4	4,0	4,3
Informazioni di follow-up	3,4	4,2	3,4	3,7

Tavola 2. Risultati della Comunicazione per l'Ungheria

Per l'**Ungheria**, il punteggio medio generale minimo per la comunicazione è stato assegnato dal personale sanitario (3,4). La media generale relativa alla comunicazione dei familiari e dei pediatri è stata di 4,0, vicino alla valutazione media dei pazienti (4,3), che significa che questi tre gruppi sono fondamentalmente soddisfatti della comunicazione.

Simili ai risultati rumeni, il punteggio maggiore tra quelli sulla comunicazione riguarda la variabile *sostegno offerto ai pazienti* per tutti i gruppi intervistati, mentre il minimo è stato assegnato agli item *appuntamento per i controlli e informazioni di follow-up*. I pediatri ritengono di dover migliorare la capacità di gestione degli appuntamenti per i controlli e di offrire maggiori informazioni di follow-up. I pazienti pediatrici si aspettano una migliore programmazione degli appuntamenti per i controlli, mentre i genitori hanno espresso l'esigenza di informazioni di follow-up più chiare e adattate all'età dei bambini. Il personale sanitario intervistato si è lamentato del crescente numero di mansioni amministrative che riducono considerevolmente la disponibilità del medico durante le ore di ambulatorio.

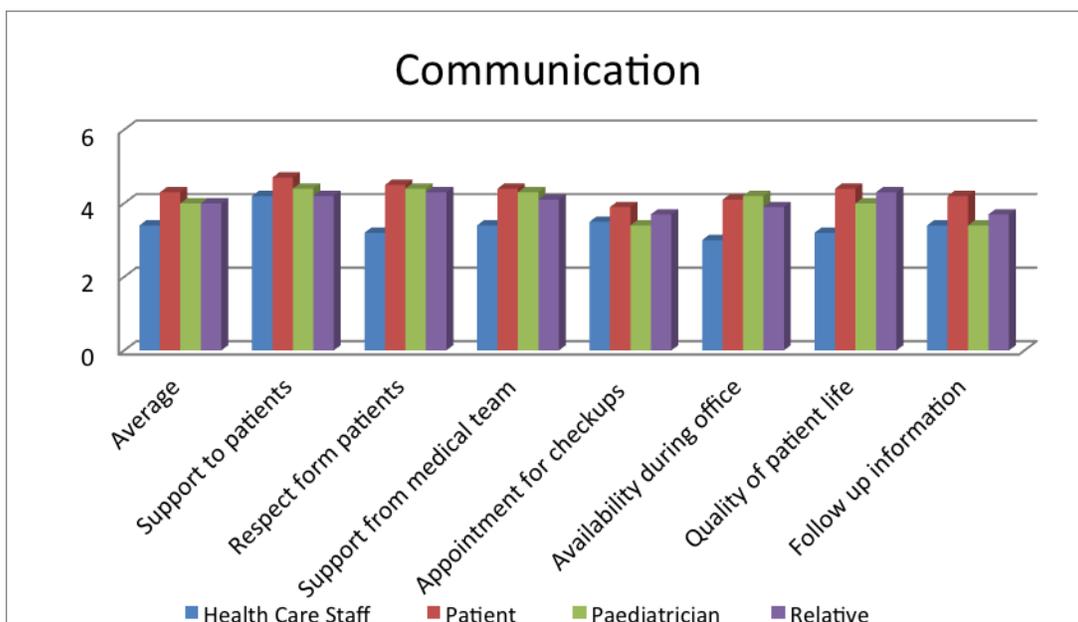


Fig.2 Risultati della Comunicazione per l'Ungheria

Bisogni formativi di comunicazione in Italia

Per l'Italia, la valutazione media generale minima della comunicazione è stata espressa dai familiari. La differenza dei risultati tra familiari e pediatri è dovuta al numero dei medici rispetto al numero di casi a loro carico. La percezione dei pazienti e dei familiari è della scarsità di tempo per gestire l'assistenza, dato l'esiguo numero di medici nell'ASL TO3.

Il punteggio medio generale da parte degli operatori sanitari rispetto alla comunicazione è stato 3,8, simile a quello medio dei pediatri. I pazienti hanno espresso una valutazione media di 3,6 correlata a punteggi bassi rispetto alla *disponibilità durante gli orari di ambulatorio* e alla *qualità di vita del paziente*: questi risultati determinano uno scarso rispetto verso la percezione dei medici e degli operatori sanitari, collegato alla qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari, che vivono la malattia e il malessere dei bambini. Gli operatori sanitari hanno valutato la qualità di vita dei pazienti più positivamente di quanto l'abbiano valutata i medici, che sembrano ammettere che le condizioni ospedaliere sono lontane dai bisogni dei pazienti, specialmente da quelli dei bambini.

Comunicazione	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,8	3,6	3,9	3,3
Sostegno ai pazienti	3,7	3,8	4,1	3,3
Rispetto dai pazienti	3,4	3,9	4	3,5
Sostegno dall' équipe sanitaria	3,7	3,7	4	3,6
Appuntamenti per i controlli	3,9	3,9	3,7	3,4
Disponibilità durante le ore di visita	3,6	3,2	4	3
Qualità di vita del paziente	4,4	3,3	3,7	3,3
Informazioni di follow-up	4,1	3,3	3,7	3,2

Tavola 3. Risultati della Comunicazione per l'Italia

I familiari ritengono che i pediatri debbano migliorare la *disponibilità durante le ore di ambulatorio*, le *informazioni di follow-up*, la *qualità di vita dei pazienti* e il *sostegno ai pazienti*. Tali aspettative sono le stesse di quelle dei pazienti pediatrici. Il sostegno e le informazioni sono aspetti che potrebbero essere migliorati adattando lo stile di comunicazione alla capacità dei bambini e dei familiari di comprendere e adottando diverse strategie di comunicazione.

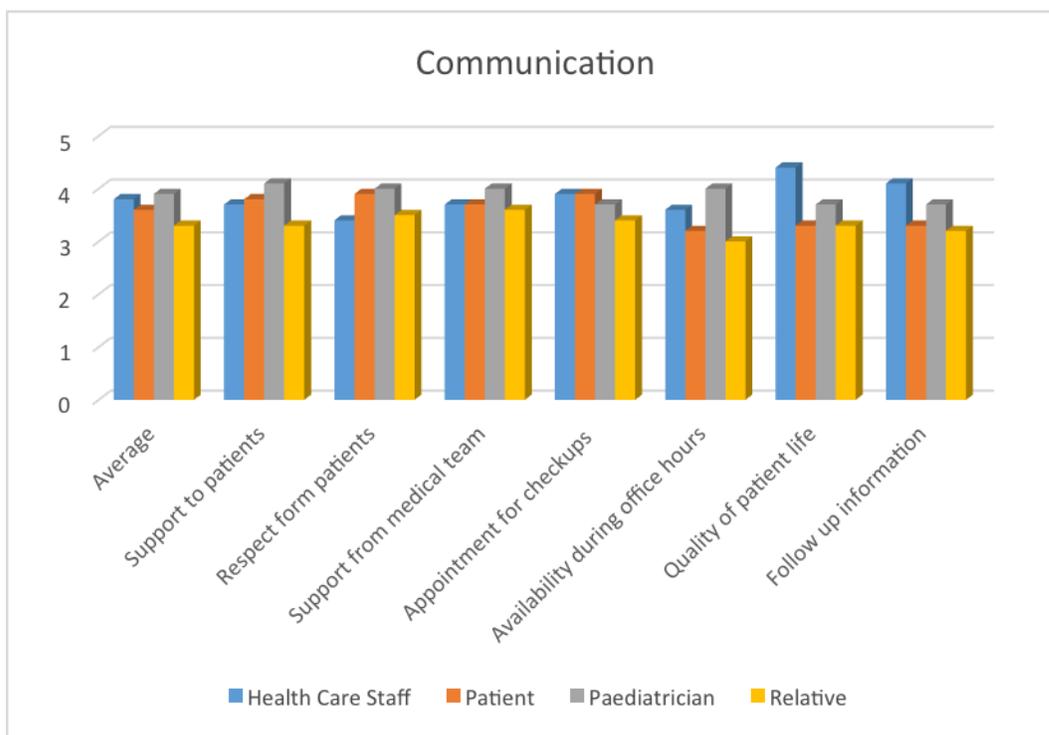


Fig.3 Risultati della Comunicazione per l'Italia

Bisogni formativi di comunicazione in Spagna

Per la Spagna la valutazione media collegata alla comunicazione è complessivamente positiva, essendo le percezioni dei medici relativamente migliori di quelle degli altri gruppi campione. Riteniamo che tale aspetto dipenda dalla normativa nazionale in Spagna che regola meglio il processo di informazione del paziente e della formazione dei clinici in materia di comunicazione di quello del personale sanitario. Ciò è suffragato dalla percezione di tutti gli aspetti esplorati nella ricerca. Tutti gli item correlati al processo di comunicazione e gli atteggiamenti nella relazione clinica sono percepiti dai clinici che hanno assegnato un punteggio superiore rispetto agli altri partecipanti. Solo nel caso delle *informazioni di follow-up* i clinici manifestano una percezione peggiore, e la differenza rispetto alla valutazione degli operatori sanitari è significativa. D'altronde, il personale sanitario è direttamente impegnato nel processo di follow-up e percepisce il suo ruolo come un aspetto supportivo in questo processo; d'altra parte, i clinici, i pazienti e i familiari sono cosapevoli dei bisogni reali dei pazienti.

Comunicazione	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,9	3,8	4,2	3,8
Sostegno ai pazienti	4,1	4,1	5,0	4,1

Rispetto dai pazienti	3,7	4,2	4,2	4,2
Sostegno dall' équipe sanitaria	4,0	3,8	4,4	3,9
Appuntamenti per i controlli	3,9	3,5	3,7	3,6
Disponibilità durante le ore di studio	3,8	3,2	3,9	3,4
Qualità di vita del paziente	4,1	4,0	4,6	4,0
Informazioni di follow-up	4,0	3,5	3,8	3,6

Tavola 4. Risultati della comunicazione per la Spagna

La percezione del *rispetto dai pazienti* da parte degli operatori sanitari è inferiore a quella degli altri gruppi intervistati, forse perché sono esposti a ogni genere di disfunzionamento percepito dai pazienti e dalle loro famiglie durante il ricovero in reparto. Gli operatori sanitari assumono un ruolo di mediazione tra pazienti, familiari e servizi, e ciò presuppone che affrontino le situazioni di conflitto che si presentano in reparto. Tutti gli item correlati alla qualità dei servizi sanitari in termini di organizzazione delle risorse umane e dei servizi sono inferiori a 4,0, e questa circostanza è condivisa da tutti i gruppi intervistati. Questi dati non sono in linea con la percezione soggettiva collegata alla qualità di vita nel reparto, un altro item dove c'è consenso positivo e il punteggio medio supera 4,0 per tutti i gruppi intervistati.

In conclusione, l'esigenza di migliorare la comunicazione in Spagna si concentra specificamente sulla comunicazione tra gli operatori sanitari, specialmente tra i medici e gli altri professionisti dell'assistenza sanitaria. Il ruolo del personale sanitario è essenziale per migliorare la soddisfazione degli utenti dei servizi sanitari in Pediatria. I clinici devono coinvolgere le infermiere e gli altri operatori sanitari nel rapporto clinico e riflettere sul rapporto medico-paziente in Pediatria in termini di équipe. Tale aspetto è sviluppato in altre specialità mediche in cui i pazienti sono particolarmente vulnerabili, quali le cure palliative. Il *team building* è una competenza trasversale estremamente importante in Pediatria ed è la conseguenza del miglioramento della comunicazione tra i professionisti dell'assistenza sanitaria. L'assistenza dell'équipe sanitaria in Pediatria deve includere i familiari, e gli operatori sanitari rivestono un ruolo fondamentale in tal senso.

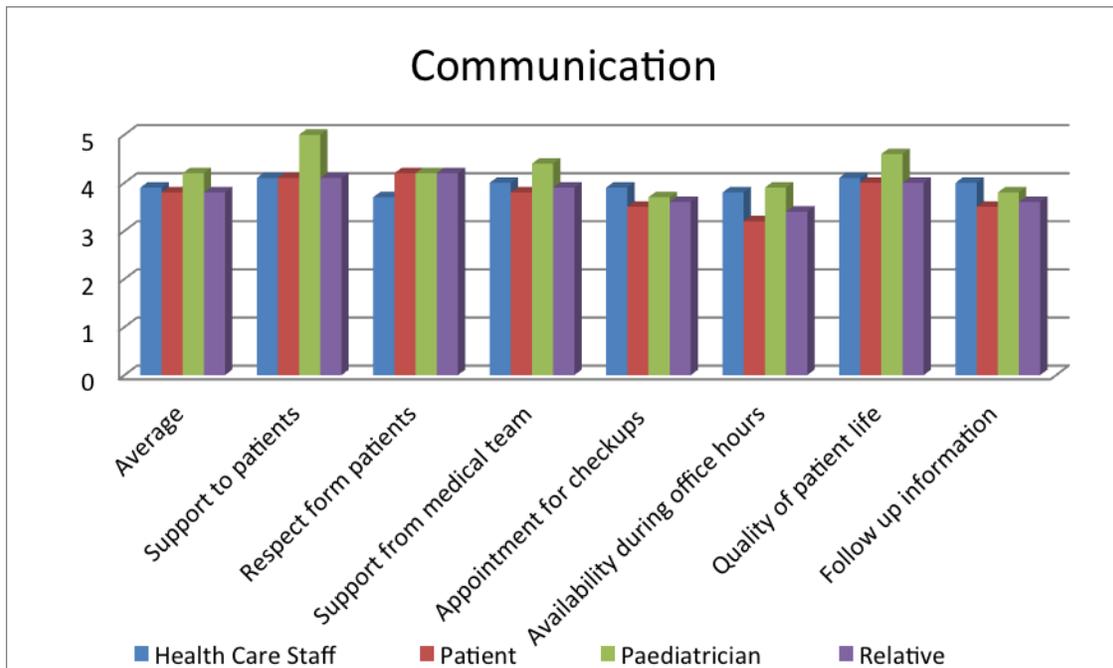


Fig.4 Risultati della Comunicazione in Spagna

Necessità di apprendimento nella Comunicazione in Germania

In Germania, il punteggio medio generale più basso per la comunicazione è stato dato dal personale sanitario (3.7) seguito dai pediatri (3.8). Al contrario pazienti e familiari sembrano essere per lo più soddisfatti per quanto riguarda la comunicazione (4.5. e 4.4).

I pediatri valutano il loro supporto ai pazienti e l'erogazione di informazioni follow up con i risultati più alti nel loro gruppo (4.0 e 4.1) e anche il personale sanitario ritiene che l'informazione follow up sia sufficiente (4.1.). In generale il crescente numero di compiti amministrativi riduce il tempo in cui i medici possono parlare con i pazienti e i familiari.

I pazienti e i familiari apprezzano tutti gli aspetti della comunicazione, i parenti pensano che la disponibilità durante l'orario d'ufficio possa essere migliorata. (4.0).

Comunicazione	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,7	4,5	3,8	4,4
Supporto ai pazienti	3,7	4,3	4,0	4,4
Rispetto dai pazienti	3,7	4,9	3,9	4,8
Supporto dal team medico	4,0	4,6	3,7	4,3
Appuntamento per i check-up	3,8	4,1	3,7	4,2
Disponibilità durante le ore d'ufficio	3,5	4,5	3,4	4,0

Qualità della vita del paziente	3,2	4,0	3,6	4,3
Informazioni follow up	4,1	4,8	4,1	4,6

Tavola 5. Risultati della Comunicazione in Germania

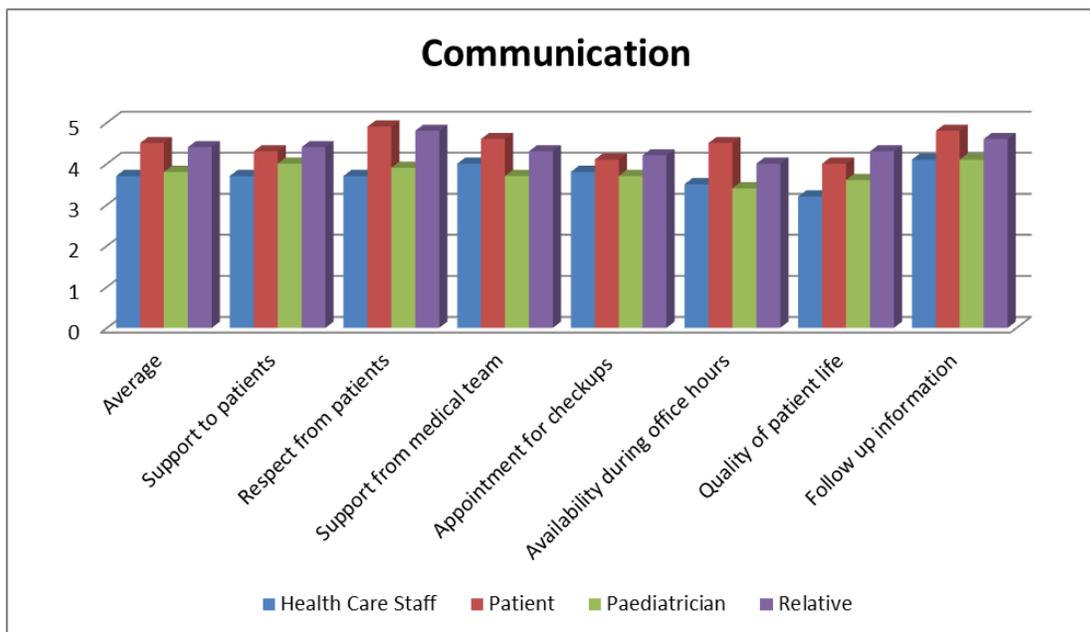


Fig. 5. Risultati della Comunicazione in Germania

2. TRASPARENZA (T)

La trasparenza generalmente fa riferimento all'offerta di informazioni migliori ai pazienti su costi e qualità dell'assistenza. Nel presente studio la trasparenza è valutata in termini di: coinvolgimento di altri medici, efficienza e rapidità nella soluzione delle lamentele dei pazienti, comunicazione (orale/scritta) di informazioni importanti al paziente e informazioni sull'assistenza, cortesia e rispetto nel trattare il paziente, questioni concernenti la riservatezza e offerta di informazioni scritte.

Una trasparenza ottimizzata probabilmente determina cambiamenti essenziali nel caso dei servizi sanitari pediatrici.

2.1. Il coinvolgimento di altri medici

Romania – Il coinvolgimento di altri medici è stato valutato con un punteggio di 4,3 dai pazienti pediatrici e dai loro genitori/familiari. Tuttavia gli operatori sanitari hanno valutato meno positivamente il coinvolgimento di altri medici, assegnando un punteggio di 3,3; questo item è stato valutato con un punteggio peggiore dai pediatri (3,1) – **l'item relativo alla Trasparenza con il punteggio più basso.**

valutazione degli operatori sanitari: 3,3

valutazione dei pediatri: 3,1

valutazione dei pazienti: 4,3

valutazione dei genitori/familiari: 4,3

Ungheria – Il finanziamento di un ambulatorio pediatrico dipende largamente dal numero di invii all'assistenza secondaria. Se il pediatra invia un numero minore di pazienti al livello successivo di esami medici, la sua valutazione ufficiale come medico viene modificata. Ciò determinerà la somma destinata alla sua attività professionale. Generalmente la prima visita (o visita di primo contatto) non richiede ulteriori esami medici: nell'80% dei casi i pazienti non hanno bisogno di assistenza di secondo livello o di emergenza. In base alle risposte delle infermiere intervistate, i pazienti e i genitori ritengono che i medici coinvolgono altri operatori sanitari e personale curante nell'assistenza del paziente nella grande maggioranza dei casi, mentre i medici ritengono di farlo solo in caso di necessità.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7

valutazione dei pediatri: 2,9

valutazione dei pazienti: 4,2

valutazione dei genitori/familiari: 3,8

Italia – Il risultato medio del personale sanitario è 3,9, mentre quello dei pediatri è 3,7. I medici ritengono di essere coinvolti meno degli operatori sanitari, anche se spesso la visita di primo contatto richiede ulteriori esami medici.

I pazienti e i familiari ritengono che lo scarso rispetto verso gli operatori sanitari e i pediatri sia causato da un problema organizzativo: il logopedista, lo psicologo, i pediatri dei servizi territoriali non appartengono ai servizi di neuropsichiatria infantile e alle unità pediatriche. L'impatto è collegato alla responsabilità del progetto di assistenza sanitaria come équipe curante.

valutazione degli operatori sanitari: 3,9

valutazione dei pediatri: 3,7

valutazione dei genitori: 3,1

valutazione dei genitori/familiari: 3,3

Spagna – La valutazione media degli operatori sanitari è 3,7/5,0 e quella dei pediatri è 3,1/5,0. La differenza tra operatori sanitari e medici è chiara; forse le percezioni dei medici sono influenzate dal loro ruolo nei processi decisionali. La responsabilità, la fiducia e la confidenza del paziente sono tutti aspetti che, in qualche modo, personalizzano il rapporto clinico con il medico, più che quello con il personale sanitario dove le rotazioni sono frequenti. I pazienti e i familiari mostrano uniformità nella valutazione di questo aspetto del processo informativo, assegnando un punteggio leggermente diverso da quello dei medici.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7

valutazione dei pediatri: 3,1

valutazione dei pazienti: 3,5

valutazione dei genitori/familiari: 3,6

Germania – Il risultato medio del personale sanitario è 3,7 – il risultato più basso. Pediatri, pazienti e genitori valutano più elevato il coinvolgimento di un altro medico (4.2-4.4)

valutazione degli operatori sanitari: 3,7

valutazione dei pediatri: 4,2

valutazione dei pazienti: 4,4

valutazione di genitori/parenti: 4,2

2.2. Lamentele dei pazienti

Romania – I pazienti possono lamentarsi per diversi motivi: qualcosa andato storto, un'esperienza dolorosa, la mancanza di informazioni, insoddisfazione rispetto all'assistenza.² Le loro lamentele possono rappresentare un'esperienza stressante per medici e operatori. Tuttavia è

2

<http://www.avant.org.au/uploadedFiles/Content/resources/member/risk-200912-dealing-with-patient-complaints.pdf>

stato stimato che il 23% delle lamentele è risolvibile porgendo scuse sincere e il 34% offrendo una spiegazione delle circostanze dell'evento in questione.³ La gestione dei reclami e delle lamentele è un aspetto importante dell'assistenza centrata sul paziente e offre spunti di miglioramento della qualità.

La risposta alle lamentele dei pazienti è stata giudicata equa e positiva da pazienti e operatori (4,8) e con un punteggio leggermente migliore da medici e genitori (4,9). Se gli operatori sono formati per **ascoltare efficacemente, adottare un approccio proattivo** e gestire le aspettative dei bambini e delle loro famiglie, si possono risolvere i problemi contenuti prima che peggiorino.

valutazione degli operatori sanitari: 4,8 valutazione dei pediatri: 4,9
valutazione dei pazienti: 4,8 valutazione dei genitori/familiari: 4,9

Ungheria – Generalmente i risultati degli esami del sangue o gli esiti di altri esami medici non sono disponibili alla prima visita. In quel momento l'unica fonte di informazioni per il medico è ciò che il genitore, o il bambino, riferisce dei sintomi. Tutti i gruppi intervistati ritengono che, per lo più, i medici ascoltino attentamente le lamentele dei pazienti.

valutazione degli operatori sanitari: 4,4 valutazione dei pediatri: 4,4
valutazione dei pazienti: 4,0 valutazione dei genitori/familiari: 4,0

Italia – Il risultato medio degli operatori sanitari è 3,9/5,0 mentre quello dei pediatri è 4,0. Gli operatori sanitari e i medici ritengono che, per lo più, i medici ascoltino attentamente le lamentele dei pazienti. La percezione dei pazienti e dei loro familiari è inferiore a quella del personale sanitario e dei pediatri perché le risposte dei professionisti sono diverse dalle informazioni che familiari e pazienti vorrebbero ricevere.

valutazione degli operatori sanitari: 3,9 valutazione dei pediatri: 4,0
valutazione dei pazienti: 3,1 valutazione dei genitori/familiari: 3,2

Spagna – Il risultato medio degli operatori sanitari è 4,3/5,0 e quello dei pediatri è 4,9/5,0. La differenza tra i gruppi non è consistente, il personale sanitario sembra rivolgere minore attenzione alle lamentele dei pazienti, forse per via del tipo di rimostranze che un paziente esprime al medico, generalmente considerato responsabile della condizione del paziente in reparto. Per i pazienti e i loro familiari gli aspetti della comunicazione riguardanti le loro lamentele non sono condivisi dai professionisti dell'assistenza sanitaria.

valutazione degli operatori sanitari: 4,3 valutazione dei pediatri: 4,9
valutazione dei pazienti: 4,0 valutazione dei genitori/familiari: 4,0

Germania - I pazienti pensano che il team medico ascolti attentamente i loro reclami, essi sembrano apprezzare molto ciò (4.7). Pediatri e genitori mostrano risultati elevati simili (4.4). Al contrario il personale sanitario non è altrettanto soddisfatto della gestione dei reclami (3.6).

valutazione degli operatori sanitari: 3.6 valutazione dei pediatri: 4.4
valutazione dei pazienti: 4.7 valutazione dei genitori/parenti: 4.4

3

Victorian Office of the Health Services Commissioner. Annual Report 2008: 18-9:
www.health.vic.gov.au/hsc/downloads/annrep08.pdf.

2.3. Informazioni ai pazienti (disponibili e di facile comprensione)

Romania – Il livello qualitativo delle informazioni fornite ai pazienti ha ottenuto una valutazione di 4,8 da parte dei pazienti, degli operatori sanitari e dei genitori, mentre i medici ritengono che questo aspetto sia migliorabile e hanno espresso una valutazione leggermente inferiore: 4,5.

I medici possono aver considerato, oltre alle informazioni sul paziente e sul percorso terapeutico, altri tipi di informazioni che dovrebbero essere a disposizione dei pazienti al momento dell'ammissione in ospedale: i diritti e le responsabilità dei pazienti durante il ricovero, informazioni su che cosa portare in ospedale in caso di determinati esami o come pazienti ambulatoriali, gli orari di visita, l'accesso alle cartelle cliniche – tutto ciò con una modalità informativa facile da ricordare, per esempio attraverso depliant e video anziché avvisi affissi alle pareti dell'ospedale.

valutazione degli operatori sanitari: 4,8 valutazione dei pediatri: 4,5
valutazione dei pazienti: 4,8 valutazione dei genitori/familiari: 4,8

Ungheria – I medici hanno dichiarato che nella maggioranza dei casi possono spiegare le informazioni ai pazienti in modo agevole da comprendere. Le infermiere, i familiari e i pazienti sembrano confermare questa opinione, sebbene il punteggio assegnato dai pazienti sia inferiore a quello di tutti gli altri gruppi intervistati.

valutazione degli operatori sanitari: 3,9 valutazione dei pediatri: 4,2
valutazione dei pazienti: 3,8 valutazione dei genitori/familiari: 4,0

Italia – La valutazione media degli operatori sanitari è 4,1/5,0 mentre quella dei pediatri è 4,2. Dal punto di vista organizzativo la condivisione delle informazioni con i genitori, i familiari e i bambini è un importante processo di cura. Rispetto al progetto di assistenza e alla presa in carico dei casi, la valutazione media è elevata sia per gli operatori sanitari sia per i pediatri. Si tratta di un punto specifico della missione interna. La percezione dei familiari e dei pazienti è inferiore a quella delle altre due categorie, ed è dovuta al tipo di informazioni considerate: familiari e pazienti vogliono informazioni utili ed efficaci per gestire le attività quotidiane e lo stile di vita.

valutazione degli operatori sanitari: 4,1 valutazione dei pediatri: 4,2
valutazione dei pazienti: 3,5 valutazione dei genitori/familiari: 3,3

Spagna – La valutazione media degli operatori sanitari è 4,2/5,0 e quella dei pediatri è 4,5/5,0. Il processo informativo presenta qualche uniformità per i gruppi intervistati, anche se nel caso dei pazienti e familiari è leggermente inferiore.

valutazione degli operatori sanitari: 4,2 valutazione dei pediatri: 4,5
valutazione dei pazienti: 4,0 valutazione dei genitori/familiari: 4,2

Germania – Per una migliore compliance e un miglior risultato medico è importante che i genitori comprendano le informazioni mediche dai dottori. In pediatria è essenziale che genitori e parenti comprendano i principali aspetti del disturbo del bambino, le fasi diagnostiche e le opzioni di trattamento. In Germania i familiari pensano che tali informazioni siano fornite in modo eccellente dai pediatri (4.9). Non può essere spiegato adeguatamente il perché gli operatori sanitari siano così insoddisfatti delle informazioni fornite (3.3).

valutazione degli operatori sanitari: 3.3 valutazione dei pediatri: 4.4
valutazione dei pazienti: 4.5 punteggio di genitori/parenti: 4.9

2.4. Cortesia e rispetto

Romania – Gli intervistatori hanno riscontrato che i medici in formazione (specializzandi) non sono inclini a presentarsi del tutto ai pazienti ricoverati o a sedersi e parlare con loro guardandoli negli occhi, nonostante le ricerche evidenzino che maniere cortesi nel modo di trattare il paziente contribuiscono alla guarigione, oltre alla soddisfazione del paziente. Secondo il rapporto di una ricerca, pubblicato sul *Journal of Hospital Medicine*,⁴ alcune semplici adattamenti delle comunicazioni interne migliorerebbero l'intera esperienza di degenza ospedaliera.

La **cortesia e il rispetto** sono stati valutati tra 4,8 da parte dei medici e degli operatori sanitari, 4,9 dai pazienti pediatrici e con il massimo punteggio dai genitori e i familiari (5,0).

valutazione degli operatori sanitari: 4,8 valutazione dei pediatri: 4,8
valutazione dei pazienti: 4,9 valutazione dei genitori/familiari: 5,0

Ungheria – Sia i medici che le infermiere hanno la sensazione che quasi sempre i medici trattino i pazienti con grande rispetto. I pazienti sembrano percepire analogamente il livello di rispetto con cui sono trattati, mentre i genitori sono leggermente meno soddisfatti della cortesia verso i figli. I punteggi assegnati a questo aspetto sono particolarmente elevati, il che dimostra che il rispetto è un valore fondamentale per il personale assistenziale intervistato.

valutazione degli operatori sanitari: 4,5 valutazione dei pediatri: 4,6
valutazione dei pazienti: 4,7 valutazione dei genitori/familiari: 4,3

Italia – La valutazione dei pediatri è 4,5. Durante la presa in carico di un caso è importante garantire cortesia e rispetto nei confronti dei familiari e dei bambini, oltre che dei colleghi (operatori sanitari e medici). Cortesia e rispetto sono due elementi centrali del comportamento organizzativo sia per i pediatri che per gli operatori sanitari.

La percezione dei pazienti e dei familiari è inferiore a quella delle altre due categorie a causa della durata dell'esame medico: pochi minuti non sono sufficienti per rispondere alle domande di genitori e pazienti.

valutazione degli operatori sanitari: --- valutazione dei pediatri: 4,5
valutazione dei pazienti: 3,5 valutazione dei genitori/familiari: 3,4

Spagna – La valutazione media degli operatori sanitari è 4,3/5,0 e quella dei pediatri è 4,8/5,0. Gli operatori sanitari percepiscono questo aspetto in modo leggermente diverso dai medici, anche se la differenza non è consistente, mentre pazienti e familiari confermano l'ambiente positivo dei servizi sanitari.

valutazione degli operatori sanitari: 4,3 valutazione dei pediatri: 4,8
valutazione dei pazienti: 4,5 valutazione dei genitori/familiari: 4,5

Germania – Pazienti e genitori si sentono trattati con grande rispetto (4.9 e 4.6) e l'autostima dei pediatri è la medesima (4.7). Il personale sanitario è meno soddisfatto (3.9)

Valutazione degli operatori sanitari: 3.9 valutazione dei pediatri: 4.7
Valutazione dei pazienti: 4.9 valutazione di genitori/parenti: 4.6

4

Common courtesy lacking among doctors in training
http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/common_courtesy_lacking_among_doctors_in_training

2.5. Informazioni sulle cure

Romania – I bambini e i loro genitori hanno valutato le informazioni sulle cure con un punteggio di 4,7, mentre gli operatori sanitari vi hanno assegnato un punteggio maggiore (4,9) e i medici il massimo (5,0), il che implica che secondo loro le informazioni fornite sono complete e appropriate e corrispondono al grado di comprensione e al tipo di malattia dei pazienti.

valutazione degli operatori sanitari: 4,9 valutazione dei pediatri: 5,0
valutazione dei pazienti: 4,7 valutazione dei genitori/familiari: 4,7

Ungheria – Secondo le infermiere i pazienti sono tenuti informati sulle cure nella maggior parte delle occasioni, mentre i medici ritengono di tenere quasi sempre informati i pazienti. L'opinione dei pazienti è simile alla valutazione dei medici, mentre i genitori tendono a concordare con la prospettiva delle infermiere.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7 valutazione dei pediatri: 4,5
valutazione dei pazienti: 4,2 valutazione dei genitori/familiari: 4,0

Italia – La valutazione media degli operatori sanitari è 4,5/5,0 mentre quella dei pediatri è 4,3. Da un punto di vista organizzativo il processo di condivisione delle informazioni con genitori, familiari e bambini è un importante processo di cura. La valutazione media del progetto di assistenza e presa in carico è elevata sia da parte degli operatori sanitari che dei pediatri. Si tratta di un punto specifico della missione interna. La percezione dei pazienti e dei familiari è inferiore a quella delle altre due categorie ed è dovuta alla durata degli esami medici e al tipo di informazioni: qualche minuto non è sufficiente per rispondere alle domande di genitori e pazienti.

valutazione degli operatori sanitari: 4,5 valutazione dei pediatri: 4,3
valutazione dei pazienti: 3,5 valutazione dei genitori/familiari: 3,2

Spagna – La valutazione media degli operatori sanitari è 4,4/5,0 e quella dei pediatri è 5,0/5,0. Gli operatori sanitari ritengono incompleto il processo informativo, mentre i pediatri sono del tutto consapevoli del massimo sforzo dedicato a informare i pazienti e le famiglie, che però si aspettano più informazioni sulle cure.

valutazione degli operatori sanitari: 4,4 valutazione dei pediatri: 5,0
valutazione dei pazienti: 4,3 valutazione dei genitori/familiari: 4,1

Germania – Genitori e pazienti sono totalmente soddisfatti delle informazioni fornite riguardo la cura (4.5 e 4.8) mentre il personale sanitario vede margini di miglioramento (3.9)

valutazione degli operatori sanitari: 3.9 valutazione dei pediatri: 4.4
valutazione dei pazienti: 4.5 valutazione di genitori/familiari: 4.8

2.6. Informazioni sugli esiti degli esami

Romania – La massima valutazione assegnata a questo aspetto dai pediatri segnala che i medici ritengono di aver fornito informazioni adeguate; seguono le valutazioni degli operatori sanitari e quelle dei genitori, mentre secondo i pazienti questo aspetto è migliorabile.

valutazione degli operatori sanitari: 4,8 valutazione dei pediatri: 5,0
valutazione dei pazienti: 4,7 valutazione dei genitori/familiari: 4,8

Ungheria – I pediatri che esercitano a livello di cure primarie possono inviare via e-mail ai pazienti i risultati degli esami del sangue, gli esiti delle analisi di laboratorio e altre evidenze cliniche, spiegando quali superano verso l'alto o verso il basso il range appropriato, consentendo così ai pazienti di avere un ruolo più attivo nelle cure mediche.

valutazione degli operatori sanitari: --- valutazione dei pediatri: 4,3
valutazione dei pazienti: 4,0 valutazione dei genitori/familiari: 4,0

Italia – Da un punto di vista organizzativo il processo di condivisione delle informazioni con genitori, familiari e bambini è un importante processo di cura. La valutazione media sia degli operatori sanitari che dei medici è elevata. Il problema è collegato alle aspettative dei pazienti e dei loro familiari che desiderano comprendere meglio gli esiti degli esami: in una situazione critica di gestione del tempo e un numero esiguo di professionisti, quanto dura una consultazione tipica per condividere le informazioni sugli esiti degli esami? Per gli operatori sanitari e i pediatri la stima è di alcuni minuti, mentre per i genitori e i familiari almeno 20-30 minuti.

valutazione degli operatori sanitari: 4,4 valutazione dei pediatri: 4,3
valutazione dei pazienti: 3,1 valutazione dei genitori/familiari: 3,1

Spagna – Il processo informativo collegato alle evidenze cliniche è considerato con il massimo punteggio da parte dei clinici. La loro prospettiva dipende dall'effettiva valutazione delle informazioni richieste dal paziente per prendere delle decisioni. I clinici sono in condizione di selezionare le informazioni per avere effetti positivi sull'autonomia del paziente. Questa prospettiva è completamente diversa nel caso dei pazienti e dei loro familiari, in cui la selezione delle informazioni può essere considerata un limite al loro coinvolgimento nel processo decisionale. La stessa opinione è sottoscritta dagli operatori sanitari che assegnano un punteggio superiore a quello dei pazienti e inferiore a quello dei clinici, riflettendo sul livello di informazioni gestite da ogni gruppo intervistato.

valutazione degli operatori sanitari: 4,5 valutazione dei pediatri: 5,0
valutazione dei pazienti: 4,2 valutazione dei genitori/familiari: 4,1

Germania – Le informazioni riguardo i risultati dei test sono valutate in modo simile alle informazioni riguardo la cura. Gli operatori sanitari non sono molto soddisfatti (3.5), mentre i pediatri, i pazienti e i parenti lo sono (4.2-4.5).

valutazione degli operatori sanitari: 3.5 valutazione dei pediatri: 4.2
valutazione dei pazienti: 4.6 valutazione di genitori/familiari: 4.5

2.7. Privacy

Romania – La privacy va di pari passo con la dignità e il rispetto e potrebbe riferirsi al silenzio, alla possibilità di adottare pratiche di igiene (padella per ammalati, toilette), all'assenza di odori. Le condizioni di privacy, in cui i genitori possono giocare con i figli mentre i familiari possono trascorrere momenti tranquilli, sono essenziali.

La privacy è stata percepita in modo diverso dalle quattro categorie intervistate, cioè soggetti differenti potrebbero avere abitudini di privacy diverse. La valutazione della privacy da parte dei medici è 4,5 mentre quella dei pazienti e del personale sanitario è 4,6, e nell'opinione dei genitori è di 4,7.

valutazione degli operatori sanitari: 4,6 valutazione dei pediatri: 4,5
valutazione dei pazienti: 4,6 valutazione dei genitori/familiari: 4,7

Ungheria – Tutti i gruppi intervistati concordano che i pazienti hanno quasi sempre privacy quando affrontano questioni legate alla salute. Nelle cure primarie c'è un solo paziente nello studio pediatrico durante la consultazione. Le cure di emergenza sono invece caratterizzate da minor privacy. Nella popolazione campione non c'erano medici o infermiere che lavoravano nelle cure di emergenza.

valutazione degli operatori sanitari: 4,5 valutazione dei pediatri: 4,6
valutazione dei pazienti: 4,6 valutazione dei genitori/familiari: 4,3

Italia – Il risultato medio dell'assistenza sanitaria è 3,8/5,0 mentre il risultato dei pediatri è 4,1. La ragione della differenza tra gli operatori sanitari e i pediatri è legata alla struttura logistica dei reparti e dei servizi: non abbiamo una stanza specifica per gestire la privacy. La percezione dei pazienti e dei familiari è diversa da quella degli operatori sanitari e dei medici proprio per degli aspetti logistici dell'ambiente ospedaliero. La privacy è strettamente collegata al tipo di stanza e ai luoghi nei quali i medici parlano della cura e del trattamento: gli ospedali e i servizi territoriali dell'ASL TO3 hanno un buon livello di accoglienza, ma gli edifici sono antichi e necessitano di lavori di ammodernamento.

valutazione degli operatori sanitari: 3,8 valutazione dei pediatri: 4,1
valutazione dei pazienti: 3,6 valutazione dei genitori/familiari: 3,2

Spagna – La valutazione media del personale dell'assistenza sanitaria è 4,1/5,0 e quella dei pediatri è 4,5/5,0. Riguardo a questi aspetti il personale sanitario percepisce una mancanza di privacy in reparto, differenza che può essere collegata al ruolo dei professionisti nella vita quotidiana dei pazienti. Gli operatori sanitari sono maggiormente in contatto con tutti i pazienti e per periodi più lunghi, forse questo elemento spiega il motivo per cui identificano più situazioni nelle quali la privacy non è rispettata. I pazienti e le famiglie hanno la stessa percezione rispetto alla privacy ed esprimono una valutazione simile dell'item che conferma una tendenza uniforme.

valutazione degli operatori sanitari: 4,1 valutazione dei pediatri: 4,5
valutazione dei pazienti: 4,3 valutazione dei genitori/familiari: 4,3

Germania – Pazienti e genitori pensano di avere quasi sempre privacy quando discutono riguardo questioni legate alla salute (4.7 and 4.5). I questionari non sono stati distribuiti ai pazienti in attesa in pronto soccorso dove è più difficile avere abbastanza privacy. Gli operatori sanitari e i pediatri conoscono talvolta la mancanza di privacy in situazioni di emergenza e perciò le valutazioni potrebbero essere più basse (3.5 e 4.0)

valutazione degli operatori sanitari: 3.4 valutazione dei pediatri: 4
valutazione dei pazienti: 4.7 valutazione di genitori/familiari: 4.5

2.8. Comunicazione scritta

Romania – L'item *comunicazione scritta* ha ottenuto solo 4,4 punti dai pazienti rispetto al punteggio 4,5 dai medici. Si tratta di un dato critico. 4,8 è il punteggio attribuito dal personale sanitario mentre i genitori/familiari vi hanno assegnato 4,5. La qualità della comunicazione scritta varia dunque da 4,4 per i pazienti < 4,5 per i medici e i genitori/familiari < fino a 4,8 per gli operatori sanitari.

valutazione degli operatori sanitari: 4,8 valutazione dei pediatri: 4,5
valutazione dei pazienti: 4,4 valutazione dei genitori/familiari: 4,5

Ungheria – Secondo le norme vigenti a livello di cure primarie non è obbligatorio fornire informazioni scritte sui sintomi o problemi trattati, dopo che il paziente lascia lo studio del pediatra. Il pediatra comunica l'informazione necessaria verbalmente. L'informazione scritta è data al paziente dopo le dimissioni dall'ospedale.

valutazione degli operatori sanitari: 4,5 valutazione dei pediatri: ---
valutazione dei pazienti: 4,2 valutazione dei genitori/familiari: 4,2

Italia – La valutazione media da parte del personale sanitario è 3,8/5,0 mentre per i pediatri è 3,9. Le motivazioni sono legate alle procedure interne delle dimissioni dei pazienti secondo il processo di continuità assistenziale. Il problema è come garantire la continuità dell'informazione nel sistema sanitario tra i familiari e i bambini, i pediatri del territorio e le altre istituzioni, come le scuole, i servizi comunitari etc. Le percezioni dei pazienti e dei familiari confermano la necessità di gestire la continuità delle cure.

valutazione degli operatori sanitari: 3,8 valutazione dei pediatri: 3,9
valutazione dei pazienti: 3,0 valutazione dei genitori/familiari: 3,2

Spagna – La valutazione media del personale sanitario è 4,2/5,0 e quella dei pediatri è 4,5/5,0. I pediatri considerano l'informazione scritta leggermente migliore rispetto al personale sanitario, nonostante la differenza non sia significativa. La percezione dei familiari rispetto a questo item è inferiore a 4,0/5,0 e molto simile a quella degli operatori sanitari.

valutazione degli operatori sanitari: 4,2 valutazione dei pediatri: 4,5
valutazione dei pazienti: 4,1 valutazione dei genitori/familiari: 3,9

Germania – I genitori non si aspettano maggiori informazioni scritte mentre tutti gli altri gruppi ritengono che sarebbe utile provvedere e fornire una maggiore informazione scritta.

Valutazione degli operatori sanitari: 3.6 valutazione dei pediatri: 3.8
Valutazione dei pazienti: 3.9 valutazione di genitori/familiari: 4.7

2.9. Conclusione – Bisogni di trasparenza per i paesi intervistati

Bisogni formativi di trasparenza in Romania

Trasparenza	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	4,6	4,5	4,6	4,7
Coinvolgimento di altri medici	3,3	3,1	4,3	4,3
Lamentele dei pazienti	4,8	4,9	4,8	4,9
Informazioni ai pazienti	4,8	4,5	4,8	4,8
Cortesìa e rispetto	4,8	4,8	4,9	5,0
Informazioni sulle cure	4,9	5,0	4,7	4,7

Informazioni sugli esiti degli esami	4,8	5,0	4,7	4,8
Privacy	4,6	4,5	4,6	4,7
Comunicazione scritta	4,8	4,5	4,4	4,5

Tavola 6. Risultati della Trasparenza per la Romania

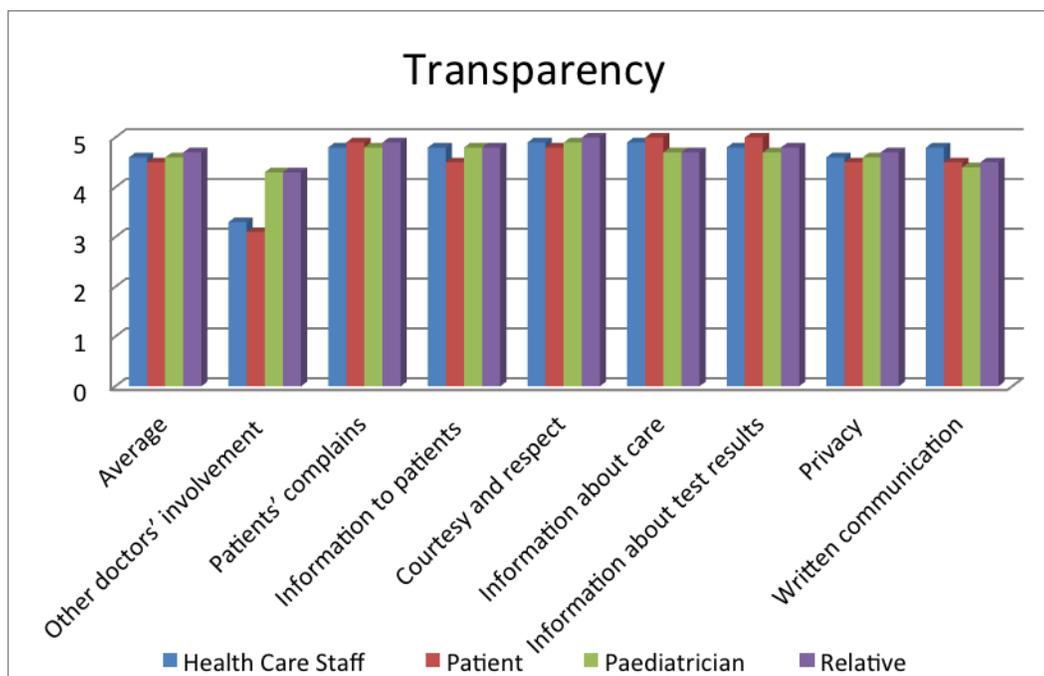


Fig.6 Risultati della Trasparenza per la Romania

Sia il personale sanitario che i pazienti ritengono che, al fine di rendere ottimale la trasparenza, vadano coinvolti gli altri medici, per cui questo aspetto ha avuto il punteggio più basso, sebbene i pediatri potrebbero avere una prospettiva leggermente più positiva. Le valutazioni migliori sono state ottenute per quanto riguarda le risposte alle lamentele dei pazienti, come si è rilevato in tutti i gruppi intervistati, così come la cortesia e il rispetto, le informazioni sugli esiti degli esami e sulle cure.

Dal momento che le lamentele possono rappresentare un elemento stressante che si somma al già deteriorato stato di salute dei bambini ospedalizzati, avere a che fare con le lamentele rimane la necessità stringente su cui concentrarsi per una sua soluzione. Risolvere le lamentele è importante per il miglioramento della qualità e talvolta può richiedere semplicemente la spiegazione di un fraintendimento o scuse sincere.

I pazienti pediatrici potrebbero anche avere piacere di trovare informazioni sugli esami clinici e le regole dell'ospedale più adatte alla loro età comunicate con modalità agevoli da ricordare, utilizzando anche strumenti meno convenzionali come volantini personalizzati rivolti ai bambini e animazioni.

Cortesia e rispetto hanno ottenuto punteggi elevati; occorre dunque che gli specializzandi si presentino loro stessi in maniera completa ai pazienti ricoverati, o si siedano per parlare loro guardandoli negli occhi e adattino il loro modo di rapportarsi ai pazienti pediatrici come fanno i medici più esperti.

La privacy va di pari passo con la dignità e il rispetto e può riferirsi al silenzio, alla possibilità di adottare alcune norme igieniche (la padella per ammalati, la toilette), all'assenza di

odori. Le condizioni di privacy, in cui i genitori possono giocare con i figli mentre i familiari possono trascorrere qualche momento di calma fra loro, sono essenziali e possono essere ulteriormente migliorate.

Bisogni formativi di trasparenza in Ungheria

Trasparenza	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	4,2	4,2	4,2	4,1
Coinvolgimento di altri medici	3,7	4,2	2,9	3,8
Lamentele dei pazienti	4,4	4,0	4,4	4,0
Informazioni ai pazienti	3,9	3,8	4,2	4,0
Cortesia e rispetto	4,5	4,7	4,6	4,3
Informazioni sulle cure	3,7	4,2	4,5	4,0
Informazioni sugli esiti degli esami	n/a	4,0	4,3	4,0
Privacy	4,5	4,6	4,6	4,3
Comunicazione scritta	4,5	4,2	n/a	4,2

Tavola 7. Risultati della Trasparenza per l'Ungheria

In **Ungheria**, operatori sanitari, pediatri, familiari e pazienti hanno fornito una valutazione media molto simile riguardo alla trasparenza. I gruppi intervistati hanno espresso il livello di soddisfazione maggiore in questa categoria.

I punteggi medi più elevati sulla trasparenza sono stati ottenuti negli item *cortesia e rispetto* e *privacy*. Operatori sanitari, familiari e pediatri concordano sul fatto che il coinvolgimento di altri medici migliorerebbe la qualità delle cure. Dai risultati è evidente che i bambini apprezzerebbero spiegazioni riguardanti le loro condizioni, la causa della malattia e i possibili metodi di cura, più adatte alla loro età. Fornire ai bambini informazioni facilmente comprensibili favorisce la collaborazione e rende i giovani pazienti più fiduciosi nei medici e negli operatori sanitari.

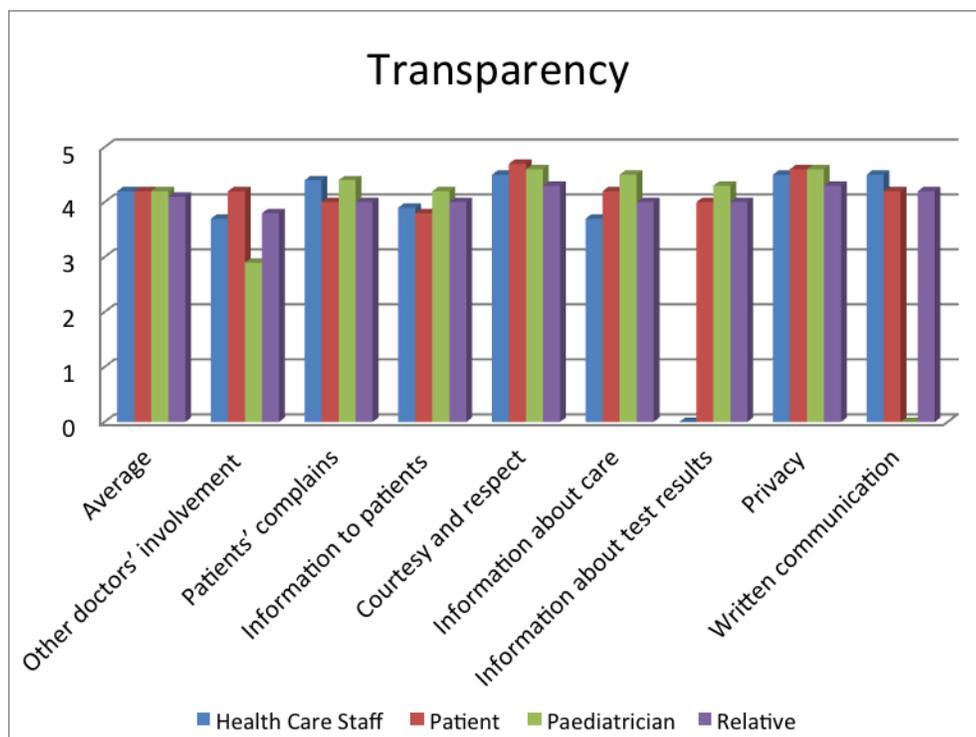


Fig.7 Risultati della Trasparenza per l'Ungheria

Bisogni formativi di trasparenza in Italia

Le valutazioni sulla Trasparenza in **Italia** segnalano una percezione di pazienti e familiari peggiore di quella del personale sanitario e dei pediatri. Ciò è legato alla responsabilità del progetto terapeutico assunta dall'équipe sanitaria, aspetto che non sempre può essere garantito per problemi organizzativi: il logopedista, lo psicologo e i pediatri che lavorano per i servizi territoriali non appartengono al Servizio di Neuropsichiatria infantile e alle Unità Pediatriche.

Il punteggio più basso per la trasparenza è 3 nella *comunicazione scritta*: questa percezione conferma il problema della gestione della continuità delle cure. La continuità dell'informazione deve essere garantita tra le diverse parti del sistema sanitario, i familiari e i bambini, i pediatri del territorio e altre istituzioni come scuole, servizi comunitari etc.

Gli item *informazioni ai pazienti* e *informazioni sulle cure* hanno ottenuto entrambi punteggi elevati nei questionari degli operatori sanitari e dei pediatri. Dal punto di vista organizzativo condividere informazioni con i genitori, i familiari e i bambini è un importante processo di cura. Il progetto di cura e la presa in carico dei casi sono punti specifici della missione interna dell'ASL TO3. La percezione dei familiari e dei pazienti è più bassa rispetto a quella delle altre due categorie a causa del tipo di informazione da loro considerata: desiderano infatti un'informazione utile ed efficace per gestire le attività quotidiane e lo stile di vita, e i medici devono essere consapevoli di tale aspettativa.

Trasparenza	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	4,1	3,3	4,1	3,3

Coinvolgimento di altri medici	3,9	3,1	3,7	3,3
Lamentele dei pazienti	3,9	3,1	4	3,2
Informazioni ai pazienti	4,1	3,5	4,2	3,3
Cortesia e rispetto	4,5	3,5	4,5	3,4
Informazioni sulle cure	4,5	3,5	4,3	3,2
Informazioni sugli esiti degli esami	3,4	3,1	4,3	3,1
Privacy	3,8	3,6	4,1	3,2
Comunicazione scritta	3,8	3	3,9	3,2

Tavola 8. Risultati della Trasparenza in Italia

La percezione dei pazienti e dei familiari rispetto all'ascolto delle *lamentele dei pazienti* è inferiore a quella del personale sanitario e dei pediatri, probabilmente perché le risposte ricevute sono differenti dall'informazione che si aspettano familiari e pazienti.

Quando si ha la responsabilità di un caso, è importante garantire cortesia e rispetto nei confronti dei familiari e dei bambini nonché dei colleghi (operatori sanitari e medici). La durata di un esame medico determina nei pazienti la percezione di *cortesia e rispetto*. Tale aspetto deve essere studiato al fine di individuare, a breve, il modo di migliorare le competenze dei medici e degli operatori sanitari che potrebbero aiutare a rispondere alle domande in modo adeguato.

Anche gli aspetti logistici dell'ambiente ospedaliero sono importanti per la trasparenza: la *privacy* è strettamente legata al tipo di stanza e ai luoghi nei quali i medici parlano delle cure e del trattamento, e gli edifici dell'ASL TO3 sono molto vecchi e sembra che i familiari lo abbiano rilevato, perciò occorrono lavori di ammodernamento dei locali.

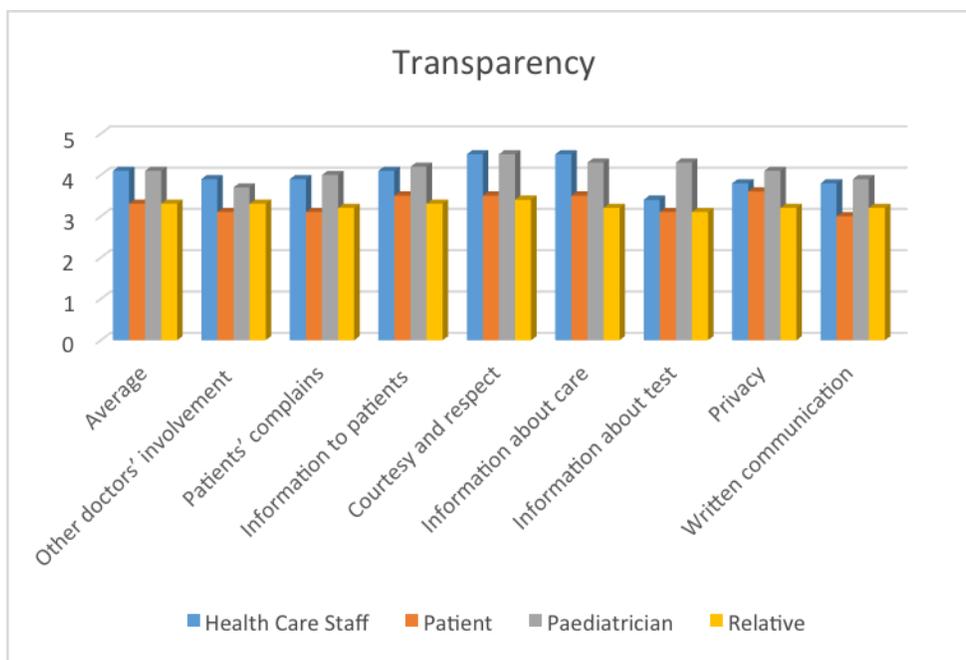


Fig.8 Risultati della Trasparenza per l'Italia

Bisogni formativi di trasparenza in Spagna

In Spagna la valutazione complessiva del processo informativo è positiva e quasi sempre superiore a 4,0. Questi buoni risultati corrispondono ai valori giuridici, etici e deontologici del consenso informato contemplati dal sistema sanitario spagnolo dall'inizio degli anni '90. La percezione dei clinici legata a tale item è sempre leggermente migliore rispetto a quella degli altri gruppi campione.

L'unico aspetto sorprendente è la condivisione di informazioni tra medici di specializzazioni diverse. La comunicazione tra professionisti diversi è un aspetto che richiede miglioramento, le competenze trasversali dei medici devono essere orientate a migliorare la comunicazione all'interno dell'équipe sanitaria.

Trasparenza	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	4,2	4,1	4,5	4,1
Coinvolgimento di altri medici	3,7	3,5	3,1	3,6
Lamentele dei pazienti	4,3	4,0	4,9	4,0
Informazioni ai pazienti	4,2	4,0	4,5	4,2
Cortesía e rispetto	4,6	4,5	4,8	4,5

Informazioni sulle cure	4,4	4,3	5,0	4,1
Informazioni sugli esiti degli esami	4,5	4,2	5,0	4,1
Privacy	4,1	4,3	4,5	4,3
Comunicazione scritta	4,2	4,1	4,5	3,9

Tavola 9. Risultati della Trasparenza per la Spagna

Tutti gli altri aspetti legati ai processi informativi segnalano un elevato livello di soddisfazione in tutti i gruppi campione, mentre un risultato inferiore si evidenzia nelle percezioni dei genitori rispetto alla comunicazione scritta. In questo senso tali dati evidenziano l'esigenza di un consenso informato maggiormente incentrato sulla persona; il miglioramento della soddisfazione per il consenso informato e l'incremento dell'informazione scritta sono considerati una fonte di soddisfazione per i familiari.

In conclusione questa dimensione ribadisce il primo risultato possibile per la comunicazione; infatti, nonostante le percezioni riguardanti la trasparenza siano molto positive, si rileva una differenza tra la valutazione dei medici e quella delle altre parti coinvolte nello scenario pediatrico. Si profila la necessità di ripensare il gruppo curante in Pediatria tramite un coinvolgimento di altre aree cliniche e di altri specialisti all'interno dell'équipe sanitaria che si estenda a tutto il personale sanitario e agli utenti.

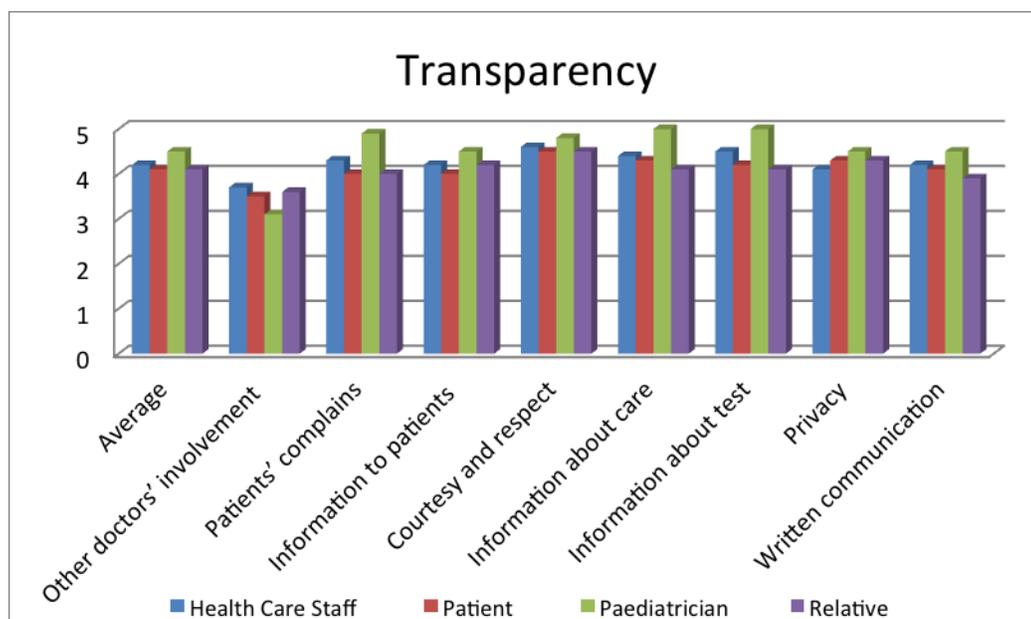


Fig.9 Risultati della Trasparenza per la Spagna

Esigenze di apprendimento della trasparenza in Germania

In Germania, pazienti, genitori e pediatri hanno dato un punteggio medio molto simile e molto elevato per la trasparenza (4.2-4.6). E' sorprendente che il punteggio degli operatori sanitari sia molto peggiore (3.6) e differisce in quasi tutti gli aspetti. Una spiegazione potrebbe essere che la maggior parte delle infermiere partecipanti all'indagine lavora in reparto mentre i pazienti sono stati intervistati per lo più in un tipo di setting ambulatoriale dove il team medico ha maggiore tempo per fornire informazioni a pazienti e genitori e incontri su casi interdisciplinari. Potrebbe anche esserci una mancanza di privacy in reparto per i pazienti che condividono la stanza con altri pazienti.

Trasparenza	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,6	4,5	4,2	4,6
Coinvolgimento di altri medici	3,7	4,4	4,2	4,2
Reclami dei pazienti	3,6	4,7	4,4	4,4
Informazione ai pazienti	3,3	4,5	4,4	4,9
Cortesie e rispetto	3,9	4,9	4,7	4,6
Informazioni sulla cura	3,9	4,5	4,4	4,8
Informazioni sui risultati dei test	3,5	4,6	4,2	4,5
Privacy	3,4	4,7	4,0	4,5
Comunicazione scritta	3,6	3,9	3,8	4,7

Tavola 10. Risultati della Trasparenza in Germania

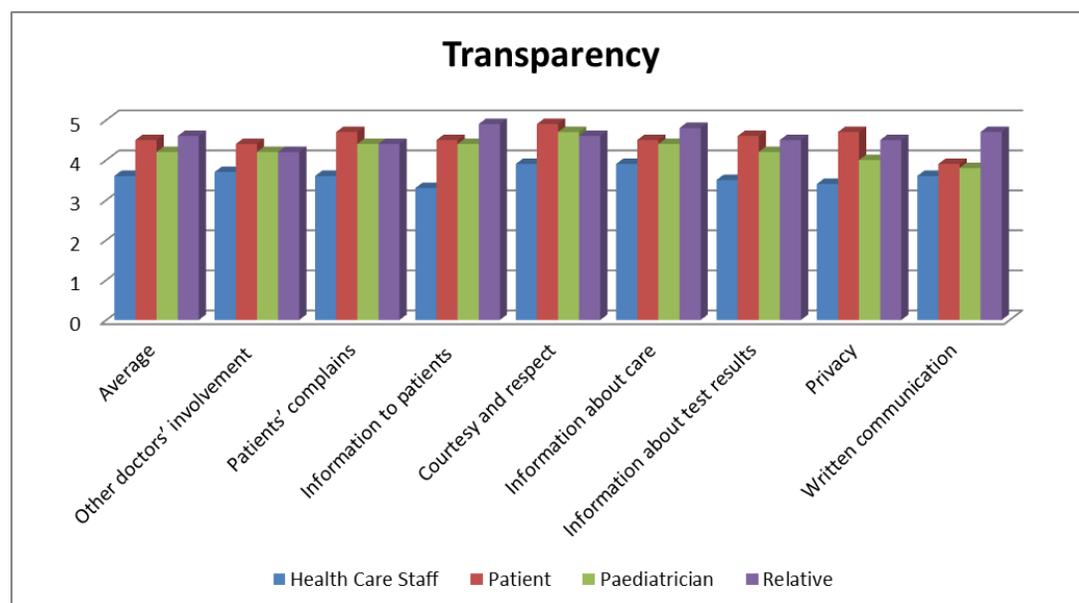


Fig. 10. Risultati della Trasparenza in Germania

3. AMBIENTE OSPEDALIERO (HE)

L'ambiente ospedaliero e le comodità dovrebbero aiutare i bambini ad avere un'esperienza ospedaliera positiva – l'estensione di casa –, smorzando le loro paure e accrescendo i sentimenti di sicurezza e benessere.

Un ambiente ospedaliero inadeguato può causare una bassa qualità del servizio medico nelle unità pediatriche, aspetto cruciale per il benessere dei bambini e delle loro famiglie in ospedale.

Alcuni studi inglesi^{5 6} hanno esplorato la prospettiva dei pazienti sull'ambiente ospedaliero e, utilizzando metodologie qualitative e quantitative hanno rilevato alcuni bisogni dei pazienti: spazio personale, atmosfera familiare accogliente, ambiente solidale, buon design, accesso alle aree esterne e fornitura di servizi per la ricreazione e il tempo libero. Le risposte suggeriscono che le attitudini e le percezioni dei pazienti rispetto all'ambiente dei servizi ospedalieri siano legate al fatto che l'ospedale fornisca o meno uno spazio accogliente e familiare ai pazienti loro e ai loro visitatori tale da promuovere salute e benessere. I pazienti percepiscono che ambienti sanitari sostenibili sono un sostegno per la salute e la riabilitazione. Migliorare l'aspetto esterno e la comodità dell'ospedale incrementerà sicuramente la percezione della qualità dei servizi sanitari.

Nella prossima sezione vengono presentati i risultati della ricerca sull'ambiente ospedaliero fra i pediatri, il personale sanitario, i pazienti ed i genitori dei pazienti in Romania, Ungheria, Italia, Spagna e Germania, dal punto di vista dell'aspetto esteriore e delle comodità dell'ospedale.

3.1. Aspetto dell'ospedale

Romania – L'aspetto dell'ospedale presenta alcuni problemi legati alla configurazione e ai servizi offerti, considerando il fatto che si tratta di una struttura pubblica. I pazienti hanno valutato l'aspetto dell'ospedale con un punteggio di 3,9, il personale sanitario 3,7, i genitori/familiari 3,6 e i medici hanno assegnato il punteggio più basso: 3,3, poiché le loro aspettative rispetto a questo item sono le più alte.

La valutazione media del personale sanitario per quanto riguarda l'ambiente ospedaliero è identica a quella dei bambini, ovvero 3,7, mentre il punteggio di pazienti/familiari è circa 3,6, cioè più elevato di quello dei medici ma più basso rispetto a quello dei loro bambini.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7

valutazione dei pediatri: 3,3

valutazione dei pazienti: 3,9

valutazione dei genitori/familiari: 3,6

Ungheria – La valutazione media dell'aspetto dell'ospedale da parte degli operatori sanitari è "molto soddisfacente", mentre i genitori, i pazienti e i medici sono "soddisfatti" dell'aspetto dell'ospedale. Nonostante non vi siano strumenti chirurgici necessari nell'ambulatorio delle cure primarie, i medici possono essere insoddisfatti per la scarsa illuminazione, la connessione internet lenta e l'arredamento logoro. Le attività delle cure primarie sono finanziate

5

Douglas CH, Douglas MR. Health Expect. Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators, 2005 Sep; 8(3):264-76.

6

Douglas CH, Douglas MR. Health Expect., Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective, 2004 Mar; 7(1):61-73

dai governi locali. Nella maggior parte dei casi, il denaro disponibile per le attività non è sufficiente per apportare i necessari ammodernamenti.

valutazione degli operatori sanitari: 3,9 valutazione dei pediatri: 3,2
valutazione dei pazienti: 3,0 valutazione dei genitori/familiari: 3,3

Italia – La valutazione media da parte del personale sanitario è 2,4, mentre quella dei pediatri è 2,7; entrambi più bassi dei punteggi attribuiti dai pazienti e dai genitori. Tali valutazioni mostrano che il personale sanitario e i medici ritengono necessario un miglioramento dell'aspetto dell'ospedale, probabilmente perché si sentono responsabili della permanenza dei bambini. Gli ospedali di Rivoli e Pinerolo sono situati in vecchi edifici e riflettono un precedente modello di organizzazione dell'assistenza sanitaria. Come organizzazione territoriale pubblica, i servizi pediatrici sono collocati in tutta l'area locale. Il problema principale è legato all'impatto del territorio che è molto vasto e le procedure di scambio delle informazioni sono difficili.

Come istituzione pubblica all'ASL TO3 i finanziamenti sono stanziati per la qualità dei servizi sanitari più che per le strutture; tuttavia il personale sanitario e medico sa che le strutture sono fondamentali per accrescere la qualità dei servizi medici.

valutazione degli operatori sanitari: 2,4 valutazione dei pediatri: 2,7
valutazione dei pazienti: 3,6 valutazione dei genitori/familiari: 3,6

Spagna – La valutazione media degli operatori sanitari è 3,3/5,0 e quella dei pediatri è 3,3/5,0. Le percezioni di entrambi i gruppi sono uguali e la valutazione media è molto bassa se confrontata agli altri item oggetto dell'indagine. Le percezioni di pazienti e familiari sono molto migliori di quelle dei professionisti dell'assistenza sanitaria.

valutazione degli operatori sanitari: 3,3 valutazione dei pediatri: 3,3
valutazione dei pazienti: 3,7 valutazione dei genitori/familiari: 3,6

Germania – In confronto agli altri item esplorati dall'indagine, la valutazione per l'aspetto dell'ospedale è bassa e c'è margine di miglioramento. L'ospedale universitario dei bambini di Monaco è localizzato nel centro della città di Monaco con un eccellente collegamento dei trasporti ma parti dell'edificio richiedono un rinnovamento.

valutazione degli operatori sanitari: 3,1 valutazione dei pediatri: 3,5
valutazione dei pazienti: 3,8 valutazione dei genitori/familiari: 3,9

3.2. Comodità dell'ospedale

Romania - Le comodità dell'ospedale possono includere una vasta gamma di servizi offerti, come wi-fi libero, lavanderia, carrelli con prodotti in vendita, giochi: Medbuddies (= un programma che accoppia un medico volontario o un allievo infermiere e un ricoverato), centri di attività (= aree in cui non si svolgono procedure sanitarie e dove feste, attività artistiche, attività manuali, musica, giochi sono abbinati ai bisogni di sviluppo del bambino), musica accessibile dal letto,⁷ etc.

È significativo che i pazienti abbiano valutato la comodità dell'ospedale assegnandovi un punteggio di 3,6, superiore a quello attribuito dai medici, la cui valutazione è la più bassa, cioè 3,2, e segnala l'insoddisfazione dei pediatri rispetto alle comodità dell'ospedale e il loro desiderio

7

⁷ <http://www.mottchildren.org/mott-patient-visitor-guide/art-cart>

di miglioramento. Il personale sanitario e i genitori/familiari hanno espresso una valutazione simile (3,6).

La valutazione media generale da parte dei bambini dell'ambiente ospedaliero è stata 3,8, il punteggio più basso tra tutti gli item della ricerca. Ciò si spiega con il tipo di ospedale, un'istituzione pubblica insufficientemente finanziata, dove si enfatizza la qualità dei servizi medici più che le comodità, che necessitano di un'ulteriore ottimizzazione futura.

La valutazione media generale dei medici rispetto all'ambiente ospedaliero è stata ulteriormente inferiore (3,3), poiché i pediatri sono insoddisfatti delle condizioni dei bambini in ospedale che devono essere migliorate, sentendosi loro responsabili della degenza dei bambini, aspetto che ritengono di dover compensare in qualche modo, attraverso attitudini, approcci e competenze personali.

valutazione degli operatori sanitari: 3,6 valutazione dei pediatri: 3,2
valutazione dei pazienti: 3,6 valutazione dei genitori/familiari: 3,6

Ungheria – Le infermiere e i pazienti hanno valutato la comodità dell'ospedale (posizione, parcheggio, orari, disposizione degli ambulatori) superiori alla media, affermando che di essere "molto soddisfatti". I medici e i pazienti sono "soddisfatti" ma la loro valutazione è ancora inferiore alla media. La scarsa valutazione può essere attribuita alla mancanza di parcheggi privati per i pediatri che lavorano negli ambulatori. È infatti particolarmente difficile trovare parcheggio nel 13° distretto, dove lavorano i professionisti sanitari intervistati.

valutazione degli operatori sanitari: 3,6 valutazione dei pediatri: 2,9
valutazione dei pazienti: 3,8 valutazione dei genitori/familiari: 3,4

Italia – La valutazione media del personale sanitario è 3,1, mentre quella dei pediatri è 2,9. Tali valutazioni sono inferiori ai punteggi assegnati dai pazienti e i loro genitori, proprio come nell'item *aspetto dell'ospedale*. In particolare la valutazione media dei pediatri è la più bassa. La percezione dei pazienti e dei familiari è diversa da quella delle altre due categorie perché forse non conoscono esattamente quali sono gli standard di qualità degli ambienti ospedalieri e dei servizi territoriali.

valutazione degli operatori sanitari: 3,1 valutazione dei pediatri: 2,9
valutazione dei pazienti: 3,4 valutazione dei genitori/familiari: 3,6

Spagna – Il risultato medio del personale sanitario è 3,1/5,0 e quello dei pediatri è 3,2/5,0. La differenza tra i gruppi non è significativa e la valutazione media è bassa se confrontata agli altri item. Pazienti e familiari esprimono una valutazione leggermente più positiva, sebbene la differenza non sia significativa rispetto alla percezione generale.

valutazione degli operatori sanitari: 3,1 valutazione dei pediatri: 3,2
valutazione dei pazienti: 3,4 valutazione dei genitori/familiari: 3,4

Germania – Come menzionato sopra, l'ospedale universitario è un edificio vecchio, e soprattutto le stanze dei pazienti richiedono un rinnovamento. Perciò non sorprende che la valutazione globale per quanto riguarda la comodità dell'ospedale sia bassa.

valutazione degli operatori sanitari: 2,7 valutazione dei pediatri: 2,6
valutazione dei pazienti: 2,5 valutazione dei genitori/familiari: 3,1

3.3. Conclusione – Bisogni formativi dell’ambiente ospedaliero per ciascun paese

Bisogni formativi dell’ambiente ospedaliero in Romania

Ambiente ospedaliero	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,7	3,8	3,3	3,6
Aspetto dell’ospedale	3,7	3,9	3,3	3,6
Comodità dell’ospedale	3,6	3,6	3,2	3,6

Tavola 11. Risultati dell’Ambiente ospedaliero per la Romania

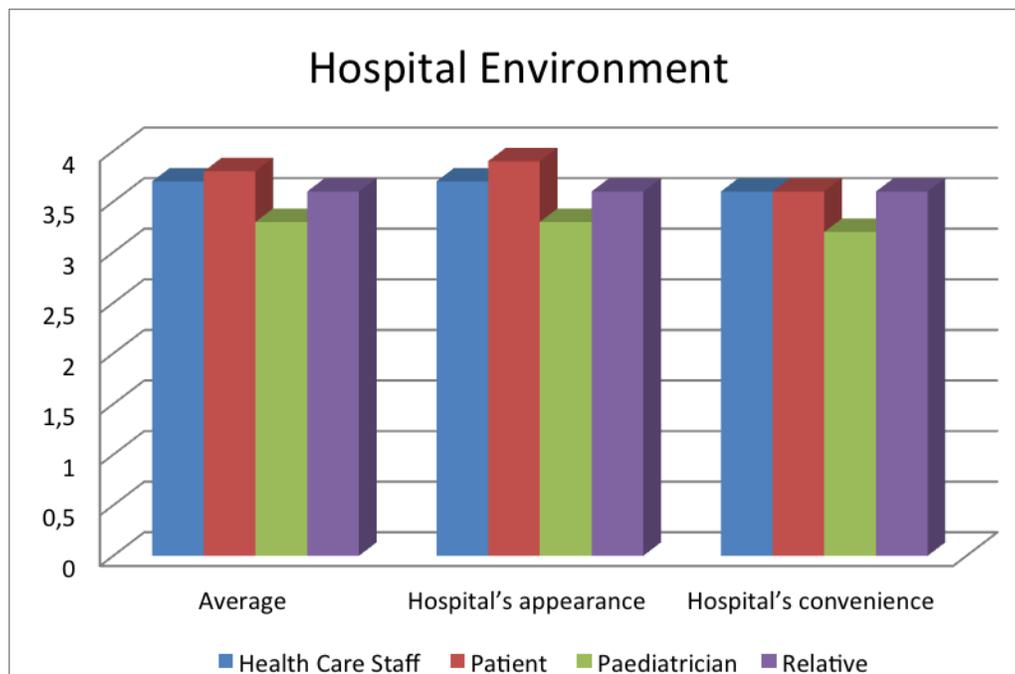


Fig.11. Risultati dell’Ambiente ospedaliero per la Romania

In Romania, i pediatri hanno le aspettative maggiori rispetto all’aspetto dell’ospedale e alle comodità che offrono ai pazienti e ritengono che andrebbero migliorati. Le comodità dell’ospedale in letteratura includono, tra l’altro, lavanderia gratuita, giochi, servizi di volontariato, wi-fi libero, zone per il gioco (musica, pittura, attività manuali per i bambini), ecc. Se alcuni aspetti, per quanto riguarda le comodità di un ospedale pubblico, non sono agevolmente modificabili, l’atteggiamento, le competenze e il coinvolgimento possono compensare la mancanza di alcuni servizi moderni.

Bisogni formativi dell'ambiente ospedaliero in Ungheria

Ambiente ospedaliero	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,8	3,4	3,0	3,4
Aspetto dell'ospedale	3,9	3,0	3,2	3,3
Comodità dell'ospedale	3,6	3,8	2,9	3,4

Tavola 12. Risultati dell'Ambiente ospedaliero per l'Ungheria

In **Ungheria** la categoria valutata con il punteggio più basso è stata l'ambiente ospedaliero. In complesso i pediatri sono stati il gruppo meno soddisfatto dell'aspetto e le comodità dell'ospedale. Molti pazienti hanno espresso il loro disappunto per l'aspetto dell'ospedale, mentre i pediatri avevano le aspettative più alte rispetto alle comodità dell'ospedale.

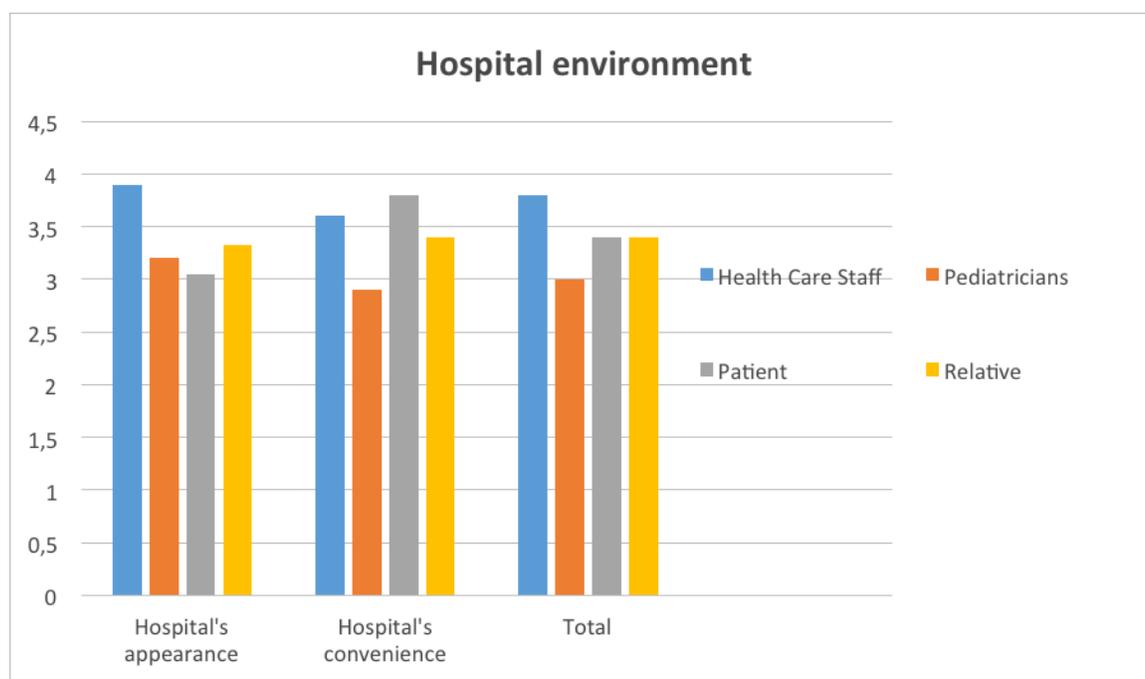


Fig. 12 Risultati dell'ambiente ospedaliero per l'Ungheria

L'ambiente ospedaliero è un'area dove sono state evidenziate considerevoli necessità non soddisfatte in tutte le regioni dell'Ungheria. I medici sono i più insoddisfatti rispetto alla comodità dell'ospedale o, nel caso specifico, degli ambulatori pediatrici. Uno dei maggiori problemi nel 13° distretto è il parcheggio. Parcheggiare vicino a molti ambulatori e ospedali è realmente un ostacolo per poter ricevere delle cure. Si tratta di una delle preoccupazioni più comuni degli utenti riguardo agli ospedali anche in altri paesi.

Bisogni formativi dell'ambiente ospedaliero in Italia

I bisogni **Italiani** per quanto riguarda l'ambiente ospedaliero sono legati alla grande estensione del territorio e alla difficoltà di garantire un'adeguata informazione riguardo alle procedure di scambio. Sia gli operatori sanitari che i pazienti desiderano un'ottimizzazione dell'aspetto dell'ospedale.

Il punteggio medio più basso è quello degli operatori sanitari che desidererebbero un ambiente ospedaliero migliore così da poter lavorare in modo adeguato.

Ambiente ospedaliero	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	2,6	3,0	3,3	3,6
Aspetto dell'ospedale	2,7	2,9	3,3	3,6
Comodità dell'ospedale	2,4	3,1	3,2	3,6

Tavola 13. Risultati dell'Ambiente ospedaliero per l'Italia

La percezione degli operatori sanitari e dei pediatri riguardo alla *comodità dell'ospedale* è diversa poiché, come professionisti in ambito sanitario, conoscono esattamente gli standard di qualità dell'ambiente in ospedale e nei servizi territoriali.

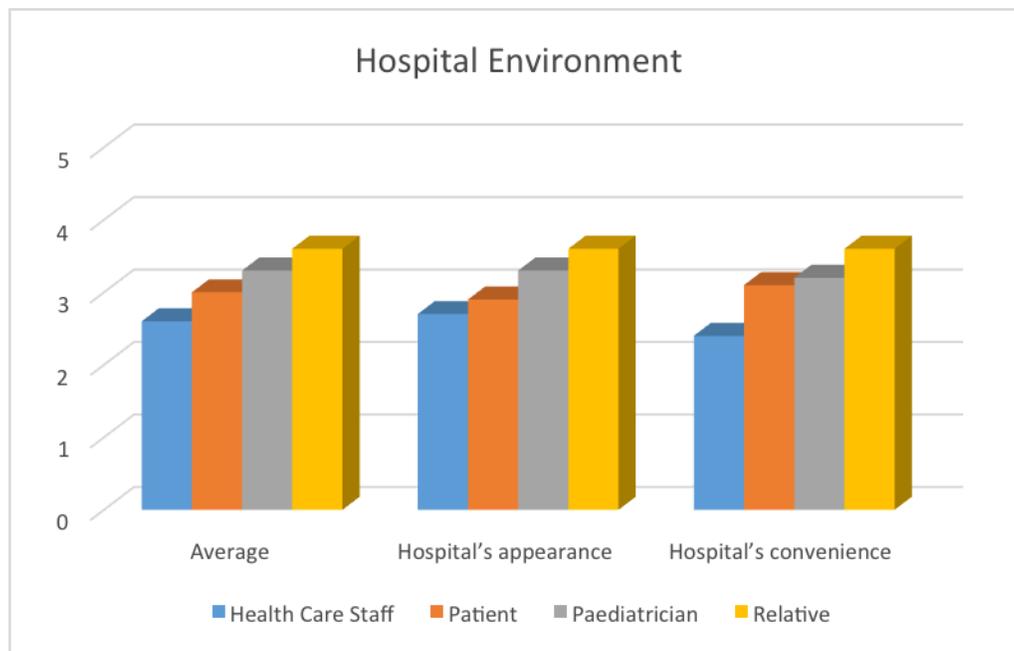


Fig.13 Risultati dell'Ambiente ospedaliero per l'Italia

Bisogni formativi dell'ambiente ospedaliero in Spagna

I servizi non sono l'aspetto migliore della nostra indagine. La critica legata alle infrastrutture e all'organizzazione del sistema sanitario in Pediatria è condivisa da tutti i gruppi intervistati ed è

una delle valutazioni peggiori dell'intera ricerca. Un approccio speciale per la Pediatria è richiesto da tutte le parti coinvolte nello scenario dell'assistenza sanitaria.

Ambiente ospedaliero	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,2	3,6	3,3	3,5
Aspetto dell'ospedale	3,3	3,7	3,3	3,6
Comodità dell'ospedale	3,1	3,4	3,2	3,4

Tavola 14. Risultati dell'Ambiente ospedaliero per la Spagna

Gli utenti, rispetto ai curanti, esprimono maggiore soddisfazione per l'aspetto dell'ospedale. Questi dati mostrano che sono stati compiuti degli sforzi in Spagna per migliorare l'ambiente per i pazienti, sebbene occorra fare ancora molto, specialmente dal punto di vista dei professionisti sanitari. La percezione legata alla comodità dei servizi è leggermente peggiore di quella legata all'aspetto esteriore dei servizi.

In conclusione l'organizzazione dello spazio può essere un ulteriore elemento da migliorare con la creazione di aree adeguate che rispondano ai bisogni di pazienti e familiari, per cui anche i risultati terapeutici probabilmente miglioreranno. Tracciare i bisogni dei pazienti e personalizzare le risposte in termini di spazio e tempo è un'ulteriore competenza richiesta al personale sanitario che opera in Pediatria.

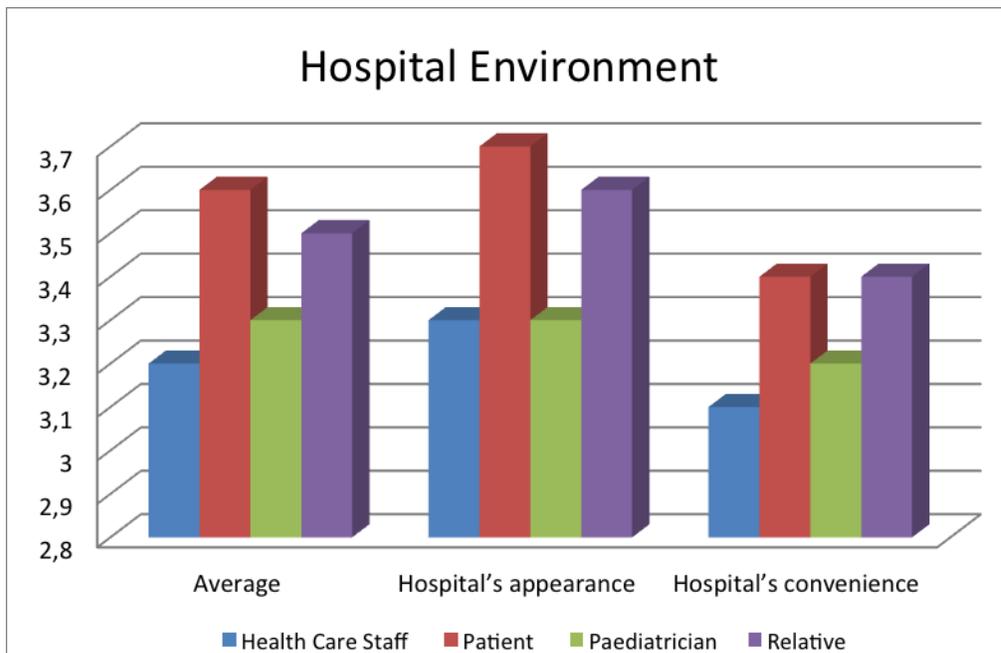


Fig.14 Risultati dell'Ambiente ospedaliero per la Spagna

Necessità di apprendimento riguardo l'Ambiente ospedaliero in Germania

L'aspetto e la comodità dell'ospedale possono essere ottimizzate. Questo risultato non sorprende – l'ospedale venne fondato nel 1846 e alcune parti dell'edificio iniziale sono ancora in uso. Specialmente le stanze dei pazienti richiedono un rinnovamento e non sono conformi alle aspettative di genitori e pazienti.

Ambiente ospedaliero	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	2,9	3,2	3,1	3,5
Aspetto dell'ospedale	3,1	3,8	3,5	3,9
Comodità dell'ospedale	2,7	2,5	2,6	3,1

Tavola 15 Risultati dell'Ambiente ospedaliero in Germania

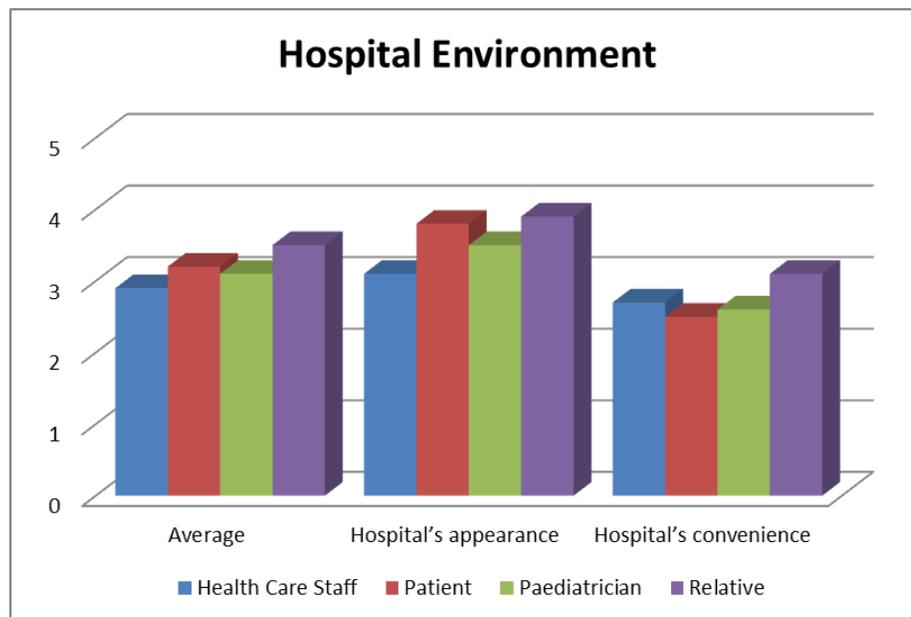


Fig. 15. Risultati dell'Ambiente ospedaliero in Germania

2.4 QUESTIONI INTERCULTURALI (II)

Le unità pediatriche, come altre istituzioni, sono luoghi in cui i pazienti con diversi background culturali interagiscono tra loro. La consapevolezza delle diversità culturali, la sensibilità rispetto alla comunicazione interculturale e la necessità di superare le barriere comunicative interculturali sono essenziali nell'assistenza sanitaria pediatrica. I processi decisionali in Pediatria sono complessi e dovrebbero prendere in considerazione diversi aspetti dell'assistenza non strettamente legati ai fatti clinici.

Tenere conto delle evidenze cliniche e delle condizioni del paziente sono aspetti fondamentali della cura, ma al tempo stesso, assegnare un ruolo preciso al contesto culturale e al sistema di valori ad esso correlato è estremamente importante per evitare conflitti tra pazienti e

servizi. Religione, cultura e condizioni socio-economiche possono rappresentare un ostacolo per comprendere e condividere la strategia terapeutica e prendere decisioni significative.

L'individuazione dei valori culturali e la gestione dei conflitti conseguenti alla diversità culturale è uno degli aspetti più significativi della comunicazione in Pediatria, in particolare per la vulnerabilità dei pazienti e dei familiari che affrontano situazioni di malattia. Uno dei rischi del Sistema Sanitario occidentale è l'applicazione di uno standard unico in materia di aspetti giuridici, etici e deontologici caratterizzanti il quadro normativo che regola il rapporto medico-paziente. Le società democratiche e pluralistiche sono costituite da una pluralità di sistemi valoriali, in cui le differenze hanno grande impatto nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Per questa ragione, sviluppare competenze trasversali adeguate alle sfide delle società moderne e multietniche è una preoccupazione molto importante.

3.4. Comportamenti nei confronti dei pazienti (trattamento)

Romania – La valutazione media rumena sulle questioni culturali è estremamente positiva, tutti i gruppi infatti condividono una percezione positiva su questo tema e un aspetto interessante è la mancanza di differenze tra curanti e utenti. Tutti i punteggi sono molto vicini al massimo.

valutazione degli operatori sanitari: 4,9 valutazione dei pediatri: 5,0
valutazione dei pazienti: 4,9 valutazione genitori/familiari: 4,9

Ungheria – La media ungherese collegata a questo item evidenzia una differenza consistente tra utenti e curanti, in particolare tra i medici. Questo aspetto segnala un evidente disagio tra i pediatri nell'assumersi la responsabilità del trattamento senza una comunicazione soddisfacente con il paziente a causa delle differenze interculturali. Gli utenti mostrano maggiore soddisfazione rispetto a questo aspetto, anche se la loro percezione non è del tutto soddisfacente.

valutazione degli operatori sanitari: 3,6 valutazione dei pediatri: 2,7
valutazione dei pazienti: 4,2 valutazione genitori / familiari: 4,2

Italia – La media dei risultati del personale sanitario è 2,7/5,0 mentre quella dei pediatri è 1,9. La missione di servizio è prendersi cura dei bambini, dei loro genitori e familiari e di gestire e salvaguardare la salute dei bambini. Gli operatori sanitari e i pediatri sono coinvolti nel processo di cura, ma vorrebbero "fare tutto". Il loro numero però è molto ridotto a causa delle ripercussioni della crisi economica in Italia: non ci sono più state assunzioni da parte della direzione dell'ASL TO3 a causa del "Piano di Rientro" del Ministero della Salute.

valutazione degli operatori sanitari: 2,7 valutazione dei pediatri: 1,9
valutazione dei pazienti: 3,9 valutazione genitori / familiari: 3,4

Spagna – La media dei risultati del personale sanitario è 3,5/5,0, mentre quella dei pediatri è 5,0/5,0. La differenza tra i gruppi è consistente. I medici hanno una percezione migliore del loro comportamento nei confronti dei pazienti, mostrando un atteggiamento del tutto positivo. Gli operatori sanitari non condividono questa percezione. Rispetto al trattamento, la percezione dei pazienti e quella dei familiari sono diverse da quella degli operatori sanitari ma la differenza non è significativa; è interessante osservare il frequente accordo tra personale sanitario e familiari.

valutazione degli operatori sanitari: 3,5 valutazione dei pediatri: 5,0
valutazione dei pazienti: 4,0 valutazione genitori / familiari: 3,9

Germania – In Germania tutti i gruppi condividono una percezione positiva di questo item. I pediatri pensano di agire in maniera perfettamente professionale nei confronti dei pazienti (5.0).

Valutazione degli operatori sanitari: 4.5 valutazione dei pediatri: 4.6
Valutazione dei pazienti: 4.9 valutazione di genitori/familiari: 4.8

3.5. Comportamento nei confronti dei pazienti (azione)

Romania – Il valore registrato da questo item ci fornisce una conferma del risultato precedente: la percezione comune sul ruolo delle questioni culturali rispetto al trattamento è, infatti, un fattore che ha ottenuto un punteggio molto elevato, se pur leggermente diverso rispetto al precedente. Questa differenza, però, non è significativa rispetto alla valutazione complessiva dei dati rumeni.

valutazione degli operatori sanitari: 4,8 valutazione dei pediatri: 4,8
valutazione dei pazienti: 4,9 valutazione genitori / familiari: 4,8

Ungheria – La valutazione generale delle strategie focalizzate sulla gestione delle questioni interculturali è positiva: il processo decisionale relativo all'approccio terapeutico evidenzia un maggior coinvolgimento degli operatori sanitari nel considerare rilevanti tanto il background culturale quanto i desideri dei pazienti. Tra i medici, i pazienti e i familiari i dati sono omogenei, mentre una differenza significativa – quasi un punto di differenza – caratterizza la percezione del personale sanitario.

valutazione degli operatori sanitari: 3,8 valutazione dei pediatri: 4,6
valutazione dei pazienti: 4,5 valutazione genitori / familiari: 4,4

Italia – La media dei risultati degli operatori sanitari è 3,7/5,0 mentre quella dei pediatri è 3,6. La percezione dei pazienti e familiari è inferiore a quella delle altre due categorie ed è riconducibile alla durata delle visite mediche e al tempo limitato dedicato alla trasmissione delle informazioni: alcuni minuti non sono sufficienti per rispondere alle domande di genitori e pazienti.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7 valutazione dei pediatri: 3,6
valutazione dei pazienti: 3,1 valutazione genitori / familiari: 2,9

Spagna – La media dei risultati del personale sanitario è 4,1/5,0, mentre quella dei pediatri è 4,8/5,0. La percezione di entrambi i gruppi è simile e molto positiva, con i pediatri che hanno maggiore consapevolezza del loro rapporto positivo con i pazienti. La percezione dei pazienti e familiari è consistentemente diversa tra utenti e curanti, forse gli operatori sanitari non sono consapevoli del ruolo assunto dalla cultura e delle tradizioni nella comunicazione. Questo aspetto è veramente importante per elaborare nuovi strumenti e cogliere la mancanza di soddisfazione rispetto alle questioni culturali.

valutazione degli operatori sanitari: 4,1 valutazione dei pediatri: 4,8
valutazione dei pazienti: 1,8 valutazione genitori / familiari: 1,9

Germania – Il risultato medio degli operatori sanitari è 4.3 mentre quello dei pediatri è 4.9. La percezione dei pazienti e dei genitori è simile.

valutazione degli operatori sanitari: 4.3 valutazione dei pediatri: 4.9
 valutazione die pazienti: 4.8 valutazione di genitori/familiari: 4.7

3.6. Conclusione – Bisogni dei paesi intervistati nella ricerca

Bisogni formativi sulle questioni interculturali in Romania

Questioni interculturali	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	4,9	4,9	4,9	4,8
Comportamento verso i pazienti (azione)	4,9	4,9	5,0	4,7
Comportamento verso i pazienti (trattamento)	4,8	4,9	4,8	4,9

Tavola 16. Risultati delle Questioni interculturali per la Romania

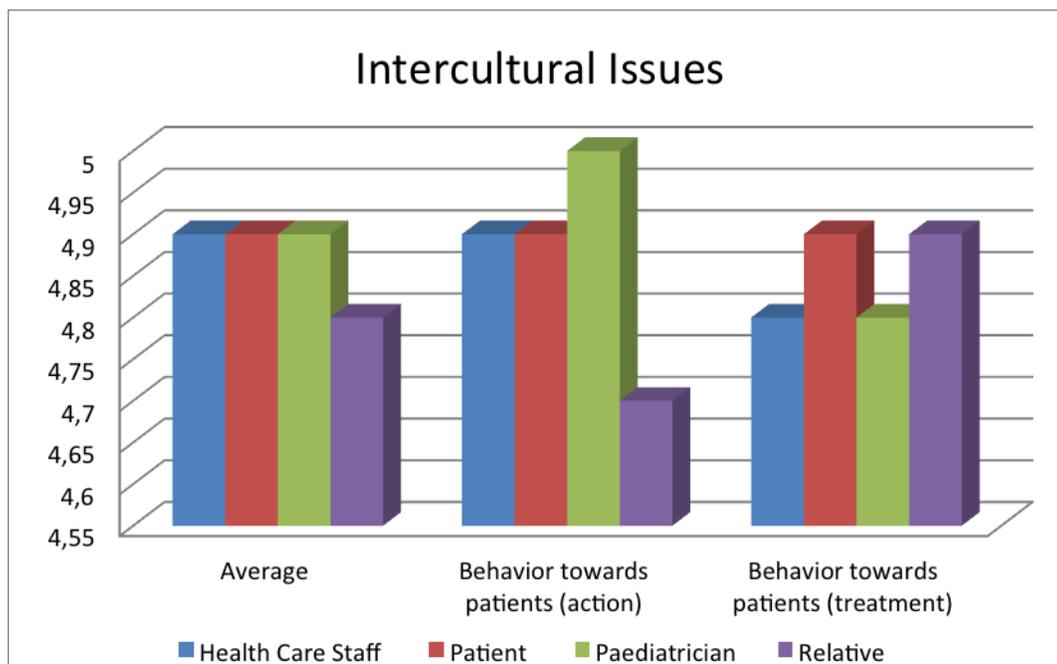


Fig. 16 Risultati delle Questioni interculturali per la Romania

In **Romania**, i gruppi intervistati, per esempio i medici e il personale sanitario, devono essenzialmente soddisfare i bisogni sanitari dei pazienti rumeni, che comporta da parte loro una comprensione dei pazienti dal punto di vista degli stili di comunicazione, pratiche sanitarie, aspettative rispetto al sistema sanitario, coinvolgimento delle famiglie nelle cure e atteggiamenti verso il dolore e il genere opposto.

In Romania le questioni interculturali non sembrano rappresentare un problema, perciò i risultati possono essere attribuiti alla buona formazione degli operatori sanitari o alla bassa

percentuale di pazienti con tradizioni culturali diverse nei servizi sanitari rumeni. L'uniformità del background culturale è un elemento di facilitazione per una buona comunicazione e processi decisionali armonizzati.

Tuttavia, con riferimento al comportamento nei confronti del paziente (azione), i genitori percepiscono una certa barriera, che può essere smorzata attraverso strategie di comunicazione interculturale. Analogamente, in termini di cure, i pediatri e gli operatori sanitari ritengono che questo aspetto potrebbe essere migliorato attraverso una maggiore comprensione e accettazione di comportamenti e credenze "differenti", o linguaggi diversi (complessità/gergo tecnico) suscettibili di fraintendimenti.

Pertanto, si potrebbe progettare un corso di sensibilizzazione sulla comunicazione interculturale che includa diversi stili comunicativi, pratiche sanitarie e aspettative determinate dalla cultura nei confronti del sistema sanitario, del coinvolgimento della famiglia nelle cure, degli atteggiamenti verso il dolore e del genere opposto.

Bisogni formativi sulle questioni interculturali in Ungheria

Questioni interculturali	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,1	4,4	4,0	4,3
Comportamento verso i pazienti (azione)	2,4	4,5	3,3	4,4
Comportamento verso i pazienti (trattamento)	3,8	4,2	4,6	4,2

Tavola 17. Risultati delle Questioni interculturali per l'Ungheria

I medici e gli operatori sanitari ungheresi hanno una buona comunicazione sia con i pazienti ungheresi che con quelli rumeni. Analogamente alla Romania, data la lunga esperienza nel trattare pazienti di altre culture, in Ungheria sono rare le incomprensioni e le situazioni conflittuali.

Il punteggio medio più basso nella comunicazione interculturale è stato assegnato dal personale sanitario, mentre pazienti e familiari sembrano essere i più soddisfatti di questo aspetto. I pediatri e gli operatori sanitari hanno valutato il loro comportamento (azione) con punteggi significativamente inferiori a quelli attribuiti da pazienti e familiari.

Un possibile motivo della sensazione diffusa tra medici e operatori sanitari di agire in modo più impersonale e aziendale verso i pazienti è il possibile desiderio di chiarire i ruoli nella comunicazione professionale paziente-curanti per mantenere migliore aderenza alla terapia e allo stile di vita. Un'aderenza subottimale alla terapia farmacologica e alle modifiche dello stile di vita può contribuire allo sviluppo di complicanze a lungo termine. Se l'adesione del paziente alla dieta, all'attività fisica, all'automonitoraggio e in particolare all'acquisto e all'assunzione dei farmaci non raggiunge i livelli attesi, i medici che auspicano maggiore compliance potrebbero avere la sensazione di mantenere maggiore controllo quando agiscono con modalità di tipo aziendale ma amichevole verso i pazienti e i loro familiari.

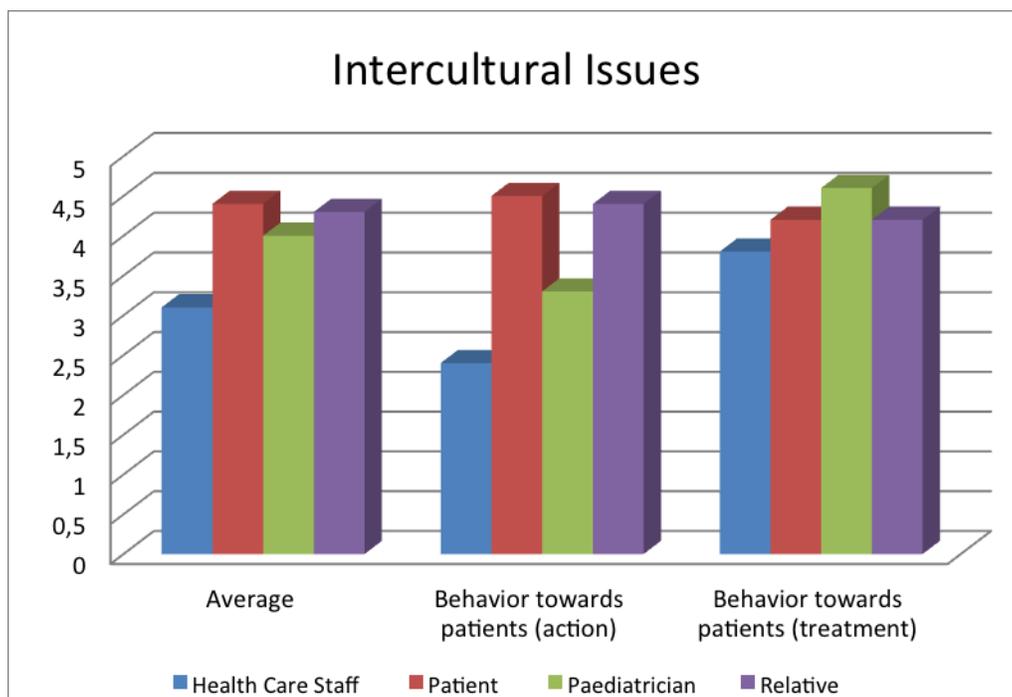


Fig. 17 Risultati delle Questioni interculturali per l'Ungheria

Bisogni formativi sulle Questioni interculturali in Italia

In **Italia**, il punteggio massimo medio sulle questioni interculturali è stato assegnato dai pediatri (4,9), mentre quello minimo è stato attribuito dai pazienti ai *comportamenti nei confronti dei pazienti (azione)*. La durata della visita medica e il tipo di informazioni fornite sono gli aspetti che influenzano la percezione del paziente e dei suoi familiari rispetto alle questioni interculturali: per esempio, alcuni minuti non sono sufficienti per rispondere alle domande di genitori e pazienti.

Questioni interculturali	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,2	2,8	4,9	3,2
Comportamento verso i pazienti (azione)	2,7	1,9	5,0	2,9
Comportamento verso i pazienti (trattamento)	3,7	3,6	4,8	3,4

Tavola 18. Risultati delle Questioni interculturali per l'Italia

Il numero degli operatori sanitari e pediatri sta via via diminuendo e ciò si ripercuote anche sulla percezione dei pazienti, dei familiari e dei curanti rispetto ai *comportamenti nei confronti del*

paziente (azione). La percezione dei pediatri rispetto allo stesso item è decisamente migliore: ciò significa che le competenze professionali contribuiscono attivamente alle buone pratiche e alle questioni interculturali.

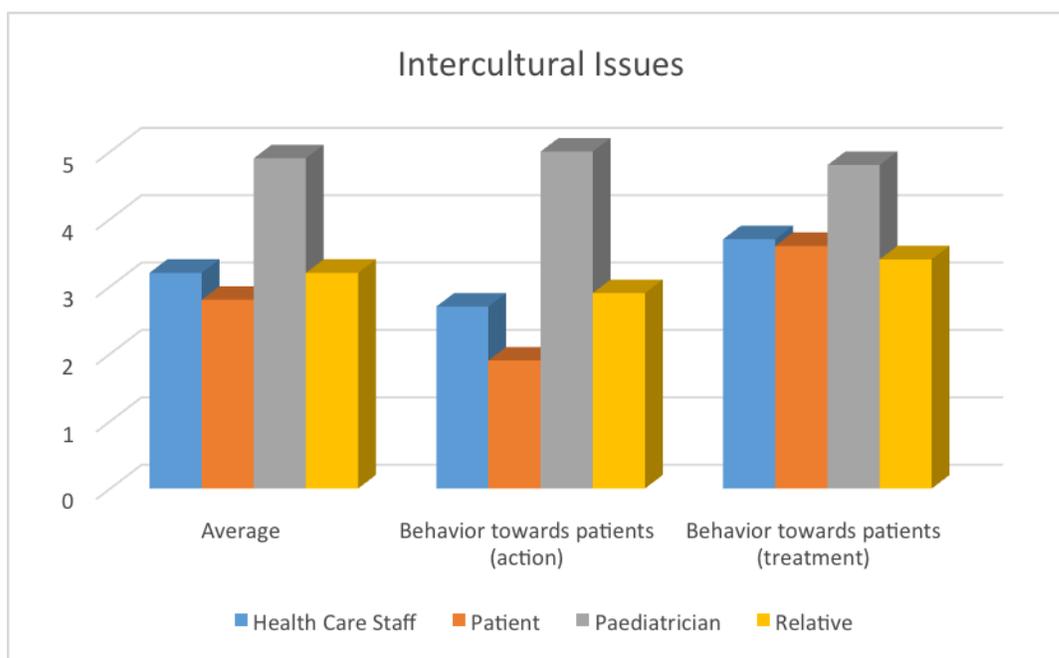


Fig. 18 Risultati delle Questioni interculturali per l'Italia

Bisogni formativi sulle questioni interculturali in Spagna

Spesso le differenze del contesto culturale sono all'origine dei problemi di comunicazione e delle questioni etiche tra utenti ed erogatori dell'assistenza sanitaria. Le differenze dei valori sono essenziali per comprendere il punteggio assegnato a queste dimensioni della ricerca. Le strategie comportamentali collegate ai trattamenti dei pazienti sono considerate molto positivamente e, in realtà, questi dati trovano conferma nei risultati positivi riguardo a trasparenza e processi di informazione, qualità di vita e altri aspetti collegati alla qualità del rapporto medico-paziente.

Una grande differenza è suffragata dai dati relativi alle azioni e al modo di comunicare con il paziente che ha una cultura e dei valori diversi. La mancata soddisfazione degli utenti è palesemente dimostrata dalla valutazione assegnata a questo item, una delle peggiori della ricerca: 1,8 da parte dei pazienti e 1,9 da parte dei genitori. Tra gli erogatori di assistenza le percezioni sono diverse anche se non così diversificate: gli operatori sanitari infatti sembrano essere consapevoli della carenza di questo aspetto e della necessità di migliorare le competenze dei professionisti e la loro attitudine nella gestione delle questioni interculturali e nell'integrazione dei diversi sistemi valoriali nei processi decisionali.

Questioni interculturali	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,8	2,9	4,9	2,9

Comportamento verso i pazienti (azione)	3,5	1,8	5,0	1,9
Comportamento verso i pazienti (trattamento)	4,1	4,0	4,8	3,9

Tavola 19. Risultati delle Questioni interculturali per la Spagna

In conclusione, le questioni interculturali sono un'esigenza urgente da affrontare nei servizi sanitari pediatrici in Spagna, poiché la percezione degli utenti è radicalmente diversa da quella dei medici. Tale asimmetria può essere risolta integrando il ruolo delle infermiere nella comunicazione con pazienti e familiari. Sono necessarie soft skills concentrate sul *team building* e la condivisione della conoscenza per affrontare le questioni interculturali in Pediatria. La condivisione delle informazioni tra operatori sanitari, familiari e pazienti è una necessità al fine di sviluppare l'atteggiamento giusto per fronteggiare le questioni interculturali.

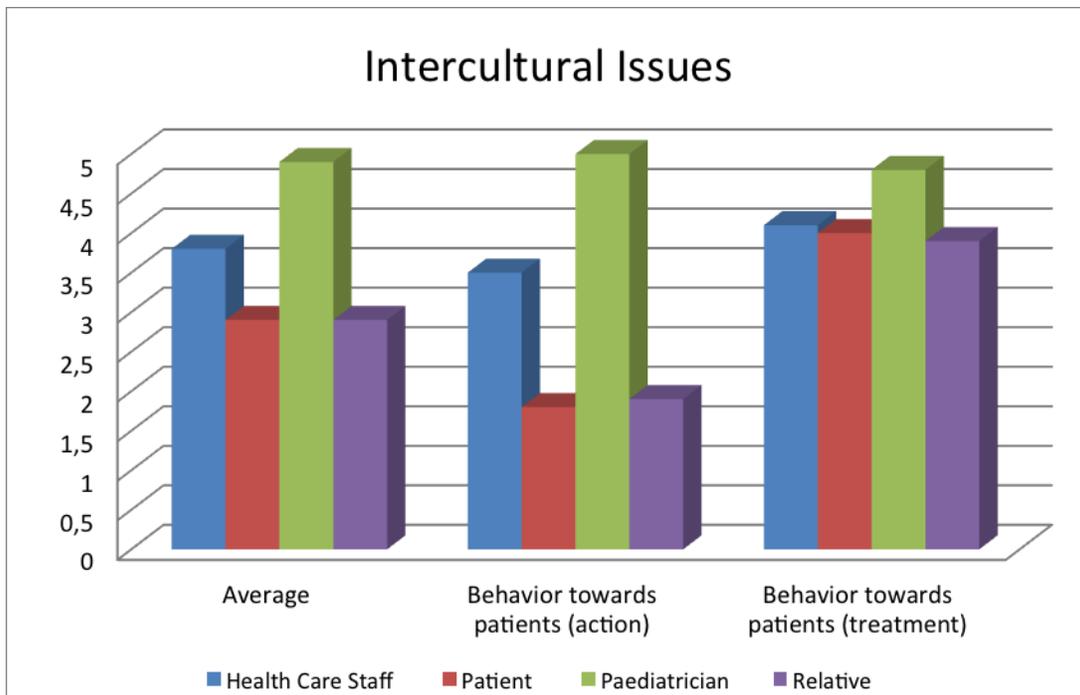


Fig. 19 Risultati delle Questioni interculturali per la Spagna

Esigenze di apprendimento nelle Questioni interculturali in Germania

In Germania, i risultati di tutti i gruppi partecipanti all'indagine appaiono generalmente buoni. Questo riflette un ambiente amichevole e rispettoso in tutte le parti dell'ospedale.

Questioni interculturali	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
--------------------------	--------------------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------

Media	4,4	4,8	4,8	4,8
Comportamento verso i pazienti (azioni)	4,3	4,8	4,5	4,7
Comportamento verso i pazienti (trattamento)	4,5	4,9	4,6	4,8

Tavola 20: Questioni interculturali – risultati in Germania

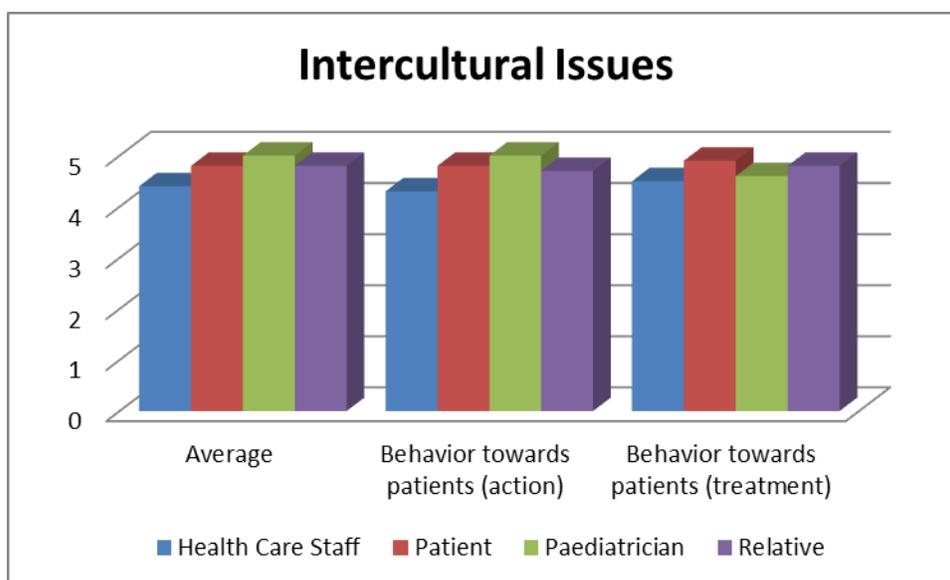


Fig. 20 Questioni interculturali – risultati in Germania

2.4.4. Questioni interculturali – Conclusioni generali

I dati raccolti nella ricerca evidenziano sintonia tra le percezioni dell'Europa meridionale e quelle dell'Europa orientale nell'affrontare le questioni culturali in Pediatria. Le differenze possono essere spiegate da diverse prospettive: l'organizzazione dei servizi sanitari, la diversità del contesto culturale della popolazione dei pazienti, i corsi di formazione proposti agli operatori sanitari e la legislazione che regola i processi di informazione nei servizi di assistenza sanitaria.

In tutte le circostanze i dati evidenziano la profonda necessità di nuove competenze per migliorare la comunicazione con i pazienti con un background culturale diverso, specialmente in quei paesi in cui la società multietnica è una realtà strutturata da un quadro politico e giuridico come i paesi dell'UE, dove al personale curante sono affidate responsabilità specifiche nei confronti dei pazienti e dei familiari. Le strategie per migliorare la gestione delle questioni interculturali sono differenti a seconda dei paesi o della diversità del sistema sanitario, ma in tutti i paesi oggetto dell'indagine si è riscontrata, nel personale sanitario e nei medici, una tendenza comune rispetto alla comunicazione.

Le competenze trasversali per i pediatri devono migliorare il lavoro di équipe e la comunicazione tra clinici e professionisti non clinici e, da questa prospettiva, si evidenzia un chiaro interesse per il coinvolgimento degli operatori sanitari nel rapporto medico-paziente, non in merito alle responsabilità, ma rispetto alla condivisione delle conoscenze per migliorare le

risposte ai bisogni dei pazienti. Tale processo comunicativo tra i curanti dovrebbe tenere conto dei familiari, che rappresentano un alleato per gli operatori sanitari.

I dati mostrano che in termini di azione e trattamento, la gestione delle questioni culturali passa attraverso il piano di valutazione familiare dell'assistenza. Questo aspetto non è solo collegato alla formazione dei professionisti sanitari, perché la cultura richiede strumenti giuridici, valori etici e nuove attitudini professionali, ma naturalmente la formazione professionale è il punto di partenza per sensibilizzare le organizzazioni professionali e condividere una cultura del rispetto delle differenze culturali e la pluralità dei codici deontologici.

4. GESTIONE DEL TEMPO (TM)

La gestione del tempo è uno degli aspetti rilevanti, se non il più rilevante, negli ambulatori delle cure primarie e nei reparti pediatrici. I motivi più diffusi legati agli appuntamenti che subiscono ritardi nei servizi pediatrici sono: visite inaspettatamente lunghe che richiedono più tempo del previsto (quando i pazienti si rivolgono al medico con un elenco di lamentele), problemi di programmazione (tempo insufficiente assegnato alle visite, numero eccessivo di prenotazioni ecc.), difficoltà nell'uso di nuove tecnologie, cartelle cliniche elettroniche ed emergenze. Tutti questi fattori possono contribuire alla perdita di controllo sulla gestione del tempo negli ambulatori pediatrici.

Ultimamente i pediatri sono sollecitati a seguire le linee guida, fornire un numero crescente di servizi di prevenzione e assistenza centrata sulle cure del paziente, mentre il numero di pediatri in attività continua a diminuire in molti paesi. Di conseguenza, molti medici e pazienti esprimono insoddisfazione per la durata delle consultazioni.

Il miglioramento delle competenze in materia di gestione del tempo e lo sviluppo di strategie di gestione ottimale del tempo contribuiscono a migliorare i servizi sanitari. Una rassegna sistematica⁸ non ha rilevato un'associazione diretta tra durata media degli appuntamenti e livello di stress percepito dai medici, ma ha evidenziato che le visite mediche più lunghe del previsto sono associate a maggiore attenzione per i problemi psicosociali, percentuali inferiori di prescrizioni mediche, tassi di invio inferiori, percentuali inferiori di ulteriori consultazioni e migliori indicatori di soddisfazione dei pazienti.

Nella prossima sezione si presentano i risultati di un'indagine che misura la gestione del tempo tra pediatri, operatori sanitari, pazienti e genitori dei pazienti in Romania, Ungheria, Italia, Spagna e Germania, in termini di tempo dedicato al paziente, facilità nel contattare il medico quando lo studio è chiuso, liste di attesa, tempi di risposta a problemi urgenti e tempi di attesa nell'ambulatorio pediatrico.

4.1. Tempo trascorso con il paziente

In **Romania**, la quantità di tempo trascorso con il paziente è stata valutata con un punteggio di 4,4 dai pazienti pediatrici, mentre il personale sanitario, i medici e i genitori/familiari hanno assegnato un punteggio superiore, ma non ancora ideale.

valutazione degli operatori sanitari: 4,5

valutazione dei pediatri: 4,6

8

Wilson A., Childs S. (2002) The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Brit J Gen Pract.* 2002; 52: 1012-1020. Recuperata da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314474/pdf/12528590.pdf>

valutazione dei pazienti: 4,4

valutazione dei genitori/familiari: 4,6

In **Ungheria**, un pediatra è tenuto a trascorrere almeno 15 ore settimanali in ambulatorio. Questo significa 3 ore al giorno, di cui 1 ora è da dedicare alla consulenza sanitaria e alle vaccinazioni. Nel tempo rimanente il pediatra deve essere disponibile per i pazienti.

I bambini e gli operatori sanitari ritengono che per lo più i medici trascorrono abbastanza tempo con i pazienti, mentre i medici e i genitori ritengono che talvolta il tempo trascorso con i pazienti non sia sufficiente. I pediatri devono diagnosticare le malattie dei pazienti basandosi sui sintomi, compito che talvolta può richiedere molto tempo. Evidentemente, anche le infermiere sono consapevoli della pressione esercitata sui pediatri, i quali ricoprono un ruolo nell'ambito delle cure primarie, anche se i medici sentono più direttamente il problema. Per esempio, in un periodo di epidemia di influenza ci possono essere 60-80 pazienti nell'ambulatorio del pediatra in attesa di ricevere cure mediche.

valutazione degli operatori sanitari: 3,7

valutazione dei pediatri: 3,3

valutazione dei pazienti: 3,9

valutazione dei genitori/familiari: 3,3

Italia – La valutazione media degli operatori sanitari è 3,3/5,0 mentre quella attribuita dai pediatri è 3,7. Per gli operatori sanitari e i medici il tempo con il paziente è insufficiente per potere rispondere alle esigenze di familiari, genitori e figli, rispetto agli standard della qualità delle cure.

La percezione dei pazienti e dei familiari è inferiore a quella delle altre due categorie, e ciò è dovuto alla durata della visita medica: alcuni minuti non bastano per rispondere alle domande di genitori e pazienti.

valutazione degli operatori sanitari: 3,3

valutazione dei pediatri: 3,7

valutazione dei pazienti: 3,1

valutazione dei genitori/familiari: 3,0

Spagna – La valutazione media del personale sanitario è 2,0/5,0, mentre quella dei pediatri è 4,6/5,0. Su questo aspetto le differenze sono rilevanti poiché le percezioni del personale sanitario sono sistematicamente diverse da quelle dei pediatri. Le percezioni di pazienti e familiari sono migliori di quelle degli operatori sanitari e peggiori di quelle dei pediatri.

valutazione degli operatori sanitari: 2,0

valutazione dei pediatri: 4,6

valutazione dei pazienti: 3,8

valutazione dei genitori/familiari: 3,7

Germania – Gli operatori sanitari e i pediatri sanno che sarebbe meglio impiegare maggior tempo con i pazienti. Talvolta, il numero dei compiti amministrativi è soverchiante e sembra che ci sia sempre meno tempo per l'esame fisico e per parlare con pazienti e genitori. La percezione dei pazienti e dei familiari è più elevata; questo risultato potrebbe essere influenzato dalle esperienze in medicina degli adulti, dove è disponibile sempre meno tempo per rispondere alle domande dei pazienti.

valutazione degli operatori sanitari: 3,0

valutazione dei pediatri: 3,7

valutazione dei pazienti: 4,6

valutazione dei genitori/familiari: 4,5

4.2. Disponibilità del medico

In **Romania** la disponibilità del medico è stata valutata dai bambini con un punteggio di 4,1, poiché l'ambulatorio medico è chiuso durante il fine settimana. I medici ritengono inoltre che la loro disponibilità nei confronti di pazienti, genitori/familiari sia appena sufficiente, assegnando un punteggio di 4,3, mentre il personale sanitario l'ha valutata con 4,0, punteggio inferiore a quello dei bambini (4,1) e dei genitori/ familiari (4,2).

valutazione degli operatori sanitari: 4,0 valutazione dei pediatri: 4,3
valutazione dei pazienti: 4,1 valutazione dei genitori/familiari: 4,2

In **Ungheria**, secondo i medici è agevole contattarli anche quando l'ambulatorio è chiuso (notte e fine settimana), mentre le infermiere ritengono che sia molto facile contattare i pediatri in quei momenti. I genitori possono infatti rivolgersi ai pediatri per telefono e e-mail negli orari e giorni di chiusura dell'ambulatorio. I bambini e i loro genitori hanno invece riscontrato il contrario e sostengono che contattare il pediatra è significativamente più difficile, valutando questo aspetto rispettivamente con 2,7 e 2,3.

valutazione degli operatori sanitari: 3,9 valutazione dei pediatri: 3,0
valutazione dei pazienti: 2,7 valutazione dei genitori/familiari: 2,3

Italia – La valutazione media degli operatori sanitari e dei pediatri è 3,0. A causa dell'esiguo numero di operatori sanitari e del tipo di attività che dovrebbe essere gestita durante l'intera giornata, gli operatori sanitari e i pediatri confermano che contattarli non è così facile. Il luogo principale di contatto è il Pronto Soccorso, che fa fronte a tutte le esigenze.

valutazione degli operatori sanitari: 3,0 valutazione dei pediatri: 3,0
valutazione dei pazienti: 2,8 valutazione dei genitori/familiari: 3,2

Spagna – La valutazione media del personale sanitario è 3,0/5,0 mentre quella dei pediatri è 4,3/5,0. Su questo aspetto le percezioni sono coerenti tra i gruppi. I bisogni dei pazienti e dei familiari sono differenti dalla percezione degli operatori sanitari, e questo item evidenzia una vera e propria distanza profonda tra le necessità degli utenti e la consapevolezza dei curanti.

valutazione degli operatori sanitari: 3,0 valutazione dei pediatri: 4,3
valutazione dei pazienti: 2,3 valutazione dei genitori/familiari: 2,3

Germania – La disponibilità dei medici e degli operatori sanitari è più bassa quando lo studio è chiuso – questo è vero. Ma l'interpretazione della domanda può ingannare dal momento che il nostro ospedale ha un servizio di emergenza 24/7 e pediatri e persino pediatri maggiormente specializzati (ad esempio oncologi) sono presenti tramite telefono e di persona durante le notti e i weekend.

valutazione degli operatori sanitari: 3,2 valutazione dei pediatri: 2,7
valutazione dei pazienti: 2,9 valutazione dei genitori/familiari: 3,0

4.3. Lista d'attesa del medico

In **Romania**, i pazienti sono frustrati di dover attendere, secondo una lista o in sala d'attesa. L'item *lista d'attesa del medico* ha ottenuto le seguenti valutazioni in ordine crescente: medici 3,4 (che ritengono troppo lunghe le liste d'attesa), genitori / familiari 3,7, pazienti 3,9 e operatori sanitari 4,1.

valutazione degli operatori sanitari: 4,1 valutazione dei pediatri: 3,4
valutazione dei pazienti: 3,9 valutazione dei genitori/familiari: 3,7

In **Ungheria**, i medici hanno qualificato le liste d'attesa "solitamente brevi". Nel paese non ci sono liste d'attesa per le cure primarie, ma i pazienti devono aspettare per avere un appuntamento per le cure di secondo livello. Questo può richiedere tempo, poiché gli ospedali possono trattare solo un numero limitato di pazienti al giorno per motivi economici. Pazienti e

familiari hanno trovato le liste d'attesa per lo più brevi, considerando accettabili i tempi di attesa ma indicando un margine di miglioramento.

valutazione degli operatori sanitari: 3,4 valutazione dei pediatri: 3,8
valutazione dei pazienti: 3,2 valutazione dei genitori/familiari: 3,0

Italia – La valutazione media degli operatori sanitari è 3,2/5,0 mentre quella dei pediatri è 3,6. La lista d'attesa dei medici è monitorata in due modi :

1. Direttore del Dipartimento - livello sanitario
2. Manager finanziario - livello gestionale

I processi di monitoraggio comprendono l'analisi delle procedure e i meccanismi operativi per garantire un elevato livello di prestazioni.

La percezione di familiari e pazienti è diversa per le seguenti ragioni:

- pazienti che pagano: si applica la procedura di ammissione e i pazienti seguono i normali iter.
- pazienti esenti dal pagamento: in ASL TO3 esiste una lista d'attesa per accedere alle cure. Il tempo di attesa per la prima visita è di circa 5-6 mesi.

valutazione degli operatori sanitari:3,2 valutazione dei pediatri: 3,6
valutazione dei pazienti:3,4 valutazione genitori/familiari: 3,1

Spagna - La valutazione media degli operatori sanitari è 3,0/5,0 e quella dei pediatri è 3,4/5,0. Le percezioni sono simili anche se il personale sanitario esprime una valutazione migliore. La differenza tra utenti e curanti non è consistente, seppure i pazienti e i familiari manifestino minore soddisfazione.

valutazione degli operatori sanitari: 3,0 valutazione dei pediatri: 4,3
valutazione dei pazienti: 3,1 valutazione genitori / familiari: 3,2

Germania – Tutti i gruppi concordano: le liste di attesa sono troppo lunghe. Ma questo fatto non è modificabile al momento a causa dei tagli al personale.

valutazione degli operatori sanitari: 2.5 valutazione dei pediatri 2.6
valutazione die pazienti: 3.1 valutazione di genitori/familiari: 2.7

4.4. Reazione alle chiamate urgenti

In **Romania**, in termini di reazione alle chiamate urgenti, sono stati valutati i punteggi assegnati dalle quattro categorie intervistate: genitori/familiari (4,1) < pazienti (4,2), seguiti dai medici (4,3) e dal personale sanitario (4,6).

valutazione degli operatori sanitari: 4,6 valutazione dei pediatri: 4,3
valutazione dei pazienti: 4,2 valutazione genitori/familiari: 4,1

In **Ungheria**, gli infermieri considerano rapidi i tempi di reazione alle chiamate urgenti, mentre i medici considerano sempre brevi i tempi d'attesa. I professionisti nell'ambito delle cure primarie pongono in forte rilievo l'informazione fornita ai genitori su quando telefonare all'ambulatorio pediatrico e quando invece è meglio contattare i servizi di emergenza. In casi particolari, per esempio attacchi d'asma e crup o reazioni allergiche, i genitori sono incoraggiati a consultare il medico di base.

valutazione degli operatori sanitari: 4,5 valutazione dei pediatri: 4,6
valutazione dei pazienti: 4,5 valutazione genitori/familiari: 4,0

Italia – La valutazione medie del personale sanitario in Italia è 3,8/5,0 mentre quella dei pediatri è 4,0. La percezione dai pazienti e dai familiari è bassa rispetto alle altre due categorie. Le ragioni sono correlate a:

1. condizioni cliniche: in ASL TO3 ci sono due servizi di emergenza con sede a Pinerolo e a Rivoli. Di solito dovrebbero essere applicate le procedure standard; la reazione degli operatori sanitari dell'équipe deve essere "molto rapida", in stretta collaborazione e cooperazione con i Servizi del 112;
2. tipo di prestazioni dei pediatri e dei servizi di neuropsichiatria infantile: sono carenti ed è emerso che non sono in grado di gestire le chiamate cliniche urgenti. L'orario dei medici in NPI e dei pediatri è dalle 8.00 alle 20.00, dal lunedì al venerdì.

valutazione degli operatori sanitari: 3,8 valutazione dei pediatri: 4,0
valutazione dei pazienti: 3,5 valutazione genitori/familiari: 3,2

Spagna – La valutazione media del personale sanitario è 3,0/5,0 e quella dei pediatri è 4,3/5,0. Qui le differenze sono nette, infatti i pediatri sono convinti di sostenere i pazienti nel modo migliore. I familiari e gli operatori sanitari hanno percezioni molto simili rispetto a questo item.

valutazione degli operatori sanitari: 3,0 valutazione dei pediatri: 4,3
valutazione dei pazienti: 3,1 valutazione genitori/familiari: 3,2

Germania – In Germania, in termini di risposta a chiamate urgenti i punteggi offerti dalle quattro categorie della popolazione intervistate sono stati più alti nei pediatri e nei pazienti (3.9) e più bassi negli operatori sanitari (2.9) Tutti i gruppi vedono la necessità di miglioramento.

valutazione degli operatori sanitari: 2.9 valutazione dei pediatri: 3.9
valutazione dei pazienti: 3.9 valutazione di genitori/familiari: 3.7

4.5. Tempi d'attesa nell'ambulatorio pediatrico

In **Romania**, la valutazione più bassa del tempo di attesa nell'ambulatorio del pediatra è stata espressa dai pazienti: 3,8. Medici, personale sanitario e genitori hanno assegnato un punteggio maggiore, sostenendo che il tempo di attesa è per lo più breve.

valutazione degli operatori sanitari: 4,2 valutazione dei pediatri: 4,0
valutazione dei pazienti: 3,8 valutazione genitori/familiari: 4,2

In **Ungheria**, gli operatori sanitari e i medici concordano sul fatto che i tempi di attesa nell'ambulatorio pediatrico sono brevi. Negli ambulatori ungheresi i pazienti non hanno la possibilità di prendere un appuntamento. Le cure fornite ai bambini malati generalmente avvengono in base al principio "primo arrivato, primo servito". La media dei pazienti visitati in un giorno dai pediatri è di 15-25. Il tempo di attesa può essere maggiore nel periodo delle vaccinazioni o se i medici sono impegnati in attività amministrative o nella registrazione anamnestica di un nuovo paziente.

valutazione degli operatori sanitari: 3,1 valutazione dei pediatri: 3,3
valutazione dei pazienti: 2,9 valutazione dei genitori/familiari: 3,1

Italia – La valutazione media degli operatori sanitari è 3,0/5,0 mentre quella dei pediatri è 3,3. Il tempo dedicato al paziente per rispondere alle esigenze di genitori, familiari e bambini rispetto alla qualità degli standard delle cure è relativamente ridotto secondo gli operatori sanitari e i medici. C'è una lista d'attesa per ogni medico e la valutazione che ne hanno gli operatori

sanitari e i pediatri è bassa se confrontata ai tempi di attesa al momento della prenotazione degli esami clinici.

valutazione degli operatori sanitari: 3,0 valutazione dei pediatri: 3,3
valutazione dei pazienti: 3,2 valutazione genitori/familiari: 3,2

Spagna – La valutazione media dei pediatri è 4,0/5,0. La lista di attesa non è un grande problema, anche se i pediatri riconoscono la necessità di un miglioramento del servizio e della riduzione dei tempi di attesa. Le percezioni tra medici e pazienti sono diverse, per quanto non in modo consistente.

valutazione degli operatori sanitari: 2,8 valutazione dei pediatri: 4,0
valutazione dei pazienti: 2,7 valutazione genitori/familiari: 2,7

Germania – Il tempo di attesa nello studio del pediatra è valutato moderato sia dagli operatori sanitari che dai pediatri. I pazienti e i genitori sono più soddisfatti e pensano che il tempo di attesa sia accettabile.

valutazione degli operatori sanitari: 3.1 valutazione dei pediatri: 3.3
valutazione die pazienti: 3.6 valutazione di genitori/familiari: 3.8

4.6. Conclusione – Bisogni di gestione del tempo per ogni paese

Bisogni formativi di gestione del tempo in Romania

I pediatri affrontano forti pressioni per provvedere alle cure di un numero crescente di bambini e delle loro famiglie, tra cui molti pazienti con problemi medici complessi. Oggi nell'ambiente sanitario le capacità di gestione del tempo sono strumenti utili per fornire un'efficace supervisione sanitaria.

Gestione del tempo	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	4,3	4,1	4,1	4,2
Tempo con il paziente	4,5	4,4	4,6	4,6
Disponibilità del medico	4,0	4,1	4,3	4,2
Lista di attesa del medico	4,1	3,9	3,4	3,7
Reazione alle chiamate urgenti	4,6	4,2	4,3	4,1
Lista di attesa nell'ambulatorio pediatrico	4,2	3,8	4,0	4,2

Tavola 21. Risultati della Gestione del tempo per la Romania

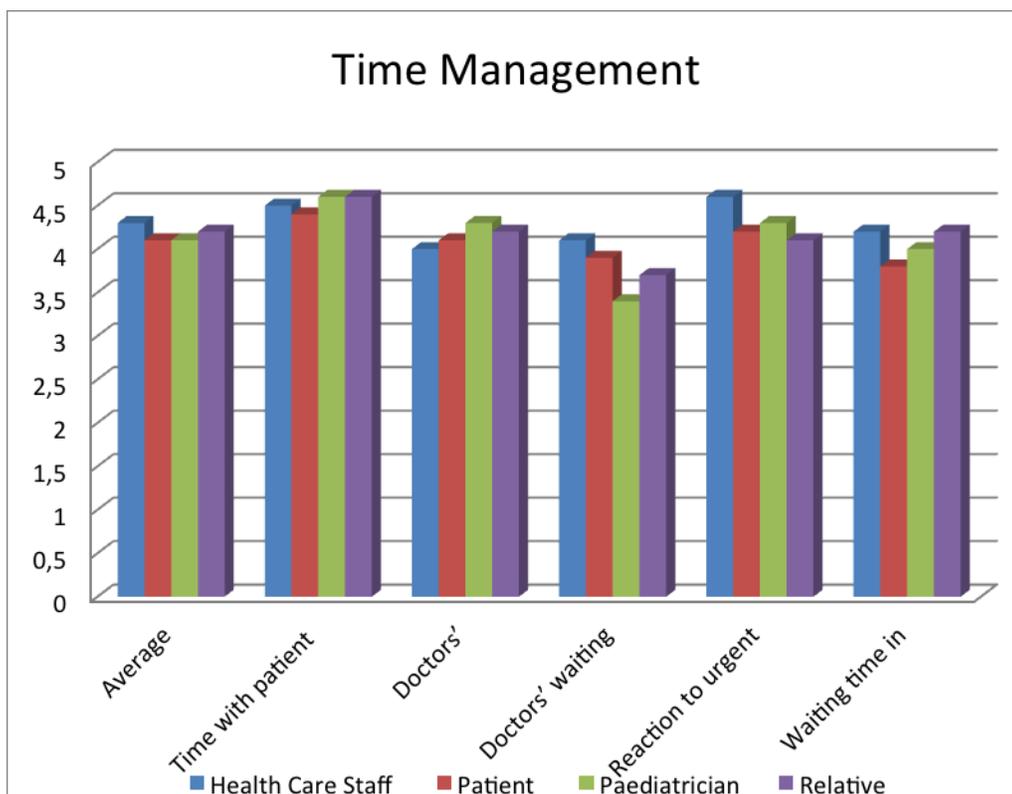


Fig.21 Risultati della Gestione del tempo per la Romania

I medici sono per lo più insoddisfatti dalle liste di attesa del medico e anche dei tempi di attesa nell'ambulatorio pediatrico. Anche il personale sanitario e i pazienti ritengono che la disponibilità del medico potrebbe essere migliorata, tra l'altro risparmiando tempo in altre attività: dare priorità agli obiettivi, adottare alcune strategie per risparmiare tempo quali l'ascolto attivo, le competenze centrate sulla famiglia, indagare le preoccupazioni dei pazienti e dei genitori, offrire una consulenza individuale, migliore pianificazione.

Bisogni formativi di gestione del tempo in Ungheria

Gestione del tempo	Questionario del personale	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
--------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------

	sanitario			
Media	3,8	3,4	3,6	3,2
Tempo con il paziente	3,3	3,9	3,6	3,3
Disponibilità del medico	4,5	2,7	4,6	2,3
Lista di attesa del medico	3,4	3,2	3,8	3,0
Reazione alle chiamate urgenti	3,9	4,5	3,0	4,0
Tempi di attesa nell'ambulatorio pediatrico	3,7	2,9	3,3	3,1

Tavola 22. Risultati della Gestione del tempo per l'Ungheria

Per l'**Ungheria**, la valutazione media minima della gestione del tempo è stata assegnata dai familiari e dai pazienti, 3,2 e 3,4 rispettivamente. Sebbene le valutazioni espresse dai pediatri e dal personale sanitario siano un po' più elevate, tutti i gruppi intervistati hanno espresso un'insoddisfazione generale riguardo a questo aspetto.

Il risultato migliore tra quelli relativi alla gestione del tempo è stato registrato per la variabile *reazione alle chiamate urgenti* in tutti i gruppi intervistati mentre quello più basso riguarda i *tempi di attesa nell'ambulatorio pediatrico*. Genitori e pazienti vorrebbero veder migliorare la disponibilità del medico quando l'ambulatorio è chiuso e hanno anche manifestato la necessità di ridurre i tempi di attesa in ambulatorio. Pediatri e operatori sanitari ritengono di aver bisogno di più tempo da dedicare al paziente.

In Ungheria, sarà lanciata operativamente una Piattaforma Digitale cloud dei Servizi Sanitari entro la fine dell'anno. La fase pilota è già iniziata e ai medici è richiesto di caricare i dati e l'anamnesi del paziente. Questo, nei prossimi anni, rappresenterà un ulteriore carico di lavoro per gli operatori sanitari, che però ne trarranno anche i benefici.

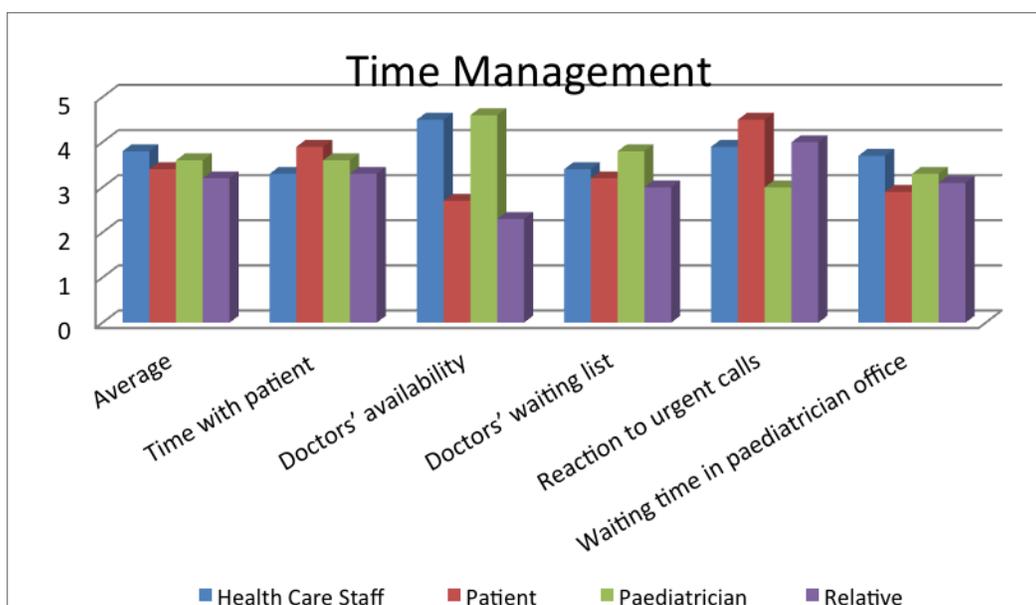


Fig.22 Risultati della Gestione del tempo per l'Ungheria

Bisogni formativi di gestione del tempo in Italia

Per quanto riguarda la gestione del tempo, in **Italia** il punteggio più basso è stato assegnato dai pazienti all'item *disponibilità del medico*. Né gli operatori sanitari né i pediatri ritengono così agevole contattare i medici.

Anche il *tempo trascorso con il paziente* è stato valutato con un punteggio basso da parte di tutti gli intervistati, se confrontato agli standard di qualità delle cure.

Gestione del tempo	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	3,2	3,2	3,5	3,2
Tempo con il paziente	3,0	3,1	3,3	3,0
Disponibilità del medico	3,0	2,8	3,0	3,2
Lista d'attesa del medico	3,2	3,4	3,6	3,1
Reazione alle chiamate urgenti	3,8	3,5	4,0	3,2
Tempi d'attesa nell'ambulatori o pediatrico	3,3	3,2	3,7	3,2

Tavola 23. Risultati della Gestione del tempo per l'Italia

Le condizioni cliniche del paziente e il tipo di prestazioni dei pediatri e dei servizi di neuropsichiatria infantile influenzano la *reazione alle chiamate urgenti*, considerata pressoché adeguata dai pediatri.

La gestione del tempo è un aspetto centrale nelle cure pediatriche, indipendentemente dall'urgenza dei bisogni del paziente. Gestire il tempo è da considerarsi una competenza trasversale che deve essere parte della formazione dei pediatri professionisti.

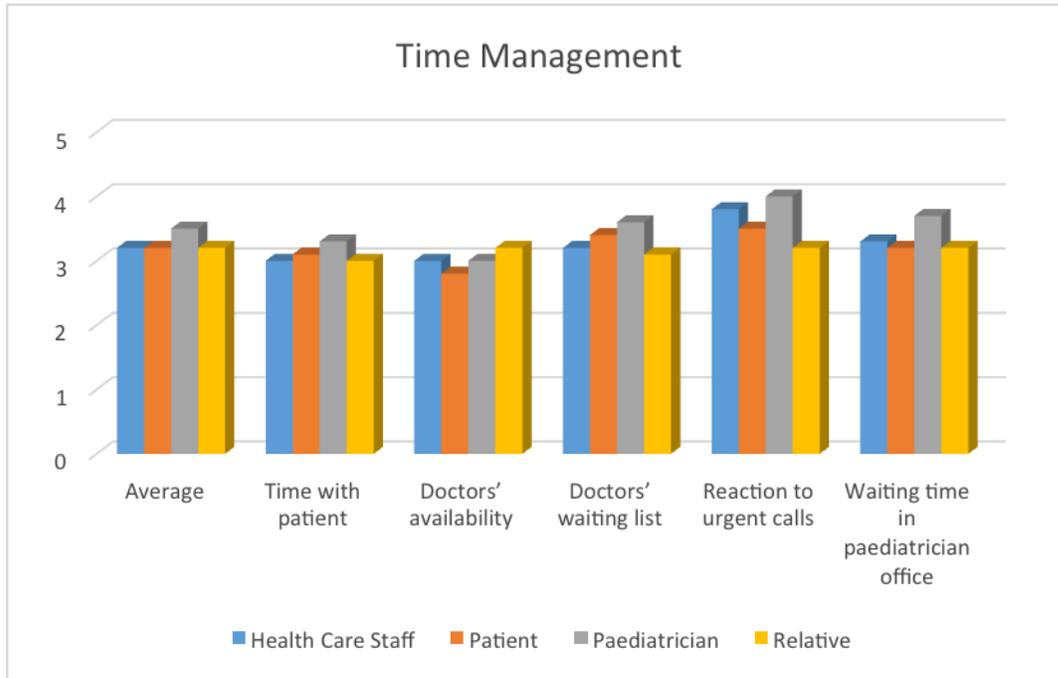


Fig.23 Risultati della Gestione del tempo per l'Italia

Bisogni formativi di gestione del tempo in Spagna

Il risultato complessivo collegato a questa dimensione della ricerca è negativo, essendo tutte le valutazioni intorno a 3,0. In generale le percezioni dei clinici sono migliori di quelle degli altri gruppi campione, avendo i pediatri assegnato alla gestione del tempo valori superiori a 4,0, tranne nel caso dell'unico aspetto criticato da questo gruppo, cioè la *lista d'attesa del medico* – aspetto che non dipende unicamente dalle prestazioni dei curanti, ma anche dall'organizzazione dei servizi sanitari. Le valutazioni peggiori sono state espresse dagli utenti, sempre inferiori a 3,0, e spesso intorno a 2,0. Questo aspetto, insieme alle questioni interculturali, è uno dei risultati più sorprendenti della ricerca.

Gestione del tempo	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	2,8	2,9	3,2	3,0
Tempo con il paziente	3,7	3,8	4,6	3,7

Disponibilità del medico	3,5	2,3	4,3	2,3
Lista d'attesa del medico	3,5	2,7	3,4	2,9
Reazione alle chiamate urgenti	4,1	3,1	4,3	3,2
Lista d'attesa nell'ambulatori o pediatrico	3,6	2,7	4,0	2,7

Tavola 24. Risultati della Gestione del tempo per la Spagna

Per considerare i risultati associati a questa dimensione del questionario è importante sottolineare la grande differenza tra utenti e curanti, specialmente tra medici e utenti. Questa differenza è un chiaro indicatore della necessità di migliorare la comunicazione tra pediatri, pazienti, parenti e il personale sanitario perché, anche se le differenze con questo gruppo non sono uguali a quelle degli utenti, la comunicazione tra clinici e operatori sanitari professionali non clinici rispetto all'impiego e all'organizzazione del tempo è abbastanza diversa e può essere organizzata meglio, se l'équipe sanitaria definisce una strategia comune.

In conclusione, se il miglioramento dell'organizzazione e l'aspetto dello spazio sono uno dei risultati della nostra indagine, anche le competenze necessarie per imparare a migliorare l'impiego del tempo disponibile vengono richieste dagli operatori sanitari. Una migliore gestione del tempo può essere oggetto di una futura équipe pediatrica. La condivisione delle informazioni collegate alle tempistiche può aiutare a mappare le esigenze dei pazienti e a organizzare i servizi centrati sul paziente.

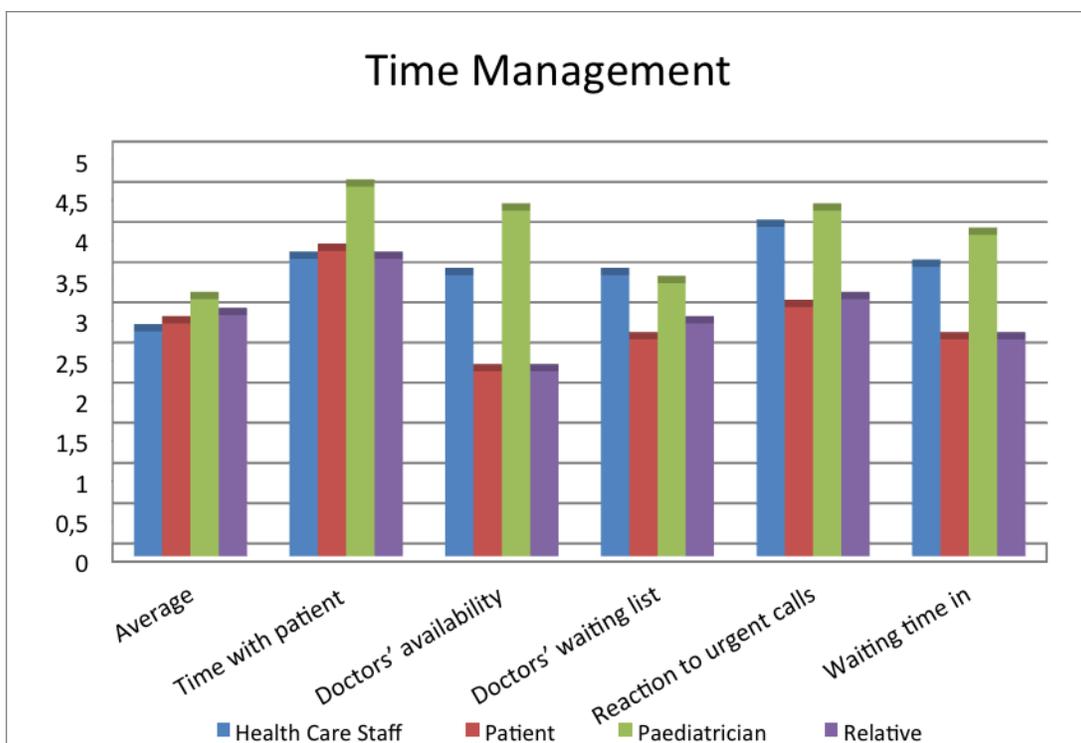


Fig.24 Risultati della Gestione del tempo per la Spagna

Necessità di apprendimento della Gestione del tempo in Germania

La gestione del tempo sembra essere un problema nell'assistenza sanitaria Tedesca e il team medico così come i pazienti/familiari ne sono consapevoli. Il tempo per i pazienti è ridotto dal momento che aumenta il numero dei compiti amministrativi. Spendere maggior tempo con un paziente in cure ambulatoriali spesso significa meno soldi per coloro che forniscono cura – un grande rischio per la diminuzione della qualità. Ma nell'indagine, i pazienti e i familiari sono più soddisfatti della gestione del tempo rispetto ai pediatri e agli operatori sanitari.

Gestione del tempo	Questionario del personale sanitario	Questionario dei pazienti	Questionario dei pediatri	Questionario dei familiari
Media	2,9	3,6	3,2	3,5
Tempo con i pazienti	3,0	4,6	3,7	4,5
Disponibilità dei medici	3,2	2,9	2,7	3,0
Lista d'attesa dei medici	2,5	3,1	2,6	2,7
Risposta alle chiamate urgenti	2,9	3,9	3,9	3,7
Tempo di attesa nello studio del pediatra	3,1	3,6	3,3	3,8

Tavola 25 Risultati della Gestione del tempo in Germania

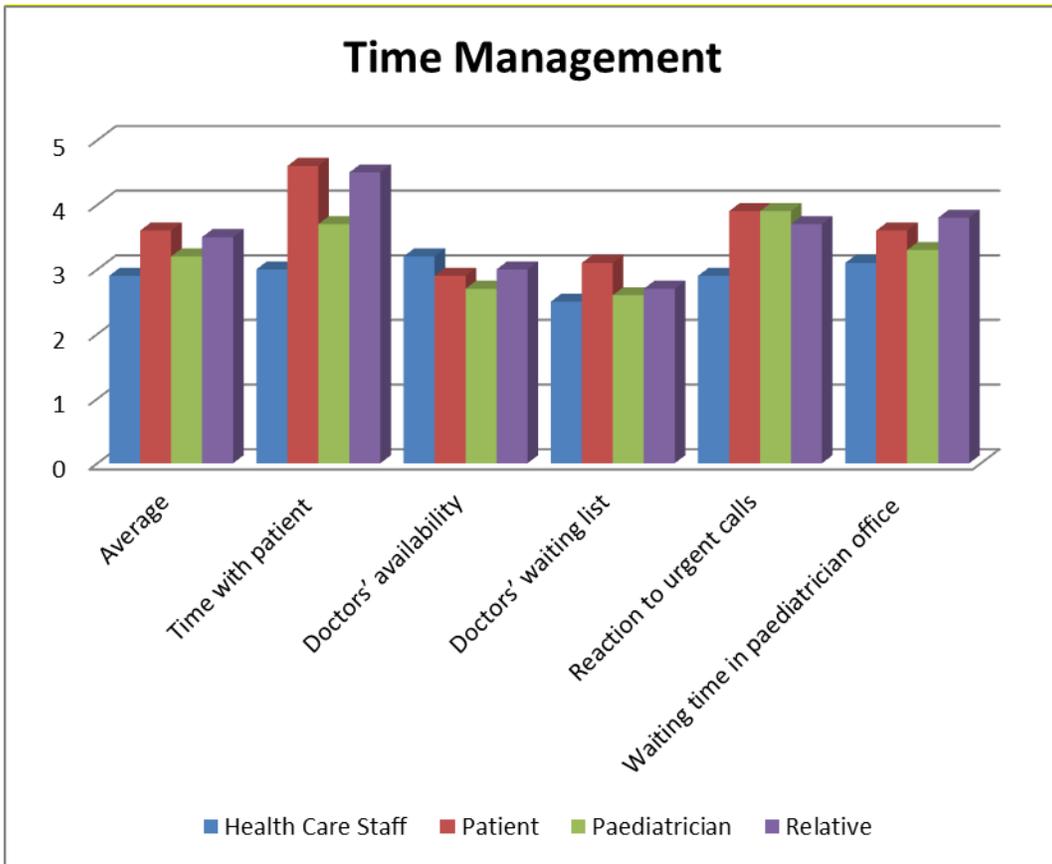


Fig. 25 Risultati della Gestione del tempo in Germania

CAPITOLO 3

CONCLUSION

1. ROMANIA

Le maggiori criticità che devono essere migliorate, così come sono state valutate da tutti e quattro i gruppi intervistati, sono:

ambiente ospedaliero < gestione del tempo < comunicazione < trasparenza < questioni interculturali

I pediatri ritengono innanzitutto che debba essere migliorata la comunicazione, seguita dalla trasparenza, mentre i pazienti non fanno alcuna distinzione per importanza tra i due item.

Se in generale i genitori/familiari hanno opinioni piuttosto simili a quelle dei figli per quanto riguarda i cinque item, i genitori sembrano aver bisogno di maggiore trasparenza dei loro figli e sembrano un po' meno sensibili rispetto all'ambiente ospedaliero.

Gli operatori sanitari ritengono che comunicazione, ambiente ospedaliero e gestione del tempo siano aspetti da migliorare più di quanto lo pensino i medici.

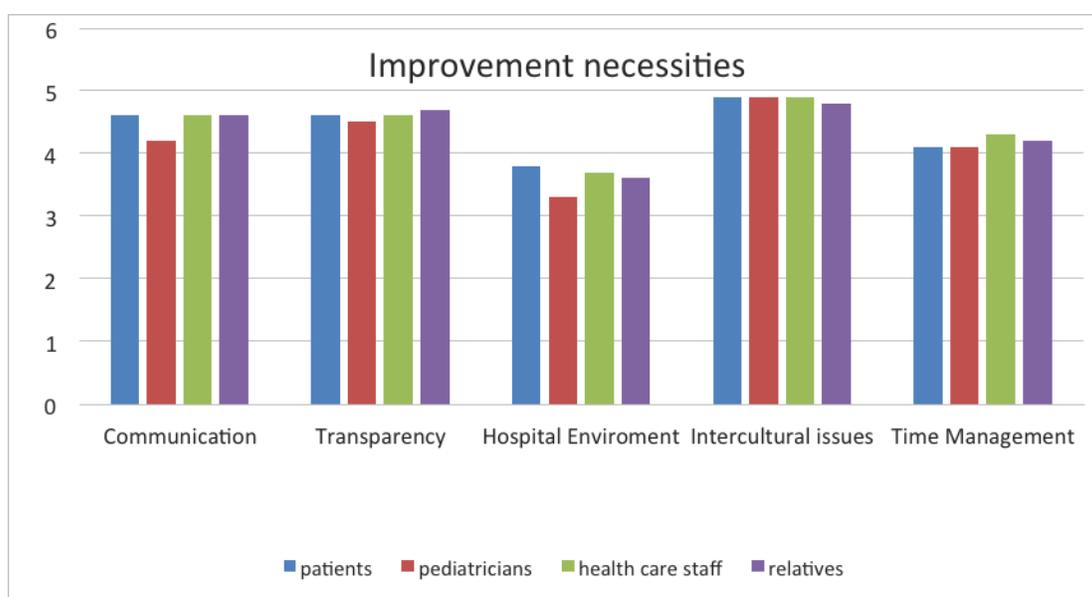


Fig. 26 Necessità di miglioramento per la Romania

La valutazione media generale della **comunicazione** da parte dei medici è 3,8 e quella da parte dei bambini, degli operatori sanitari e dei genitori/familiari è 4,6. Riteniamo che ci sia spazio di miglioramento per la comunicazione medico/paziente, che può essere ottimizzabile e conseguibile con più formazione e corsi pratici di comunicazione specifici per il settore pediatrico.

La valutazione media generale della **trasparenza** varia tra 4,5 e 4,7, considerando che abbiamo avuto pazienti con patologie croniche e lunghi periodi di degenza e che il medico, estremamente impegnato e coinvolto nelle cure dei pazienti, deve gestire il tempo in modo efficiente. Si dovrebbero offrire supporti psicologici e adeguata consulenza ai pazienti pediatrici.

La valutazione media generale dell'item **ambiente ospedaliero** è la più bassa, compresa tra 3,3 e 3,8. Si tratta di un aspetto che richiede adeguati finanziamenti e modernizzazione degli ospedali in Romania e che può essere compensato solo da un maggiore coinvolgimento dei medici e degli operatori sanitari a scapito della quantità di tempo che hanno da offrire ai loro pazienti.

La valutazione media generale delle **questioni interculturali** ha quasi raggiunto il massimo punteggio (4,9) e non ha presentato fluttuazioni tra i quattro gruppi intervistati. Ciò dimostra che il processo medico (comunicazione, diagnosi e trattamento) non è influenzato da questioni interculturali. Occorre però prestare attenzione alle questioni interculturali a causa delle fluttuazioni delle popolazioni in tutta Europa e dell'afflusso di migranti provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea.

Dal punto di vista della **gestione del tempo**, la valutazione media generale varia tra 4,1 e 4,3. Ciò dimostra che è una voce ottimizzabile per quanto riguarda i tempi delle liste di attesa e quindi della latenza nelle diagnosi dei pazienti. È ovvio che sono necessari una migliore gestione del tempo, considerata in termini di facile accesso al medico, e liste d'attesa più brevi per l'accesso ai servizi ospedalieri.

2. UNGHERIA

Le maggiori criticità che devono essere migliorate, così come sono state valutate da tutti e quattro i gruppi intervistati, sono:

ambiente ospedaliero < gestione del tempo < comunicazione < questioni interculturali < trasparenza

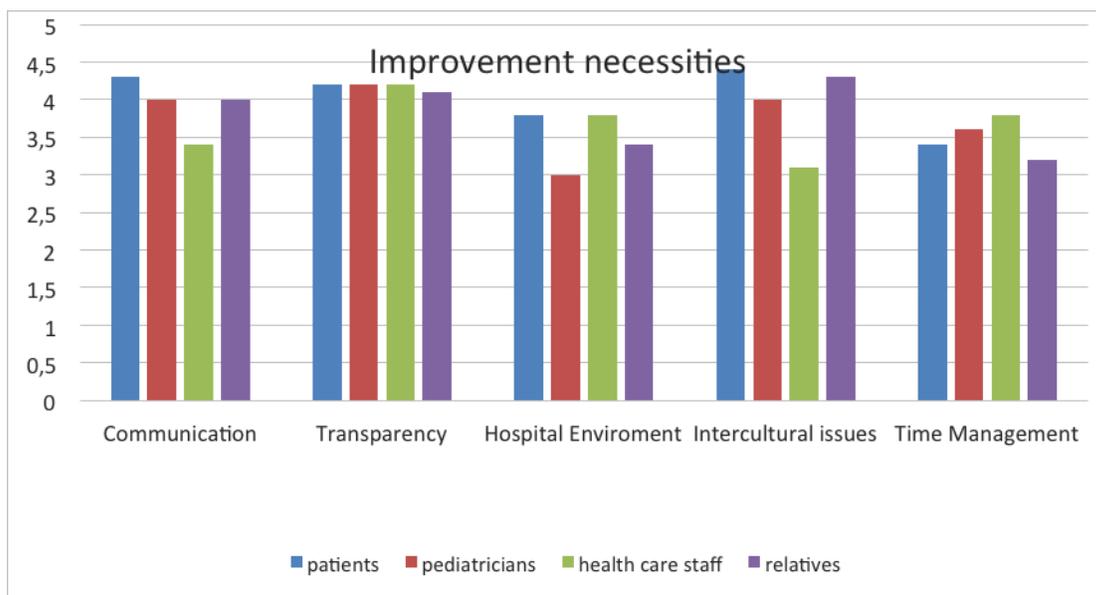


Fig. 27 Necessità di miglioramento per l'Ungheria

La valutazione media della **comunicazione** varia da 3,4 (operatori sanitari) a 4,3 (pazienti). Anche se ormai la maggior parte delle Facoltà di Medicina ungheresi includono una forma di formazione sulle competenze comunicative, si tratta di un fenomeno abbastanza recente. La maggior parte dei medici non ha frequentato corsi di comunicazione. È dunque necessaria maggiore formazione sulla comunicazione che s'incentri sulle competenze anamnestiche, le questioni relative alla comunicazione attraverso le culture, la comunicazione con genitori "problematici", le tecniche di colloquio adattate ai pazienti più giovani e le risposte empatiche.

La valutazione media generale della **trasparenza** varia tra 4,1 e 4,2. Un flusso più efficace di informazioni dovrebbe essere garantito ai pazienti e ai loro familiari. È inoltre importante coinvolgere in questo processo i farmacisti, poiché spesso sono l'ultima fonte di informazioni per i pazienti in merito alla patologia e ai farmaci. Per ottimizzare la trasparenza è necessario fornire più materiale scritto al paziente.

La valutazione media dell'**ambiente ospedaliero** varia da 3,0 a 3,8. Le condizioni degli ospedali ungheresi sono fortemente influenzate dalla mancanza di risorse economiche che sono state sottratte all'assistenza sanitaria. Nonostante i pediatri ungheresi lavorino come imprenditori, gli ambulatori pediatrici sono ancora mantenuti dai governi locali. Per migliorare l'aspetto e la comodità degli ospedali occorre risolvere i problemi di finanziamento.

Dal punto di vista dei **problemi interculturali**, la valutazione media generale varia tra 3,1 e 4,4, dato che segnala la maggiore fluttuazione tra i quattro gruppi intervistati. Le competenze di comunicazione interculturale dovrebbero far parte della formazione sulla comunicazione con un approccio centrato sul paziente.

La valutazione media generale della **gestione del tempo** varia da 3,2 a 3,8, indicando che c'è ancora molto da fare in questa area. I tempi d'attesa possono sembrare un fattore meno significativo, ma possono incidere notevolmente sulla soddisfazione complessiva del paziente. Per ridurre i tempi d'attesa, le informazioni sui pazienti dovrebbero essere raccolte prima della visita e un maggior numero di documenti dovrebbe essere delegati agli operatori sanitari. È stata condotta un'indagine per identificare i colli di bottiglia negli uffici, utilizzando un servizio di messaggeria aziendale protetta con una Piattaforma Digitale dei Servizi Sanitari; anche le soluzioni di telemedicina e di accodamento tramite cellulare (che permette ai pazienti di accedere a una linea di attesa virtuale) possono contribuire a sviluppare abitudini e pratiche migliori di gestione del tempo.

3. ITALIA

Negli ultimi anni, è cresciuta la preoccupazione per la sostenibilità dei sistemi sanitari in Europa. Nuovi modelli di cura sono stati raccomandati dai comitati scientifici e di gestione. In questa ricerca, sono stati raccolti molti commenti da parte del personale curante per identificare le cause del disagio professionale:

- organizzazione
- gestione della conoscenza
- prospettive.

Le maggiori criticità che devono essere migliorate, così come sono state valutate da tutti e quattro i gruppi intervistati, sono:

ambiente ospedaliero < gestione del tempo < questioni interculturali < comunicazione < trasparenza
--

I pediatri ritengono necessario un miglioramento dell'ambiente ospedaliero, seguito a ruota dalla gestione del tempo. Pazienti e operatori sanitari operano la stessa distinzione tra l'importanza dei due item. La risposta dei familiari sottolinea le necessità di miglioramento rispetto alle questioni interculturali e alla gestione del tempo.

Se in generale i genitori/familiari hanno opinioni piuttosto simili a quelle dei figli rispetto ai cinque item, i genitori sembrano aver bisogno di migliore comunicazione e di avere una sensibilità minore rispetto ai figli nei confronti dell'ambiente ospedaliero.

Gli operatori sanitari sottolineano che il miglioramento dell'ambiente ospedaliero sia l'esigenza più importante, cui seguono la gestione del tempo e le questioni interculturali, mentre i pediatri hanno identificato un'esigenza formativa rispetto a queste ultime.

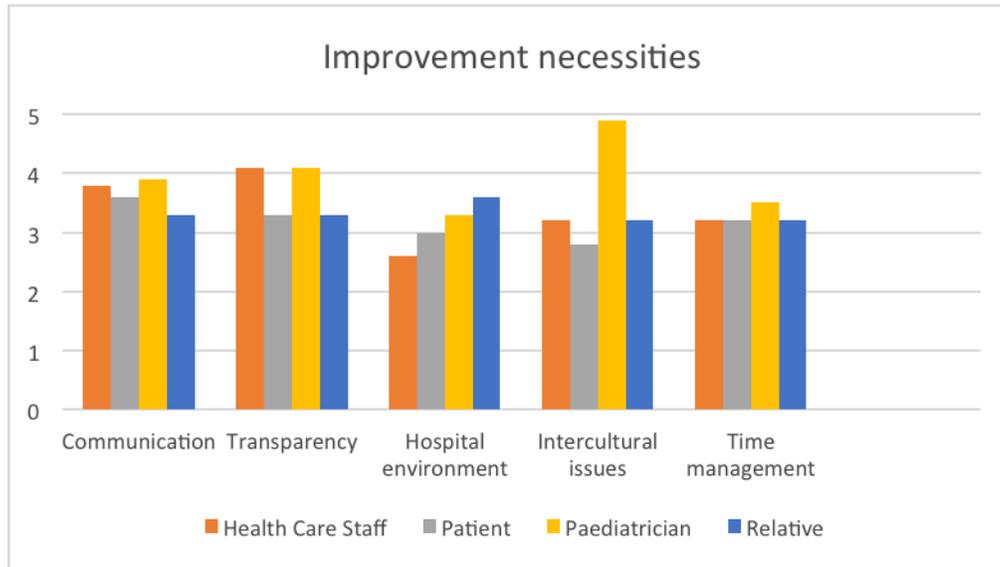


Fig. 28 Necessità di miglioramento per l'Italia

La valutazione media generale della **comunicazione** è stata solo 3,3 da parte dei familiari. Secondo questo gruppo la comunicazione deve essere migliorata. Questi risultati sottolineano la necessità di migliorare le competenze relazionali al fine di aumentare il livello di efficacia della comunicazione.

La valutazione media generale della **trasparenza** è uguale per i medici e per gli operatori sanitari (4,1) e inferiore per i pazienti e le loro famiglie (3,3). Il risultato più importante è collegato alla necessità degli operatori sanitari e dei pediatri di essere monitorati e supportati da un consulente specifico per garantire l'elevato livello di qualità delle cure e del rapporto con i pazienti e i parenti. La supervisione sarebbe una strategia per migliorare il coping e una comunicazione efficace.

I risultati sull'**ambiente ospedaliero** sottolineano due esigenze, che consistono negli item valutati con un punteggio inferiore a quello medio di 3 punti: aspetto dell'ospedale (operatori sanitari 2,4 e pediatri 2,7) e comodità (operatori sanitari 3,1 e pediatri 2,9). Trattandosi di un'organizzazione pubblica territoriale, i servizi pediatrici sono situati su tutto il territorio locale. Il problema principale è collegato all'impatto del territorio che è molto ampio e quindi alla difficoltà delle procedure di scambio di informazioni.

La valutazione media generale delle **questioni interculturali** è stata molto diversa tra i pediatri (4,9) e tutti gli altri partecipanti intervistati (pazienti 2,8). Occorre prestare attenzione alle questioni interculturali: le istituzioni accademiche che formano i curanti dovrebbero interagire in modo diverso con le diverse parti coinvolte per creare sistemi di cure efficienti e culturalmente appropriati al sistema sanitario.

In termini di **gestione del tempo**, la valutazione media generale è simile tra i gruppi intervistati. Sarà importante sviluppare strategie di comportamento proattivo del personale e applicare il pensiero creativo nelle procedure operative al fine di fronteggiare le necessità di gestione del tempo.

“Gli infermieri professionisti si assumono la responsabilità della pianificazione e gestione della cura del paziente, inclusa la supervisione di altri operatori sanitari, lavorando autonomamente o in équipe con medici e altre figure professionali nell’applicazione dell’assistenza preventiva e curativa. Sebbene gli infermieri abbiano tradizionalmente dato assistenza ai pazienti sotto la guida di un medico, in molti Stati membri dell’UE sono sempre più autorizzati a esercitare in maniera indipendente in quanto professionisti. Questo, però, dipende in certa misura dalle qualifiche e dal livello di formazione, con un aumento di infermieri iscritti a corsi universitari. Il numero di infermieri può variare in base alle differenze nei sistemi sanitari. Allo stesso modo, il numero di infermieri rispetto ad altre figure nell’ambito della salute (per esempio i medici) varia tra le diverse istituzioni che offrono assistenza sanitaria, per esempio tra ospedali e strutture di assistenza a lungo termine”. (Eurostat, *Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals*, 18.01.2017)

In Italia 374.100 operatori sanitari lavorano nel sistema sanitario pubblico e/o privato con un rapporto di 615 ogni 100.000 abitanti. (Eurostat, *Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals*, 18.01.2017)

Nella nostra organizzazione l’età media degli operatori sanitari è 49 anni per le donne e 51 per gli uomini. La Pubblica Amministrazione italiana fornisce un adeguato ricambio della forza lavoro.

L’assistenza sanitaria diventa sempre più complessa in tutto il mondo; la tecnologia, i modelli di erogazione dei servizi, i requisiti economici, i dati demografici e l’epidemiologia delle malattie mutano rapidamente. Nonostante i molteplici sforzi per definire le competenze e gli standard comuni che tutti gli operatori sanitari dovrebbero avere, è ormai chiaro che i programmi di istruzione e formazione devono adeguarsi ai bisogni della società cui sono al servizio, e le istituzioni che progettano e che offrono quei corsi devono essere responsabili, nei confronti della società, dei prodotti che producono. Le istituzioni accademiche che formano gli operatori sanitari dovrebbero interagire diversamente con le numerose parti interessate necessarie per creare sistemi sanitari efficaci, efficienti e culturalmente appropriati.

La formazione medica getta le sue radici nell’università europea che tradizionalmente valorizzava la libertà accademica, l’autonomia e la ricerca indipendente rispetto alla società e al mercato del lavoro; gli sforzi futuri richiederanno invece un cambiamento fondamentale nelle prospettive e nelle modalità di valutazione del successo delle istituzioni accademiche. I recenti risultati e il movimento delle competenze è un primo passo in quella direzione, ma sarà necessario fare di più. Aniché essere un partecipante, forse riluttante, il mondo accademico dovrebbe diventare il catalizzatore del cambiamento, lo snodo per le interazioni tra le parti in causa e il terreno di cultura per la nuova forza lavoro dell’assistenza sanitaria (H. Thomas Aretz, “Some thoughts about creating healthcare professionals that match what societies need”, *Journal Medical Teacher*, Volume 33, 2011 - Issue 8).

I cambiamenti emergenti nell’erogazione delle cure hanno ormai un impatto significativo sulla struttura dell’iter formativo dei professionisti sanitari. Oggi è un fatto riconosciuto che il sapere medico raddoppia ogni 6-8 anni, con nuove procedure mediche che emergono ogni giorno. Mentre l’emivita delle informazioni mediche è breve, il medico esercita per 30 anni e l’infermiere medio per 40 anni. La formazione continua rappresenta quindi una sfida importante da raccogliere (Mantovani, Castelnuovo, Gaggioli, and Riva, “Virtual Reality Training for Health-Care Professionals”, *CyberPsychology & Behavior*. August 2003, Vol. 6, No. 4: 389-395). Nel 2016 il Servizio di sviluppo della forza lavoro dell’ASL TO3 ha promosso un’indagine nel 2016: “Professionista 2.0”, cioè il nuovo profilo dell’operatore sanitario. I risultati evidenziano l’importanza dei dispositivi sul posto di lavoro per aggiornare le conoscenze, creare la rete professionale, avere le informazioni più aggiornate sulle cure (Presutti M., *Professionista 2.0*, ASL TO3: 2016).

All’ASL TO3 è stata adottata una nuova organizzazione del lavoro: molti servizi sono stati unificati dalla direzione in un diverso ambito di cure. Uno degli obiettivi più importanti dell’ASL TO3 è garantire la continuità delle cure dall’ospedale ai servizi territoriali, concentrando gli sforzi sull’integrazione degli operatori e l’interoperabilità del sistema ICT.

Dopo il “Piano di Rientro” del Ministero della Sanità, la Regione Piemonte dovrebbe assumere dei medici nei servizi di NPI e di Pediatria.

4. SPAGNA

Il risultato principale dei dati spagnoli evidenzia la necessità di un nuovo modello di équipe sanitaria nell'ambito della Pediatria. Tutte le dimensioni esplorate dalla ricerca evidenziano la necessità di condividere informazioni, individuare i bisogni dei pazienti e condividere strategie terapeutiche per migliorare i risultati. Per ottenere un buon risultato è essenziale il ruolo dei familiari/genitori nell'équipe sanitaria. Il coinvolgimento dei carer nella strategia terapeutica è una nuova tendenza della ricerca, in ambito sanitario, e affianca altre specializzazioni della medicina, come la psichiatria o le cure palliative, che hanno mostrato interesse per il coinvolgimento dei carer nel progetto terapeutico e nei processi decisionali. La costruzione di un gruppo di lavoro sanitario in ambito pediatrico individua nella famiglia il fattore primario nel rapporto medico-paziente. Un altro aspetto evidenziato nella nostra indagine è il ruolo degli infermieri e di altri operatori sanitari nel progetto terapeutico, in particolare per la funzione di mappatura dei bisogni dei pazienti. La comunicazione diviene efficace se passa attraverso la trasparenza e il processo di informazione. L'équipe sanitaria dovrebbe coinvolgere altri specialisti e i familiari/genitori nei processi decisionali. Al fine di migliorare l'ambiente sanitario, è necessario che l'équipe sanitaria formuli una strategia di mappatura per comprendere come migliorare l'utilizzo degli spazi disponibili nei servizi e rispondere con una strategia comune promossa dal gruppo di lavoro sanitario. La condivisione delle informazioni sulla religione, i valori, il background culturale, è una modalità per coinvolgere la famiglia nel progetto terapeutico ed evitare problemi di natura etica e giuridica con i pazienti. La gestione del tempo è un requisito fondamentale per i pazienti e i loro familiari, anche se non è facile risolvere il problema strutturale collegato alle risorse umane; il miglioramento delle pratiche nella gestione del tempo può contribuire a migliorare la soddisfazione del paziente e i risultati terapeutici.

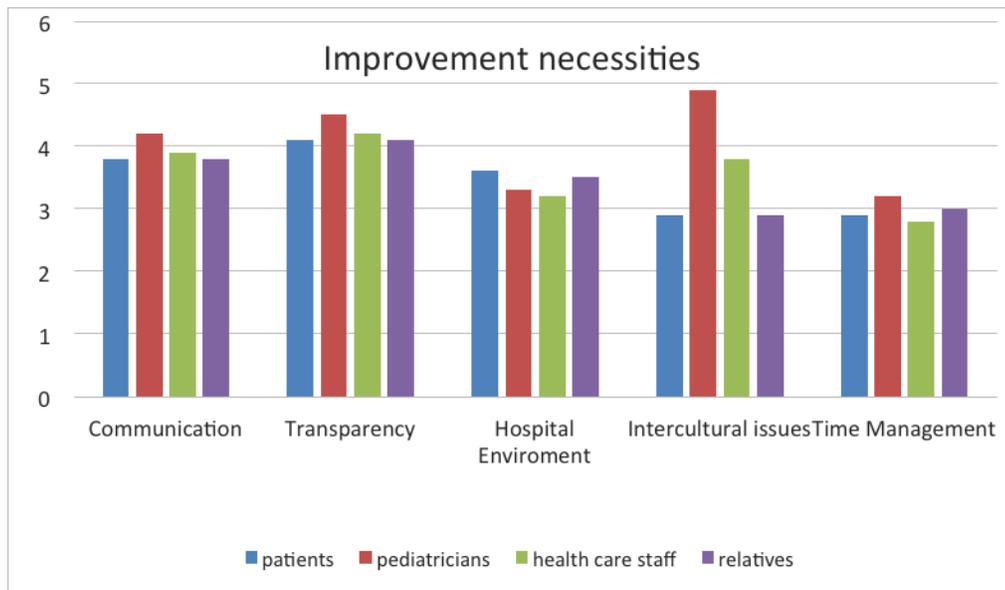


Fig. 29 Necessità di miglioramento per la Spagna

5. GERMANIA

Gli aspetti maggiormente critici che richiedono di essere migliorati così come risultato dai quattro gruppi dei partecipanti all'indagine sono:

ambiente ospedaliero < gestione del tempo < comunicazione < trasparenza < questioni interculturali

La media generale per la comunicazione è stata valutata dai pediatri con 3.8, dal personale sanitario con 3.7, dai pazienti con 4.5. e dai familiari con 4.4. Dal momento che il team medico vede margini di miglioramento, essi apprezzerrebbero lo sviluppo e l'offerta di moduli di formazione per migliorare le loro abilità di comunicazione.

La media generale per la Trasparenza varia tra 3.6 (personale sanitario) e 4.6 (pazienti). La bassa valutazione dal personale sanitario potrebbe essere dovuta al fatto che le infermiere partecipanti lavorano in reparto e non sono così consapevoli delle conferenze interdisciplinari con altri caregivers, le telefonate ai pediatri che lavorano in ambulanza e il contatto con i medici di famiglia.

La media generale per l'item l'Ambiente ospedaliero è stata la più bassa collocandosi tra 2.9-3.5, cosa che richiama ad un'adeguata modernizzazione dell'edificio antico dell'ospedale universitario. A Munich, ci sono piani concreti di costruire un grande e moderno ospedale universitario dei bambini.

La media generale per le Questioni interculturali è stata quasi massima (4.8) in tutti i gruppi ad eccezione del gruppo degli operatori sanitari (4.4). Questa valutazione omogenea e alta dimostra che diagnosi e trattamento così come la comunicazione non sono influenzati dalle questioni interculturali. E' necessario prestare ancora attenzione a causa del crescente numero di migranti da paesi al di fuori dell'Unione Europea.

In termini di Gestione del tempo, la media generale varia tra 2.9 e 3.6. Specialmente il personale medico riconosce che il tempo per l'esame fisico del bambino così come dell'erogazione di informazioni orali e scritte è molto breve in confronto con il tempo che il tema medico deve spendere in compiti amministrativi. Per di più gli ospedali e la gestione del tempo soffrono dei tagli al personale come parte delle misure di riduzione dei costi.

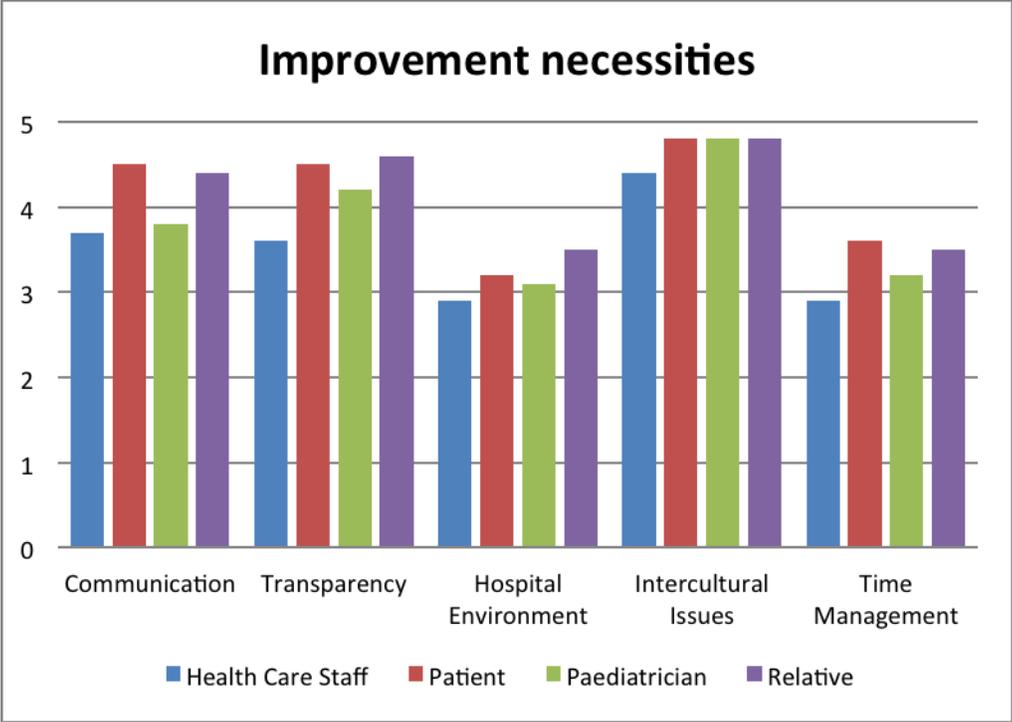


Fig. 30. Necessità di miglioramento in Germania