



Transitional Care

La Transizione dalle Cure Pediatriche alle Cure per Adulto per le Patologie Croniche (Transitional Care)

Con il termine "**transizione di cura**" si intende il passaggio del paziente pediatrico con patologia cronica dall'ospedale pediatrico a quello dell'adulto. Si tratta di un percorso graduale che prevede la progressiva preparazione di paziente e famigliari a gestire, per quanto possibile in modo autonomo, la propria condizione clinica. Un percorso di transizione strutturato e condiviso è importante al fine di garantire la continuità della presa in carico e l'appropriatezza delle cure, minimizzando lo stress emotivo di pazienti e famigliari.

Di norma, la transizione avviene da specialista pediatrico ad analogo specialista dell'età adulta, identificato in uno dei Presidi dell'Azienda o in altri Ospedali di riferimento per la patologia. Generalmente, la transizione è effettuata nella fascia di età 17-19 anni al termine di un percorso di progressiva responsabilizzazione di pazienti e famigliari. La transizione è condotta attraverso la redazione di una relazione riassuntiva ad opera del team pediatrico, cui fa seguito una prima visita congiunta (specialista pediatrico e dell'adulto) presso il Centro dell'adulto. Al termine della visita congiunta è elaborata una relazione di transizione, consegnata al paziente e trasmessa al Medico di Medicina Generale. Il paziente prosegue il follow-up presso il Centro dell'adulto, con periodicità dipendente dalla patologia di base. In particolari condizioni, la visita congiunta può essere sostituita dalla sola trasmissione documentale.

Per i pazienti che presentano bisogni specifici di tipo clinico, assistenziale, psicologico o sociale, lo specialista pediatrico attiva un percorso dedicato, sottoponendo il caso alla valutazione multidisciplinare e multi-professionale del Gruppo Interdisciplinare di Transizione (GIT). Il GIT include tutti gli specialisti (pediatrici e dell'adulto) coinvolti nella gestione del paziente e provvede a pianificare il successivo percorso sotto il coordinamento della NOCC (Nucleo ospedaliero di continuità delle cure). Il percorso di transizione prevede l'attivo

coinvolgimento del Medico di Medicina Generale, attraverso la trasmissione documentale della relazione clinica o mediante invito a partecipare in modo diretto alla visita congiunta.

I Servizi Territoriali (Sociali e Sanitari) saranno di volta in volta coinvolti in base alle specifiche esigenze del paziente. Inoltre, è favorita la collaborazione con il terzo settore come associazioni di pazienti e associazioni di volontariato.

La residenza in altre Regioni/Province o l'impossibilità logistica e organizzativa a recarsi nel Centro della transizione, possono determinare l'impossibilità a seguire il percorso di transizione standard. In questi casi, su richiesta del paziente, vanno identificati Centri dell'Adulto con specifica esperienza nell'ambito in questione e siti nella realtà territoriale del paziente.

L'AOU Città della Salute e della Scienza organizza e gestisce percorsi strutturati di transizione per gruppi di patologia cronica; alcuni sono già definiti a livello Aziendale (Diabete Mellito, Sindrome di Down, Neurofibromatosi, Iperplasia Surrenalica Congenita, patologie ipotalamo-ipofisarie, sindrome di McCune Albright, Spina Bifida, patologie neuromuscolari, immunodeficienze primitive e coagulopatie), altri sono in corso di definizione.

Infine, l'Azienda intende attivare uno studio in collaborazione con l'Università per valutare la qualità, l'efficacia, l'appropriatezza, l'esito in termini di salute dei percorsi e, attraverso analisi qualitative, esplorare la soddisfazione e la costruzione di significato del paziente con patologia cronica nel passaggio dai servizi pediatrici a quelli per adulti.

PERCORSI DI TRANSIZIONE

 [Coagulopatie \(pdf - 146 KB\)](#)

 [Diabete tipo 1 \(pdf - 167 KB\)](#)

 [Dislipidemie \(pdf - 668 KB\)](#)

 [Immunodeficienze primitive \(pdf - 139 KB\)](#)

 [Iperplasia surrenalica congenita \(pdf - 157 KB\)](#)

 [Nefrologiche \(pdf - 143 KB \)](#)

 [Neurofibromatosi tipo 1 \(pdf - 165 KB\)](#)

 [Patologie Ipotalamo-Ipofisarie \(pdf - 159 KB\)](#)

 [Patologie reumatologiche \(pdf - 144 KB\)](#)

 [Pianificazione della transizione: disturbi della nutrizione e dell'alimentazione \(DNA\) \(pdf - 142 KB \)](#)

 [Sindrome di Down \(pdf - 136 KB\)](#)

 [Spina bifida e patologie assimilabili \(pdf - 156 KB\)](#)