
“1° Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie

Bologna 25 – 26 Febbraio 2008

Giuseppe Mele – Presidente Nazionale

La Medicina Generale e la Pediatria di Famiglia

sempre più coinvolte in strategie di governo della domanda di salute



che comportano una organizzazione del lavoro a

*forte integrazione con il
Distretto*

Il Pediatra di Famiglia

oltre ad essere coinvolto sul piano del governo della domanda

è specificamente indirizzato verso

- ➔ *l'appropriatezza diagnostico prescrittiva e lo sviluppo di attività di promozione della salute,*
- ➔ *il recupero del disagio sociale e familiare e la cura di specifiche patologie acute e croniche, attraverso un contatto costante con la famiglia a sostegno della genitorialità.*



Emerge, quindi, nell'ambito delle cure primarie, la necessità di individuare uno specifico

***Progetto Obiettivo per la
Pediatria di Famiglia.***



Le cure primarie in età pediatrica

sono caratterizzate dall'esigenza di coniugare gli aspetti sociali ed assistenziali ed, in questo ambito, la diagnosi e cura con la prevenzione, avendo come oggetto di attenzione



il minore e la sua famiglia nel periodo che intercorre tra la nascita e la fine dell'adolescenza.

La pediatria di famiglia

si propone di

*attuare un modello di tutela globale del
minore*

da 0 fino all'adolescenza

Necessità: ulteriore sviluppo secondo programmi articolati, su due livelli.



Livello preventivo

Livello assistenziale



Un primo livello, di carattere preventivo, in grado di conseguire i seguenti obiettivi generali:

- 1) Prevenire le condizioni a rischio, causa di lesioni, disabilità e dipendenza, individuando precocemente le condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore;
- 2) Stimolare la responsabilizzazione del minore e dei genitori verso scelte e comportamenti orientati alla salute e al miglioramento della qualità di vita riducendo gli incidenti negli abituali ambienti di vita (casa, scuola, ambiti di gioco e mezzi di trasporto);
- 3) Sostenere l'allattamento al seno;
- 4) Prevenire la SIDS;
- 5) Ridurre la patologia derivante dall'esposizione a fumo passivo;
- 6) Favorire l'adozione di corretti comportamenti alimentari;
- 7) Promuovere una corretta igiene orale;
- 8) Prevenire il disagio psichico e sociale, gli abusi ed i maltrattamenti;
- 9) Promuovere le attività ginnico- motorie;
- 10) Prevenire l'uso delle sostanze che causano dipendenza ed aiutare l'acquisizione di corretti stili di vita nell'adolescenza**
- 11) Promuovere l'adesione ai programmi vaccinali;**

Cosa è il “Progetto salute infanzia” e quale relazione ha con l’adozione di strategie vaccinali sul piano Nazionale.

Nell’ambito della strutturazione del proprio rapporto di lavoro, la pediatria di famiglia ha perfezionato un percorso di “pediatria preventiva di iniziativa” definendolo “Progetto Salute-Infanzia” che prevede una serie di controlli dello stato di salute del bambino, a tappe predefinite, nel corso dei quali è ipotizzabile l’inserimento organico di “azioni” rivolte ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di tipo preventivo.



Cosa è il “Progetto salute infanzia” e quale relazione ha con l’adozione di strategie vaccinali sul piano Nazionale.

Questa potenzialità dell’attività pediatrica territoriale, se utilizzata bene nel modello d’integrazione con l’attività dei Servizi di vaccinazione, può diventare un potente strumento di tutto il sistema al fine di raggiungere gli obiettivi preposti in campo vaccinale.

Cosa è il “Progetto salute infanzia”

L'importanza pratica di quest'ultima attività, nella fattispecie dei vaccini, è rilevante per le seguenti motivazioni:

- La spinta verso l'acquisizione della consapevolezza del proprio ruolo preventivo nell'ambito dell'obiettivo di salute da raggiungere.
- La presa d'atto della necessità di acquisire una cultura sempre più aggiornata e specifica sul settore d'intervento, derivante dalla consapevolezza del compito da svolgere.

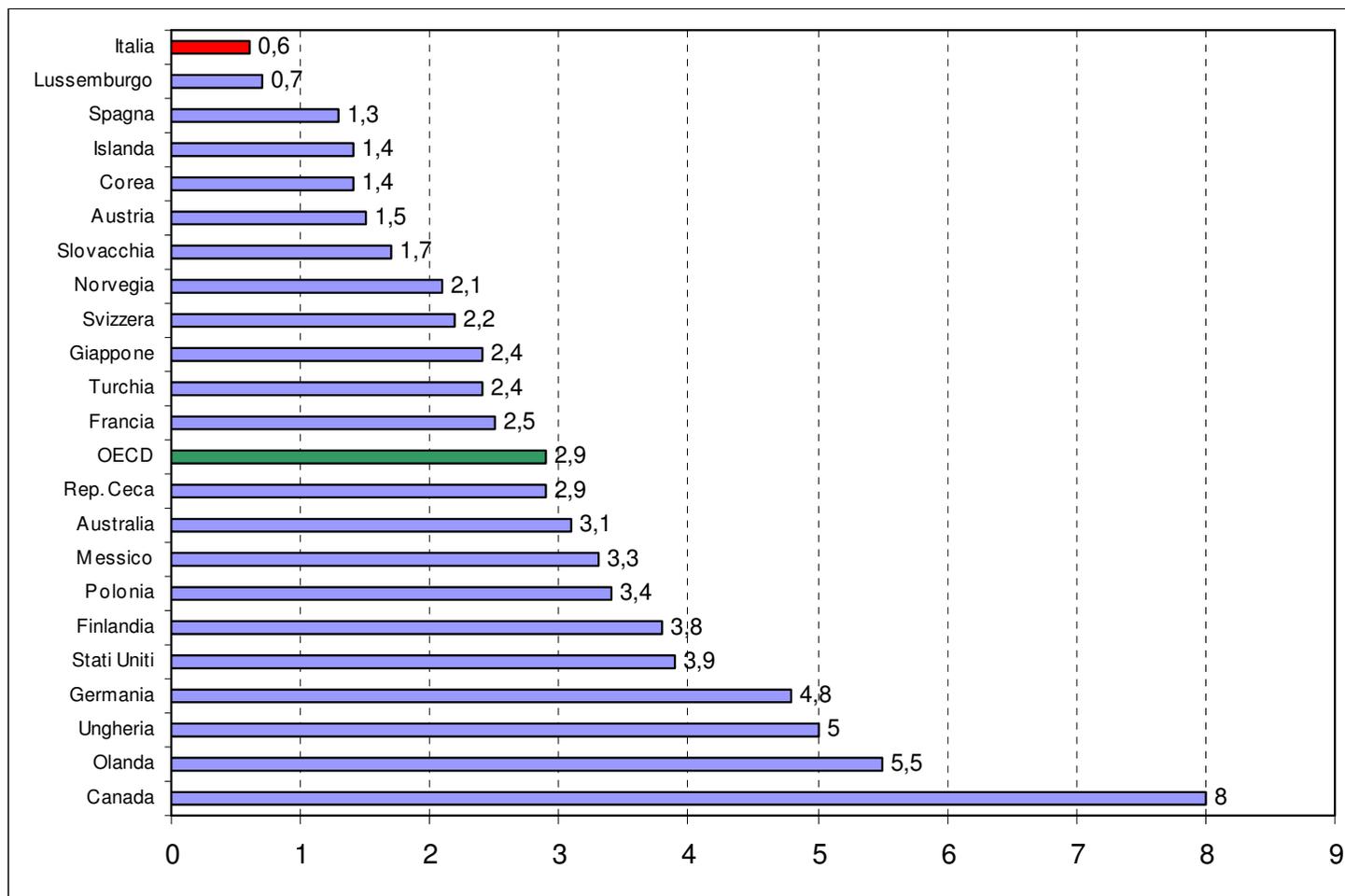
Cosa è il “Progetto salute infanzia”

In pratica partendo dal lavoro del singolo pediatra, lavorando tutti i pediatri secondo lo stesso modello, si costruisce un sistema di categoria che facilita il raggiungimento di obiettivi complessi.

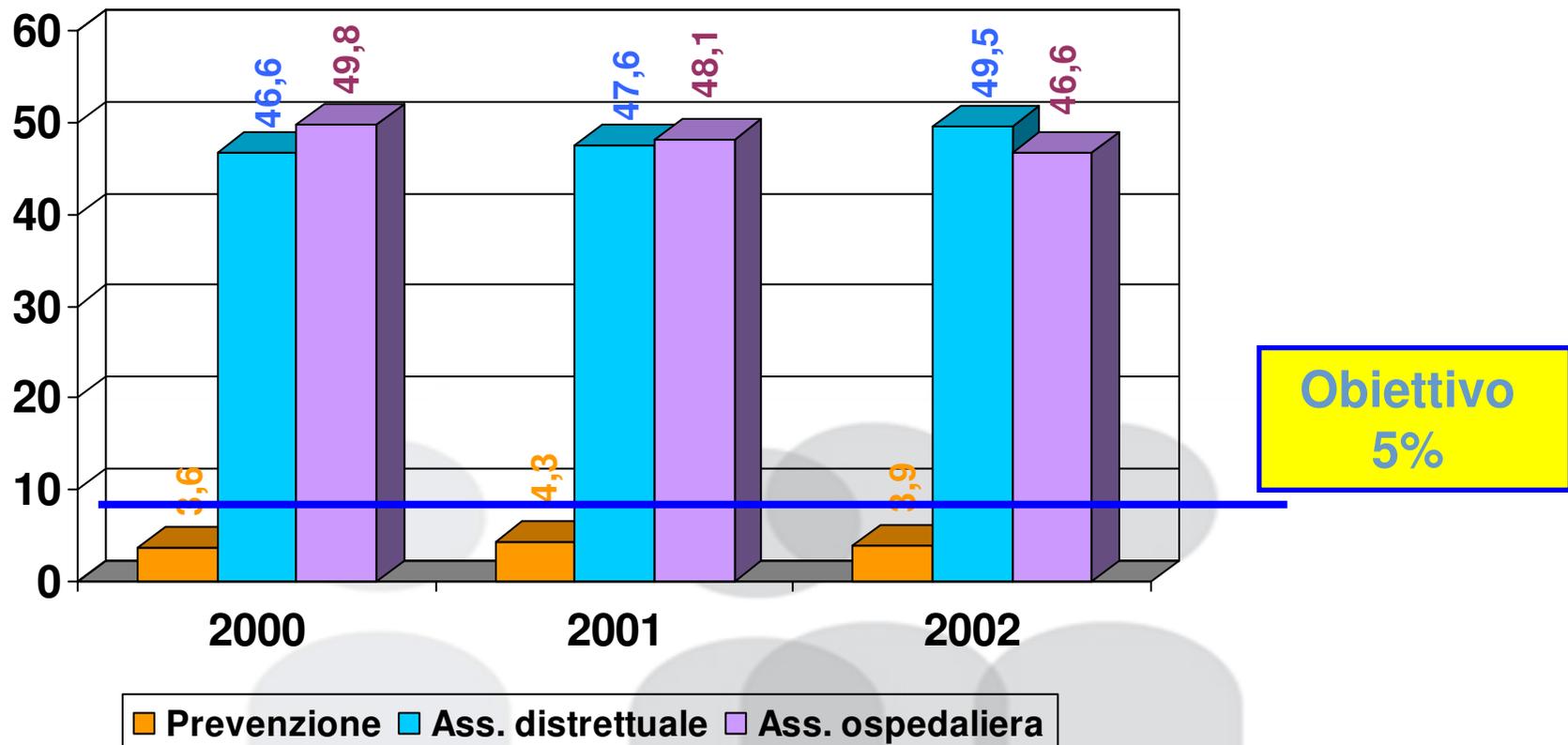
La strategia volta a coprire i bisogni di prevenire le malattie infettive del singolo assistito diventa contemporaneamente il raggiungimento di tassi di copertura collettivi, che permettono di soddisfare le logiche comunitarie della salute pubblica.

... Insomma la prevenzione come “sistema”.

Quota % della spesa sanitaria destinata alla prevenzione



Quota della spesa sanitaria destinata alla prevenzione in Italia, 2000-2002

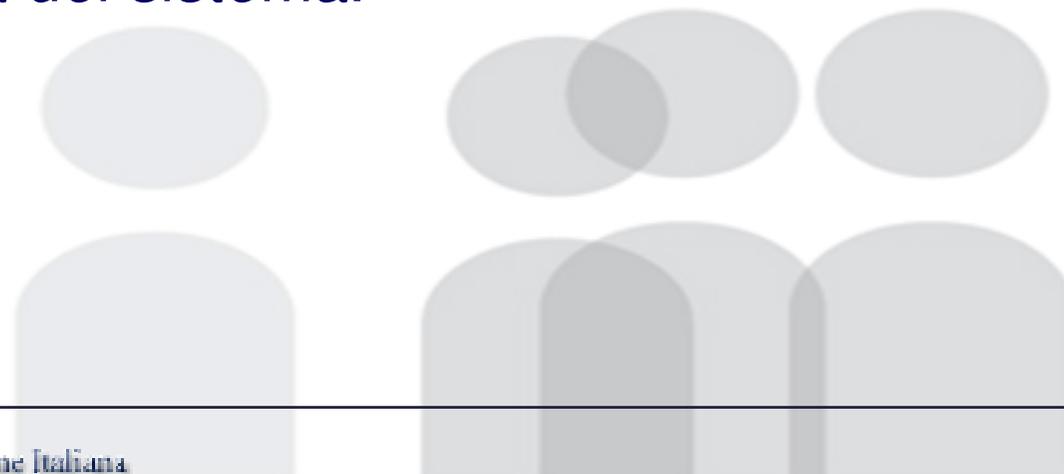


Livello assistenziale

Favorire la presa in carico globale del paziente con rafforzamento del rapporto di fiducia famiglia/pediatra/bambino, allargando il campo di responsabilità del pediatra alla diagnosi ed al trattamento di condizioni morbose acute e croniche ancora impropriamente trasferite all'Ospedale

Livello assistenziale

Incentivare le forme associative specifiche per la pediatria di famiglia, che rappresentano lo strumento necessario alla promozione del lavoro integrato tra medici e di responsabilizzazione su obiettivi di equità e compatibilità economica del sistema.

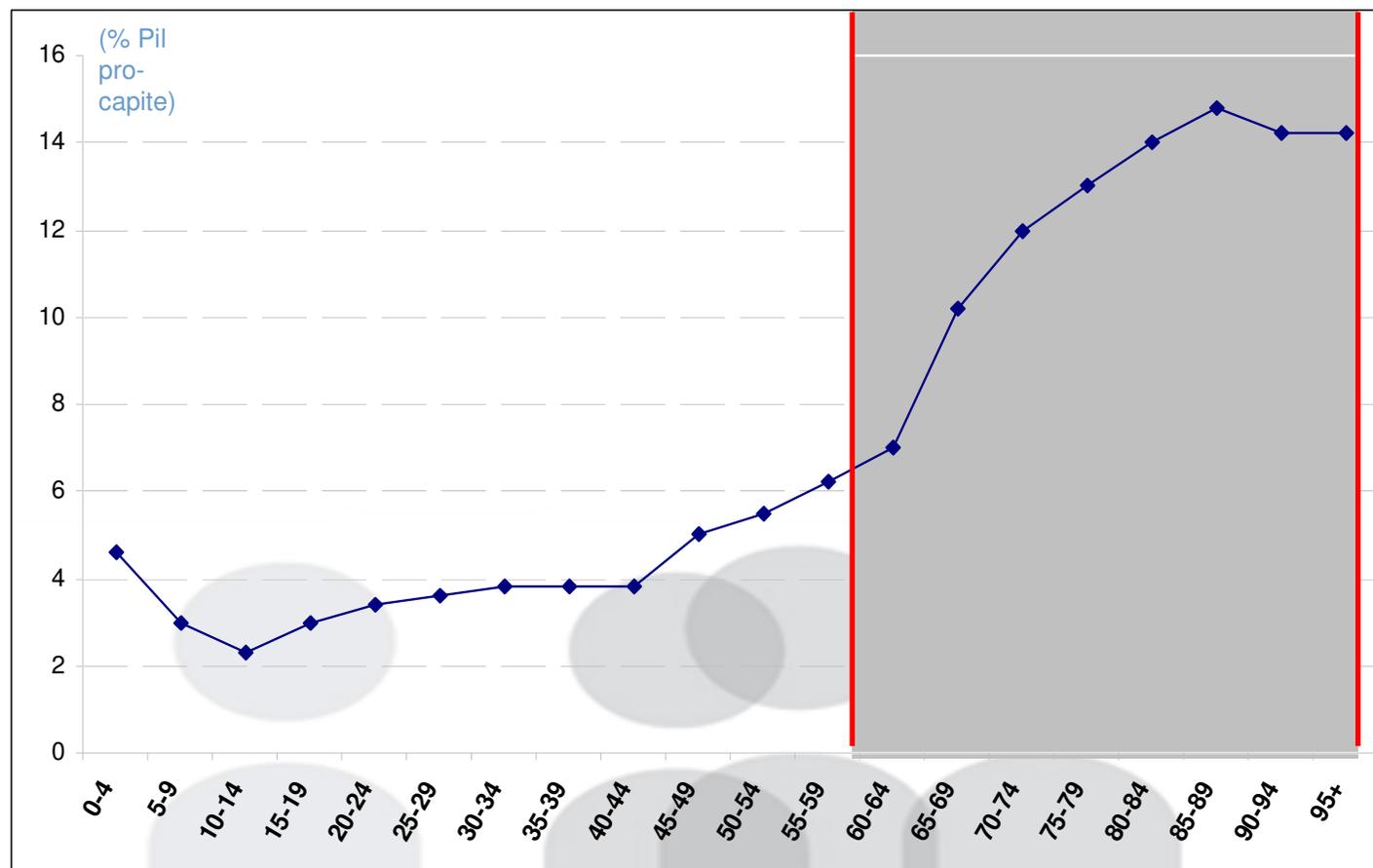


Le dinamiche socio-demografiche: l'impatto dell'invecchiamento.

*La sostenibilità finanziaria del sistema sarà messa
in crisi da :*

- ➔ Aumento della fascia di popolazione anziana, caratterizzata della maggior spesa sanitaria procapite
- ➔ Diminuzione della fascia di popolazione giovane deputata a sostenere finanziariamente il sistema

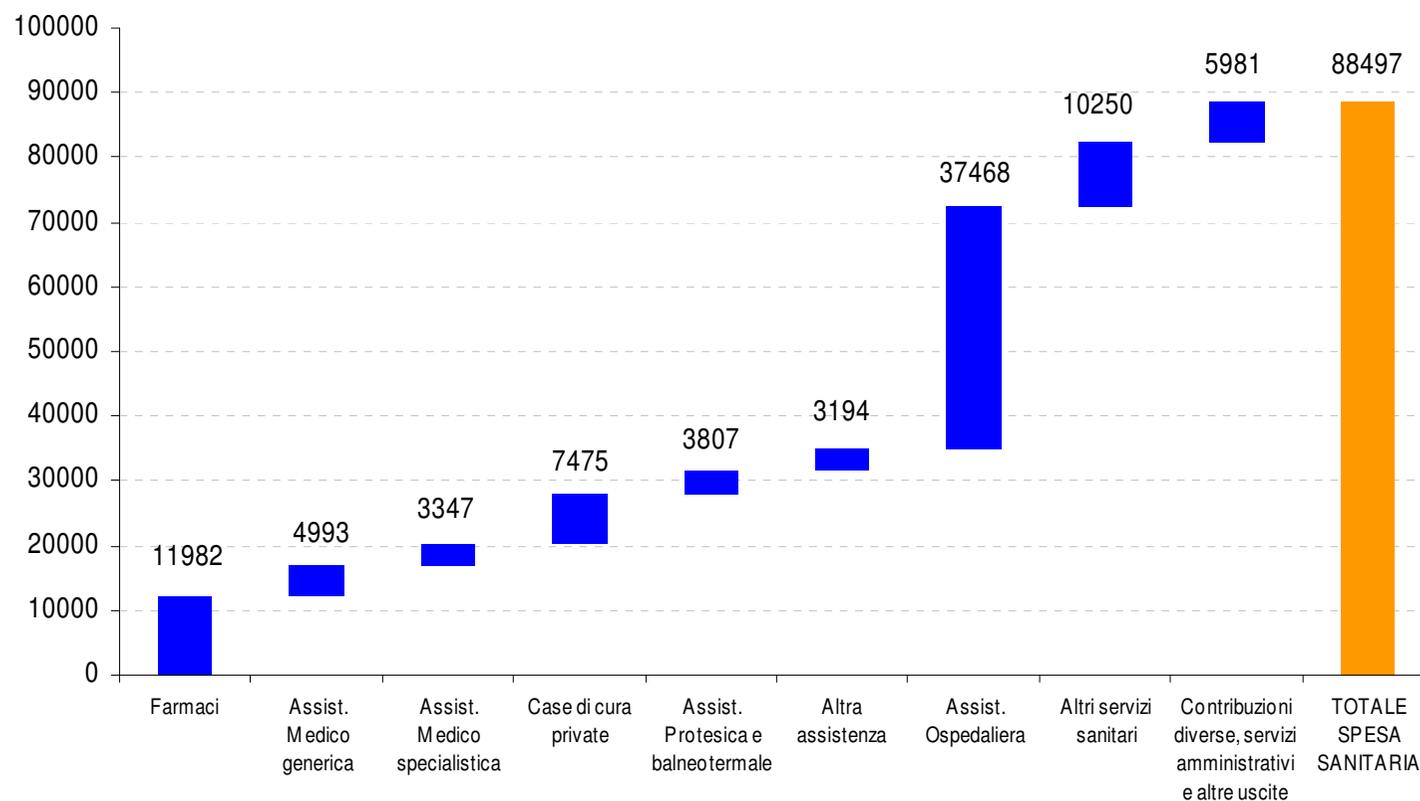
Le dinamiche socio-demografiche: spesa sanitaria per fasce di età



La ripartizione della Spesa Sanitaria Pubblica 2004

La Spesa sanitaria Italiana (dati 2004) ammonta a circa **88,5 Miliardi di €** ed assorbe il **6,5%** del PIL.

La sua principale componente è costituita dalla spesa per **l'Assistenza Ospedaliera Pubblica**, che assorbe il **2,8%** del PIL



Come prevedere l'impatto del cambiamento della domanda nei prossimi anni?

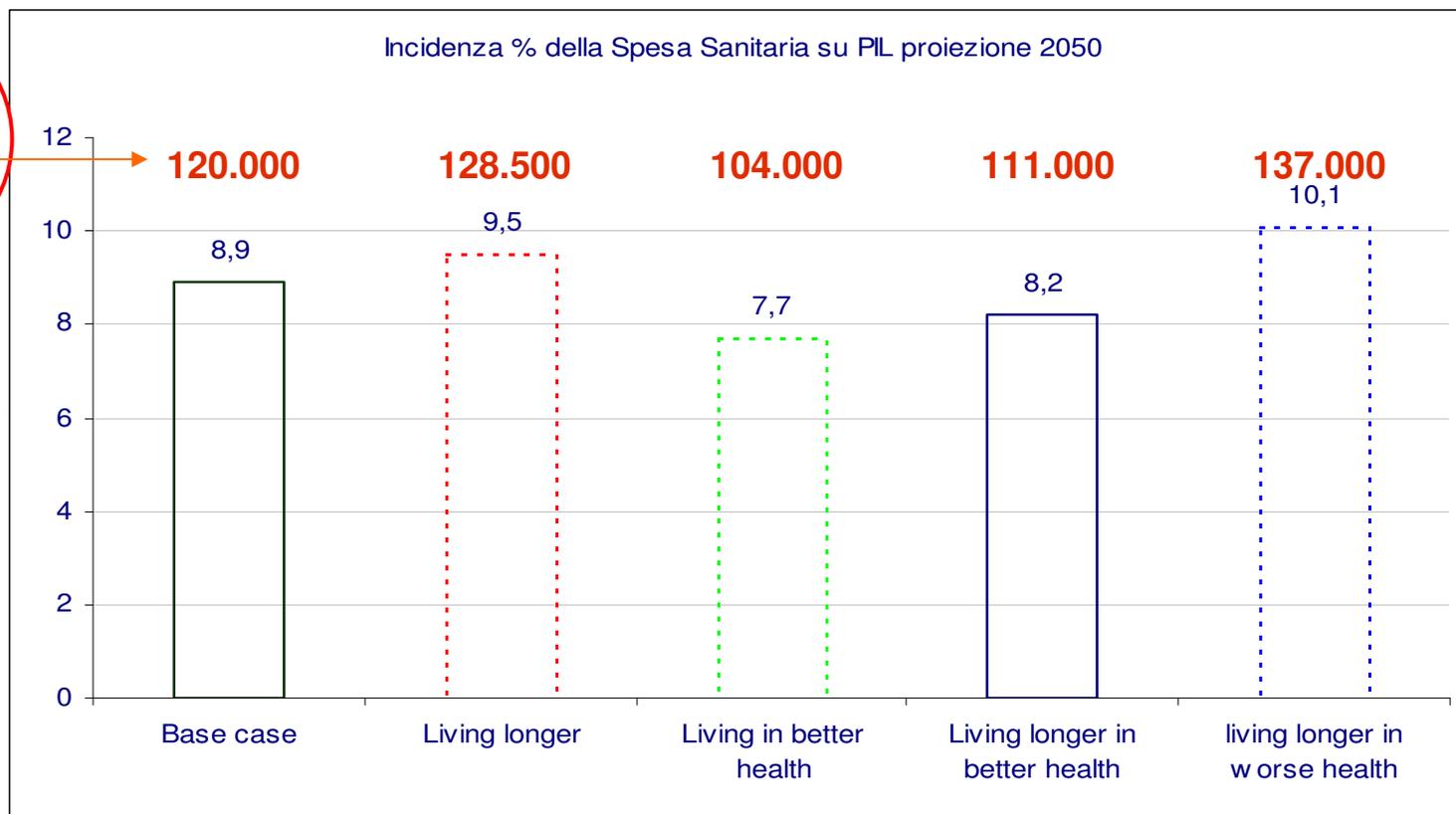


Le dinamiche socio-demografiche svolgono un effetto moltiplicatore sulla spesa sanitaria procapite

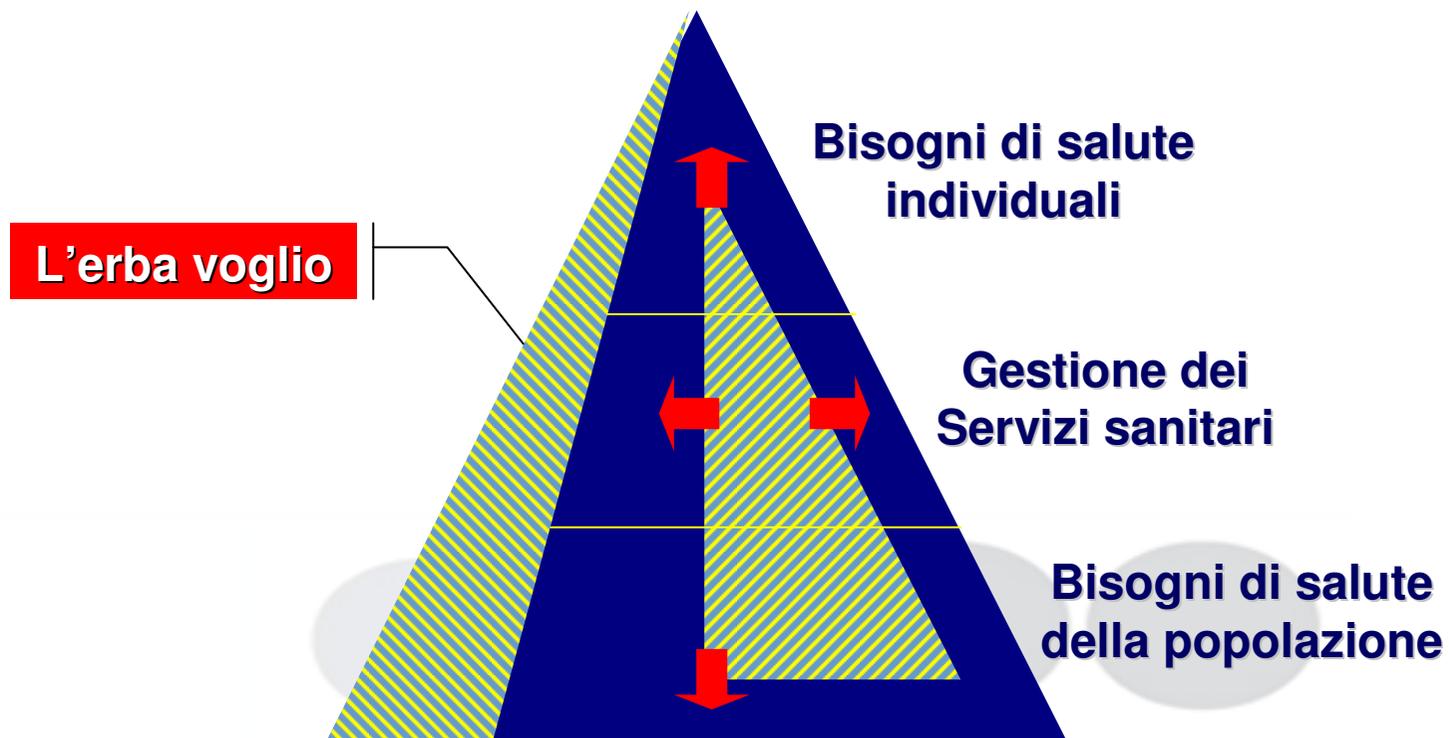
Simulazione dell'evoluzione della spesa sanitaria pubblica sul PIL

La Simulazione dell'evoluzione della spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL potrebbe avere un impatto "esplosivo"

Cosa succede se applichiamo al PIL 2004 queste incidenze?



Il diverso approccio ai bisogni di salute...



... quindi l'attenzione e la promozione si devono spostare sui modelli integrati di assistenza sanitaria, i quali, oltre ad offrire un approccio più tempestivo e coordinato ai problemi del paziente, spostano l'attenzione dei professionisti coinvolti dalla singola prestazione alla gestione della patologia nel suo complesso.

Forme associative a complessità crescente

Queste forme associative devono prevedere l'utilizzo sistemico di

Fattori Umani di Produzione

(per esecuzione di compiti non medici connessi all'attività professionale), e cioè

Personale di Studio e Infermieri Professionali

e in futuro avere un'effettiva capacità di programmazione autonoma.



Si deve cominciare a pensare a

Centri di pediatria, Unità di Cure Pediatriche per l'Infanzia e l'Adolescenza,

che devono avere una presenza capillare sul territorio sul piano funzionale ma non necessariamente sul piano meramente spaziale (un ambulatorio in ogni frazione o in ogni quartiere) come invece avviene ora.



Queste strutture complesse saranno in grado di:

- 1. gestire a tutto campo il bambino e le sue necessità;*
- 2. dare una risposta più efficace all'assistenza territoriale nei confronti dei bambini con malattia cronica;*
- 3. potranno permettere che strumenti quali l'osservazione breve, almeno per certe patologie, possano essere gestiti dai pdf nell'ambito di strutture di questo tipo, spostando ulteriori prestazioni dall'ospedale al territorio.*

Supporti all'allargamento dell'attività medica quali l'informatizzazione e le tecnologie diagnostiche (self-help)

Infine, ma l'ho lasciata volutamente per ultima, strutture quali quelle delineate renderebbero più facile la gestione della continuità assistenziale.

Pensiamo quindi a tali forme associative come sottosistema organizzato per riportare al territorio il primo e più efficace intervento sanitario.

Modello Strutturale e/o funzionale h24 UCPT-UMG

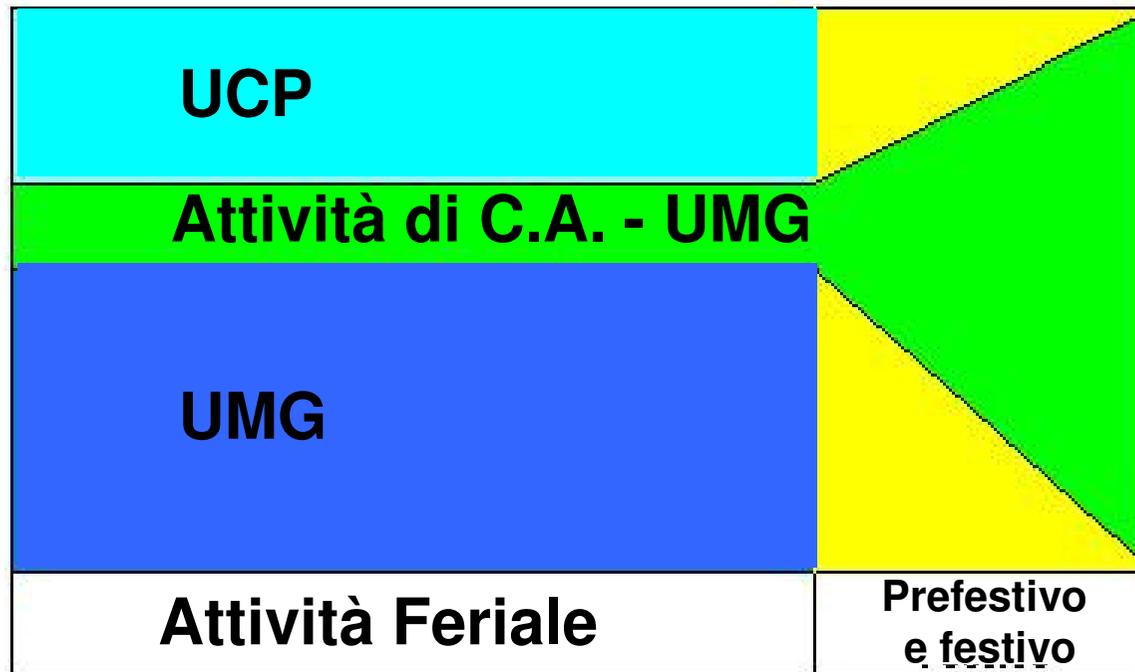
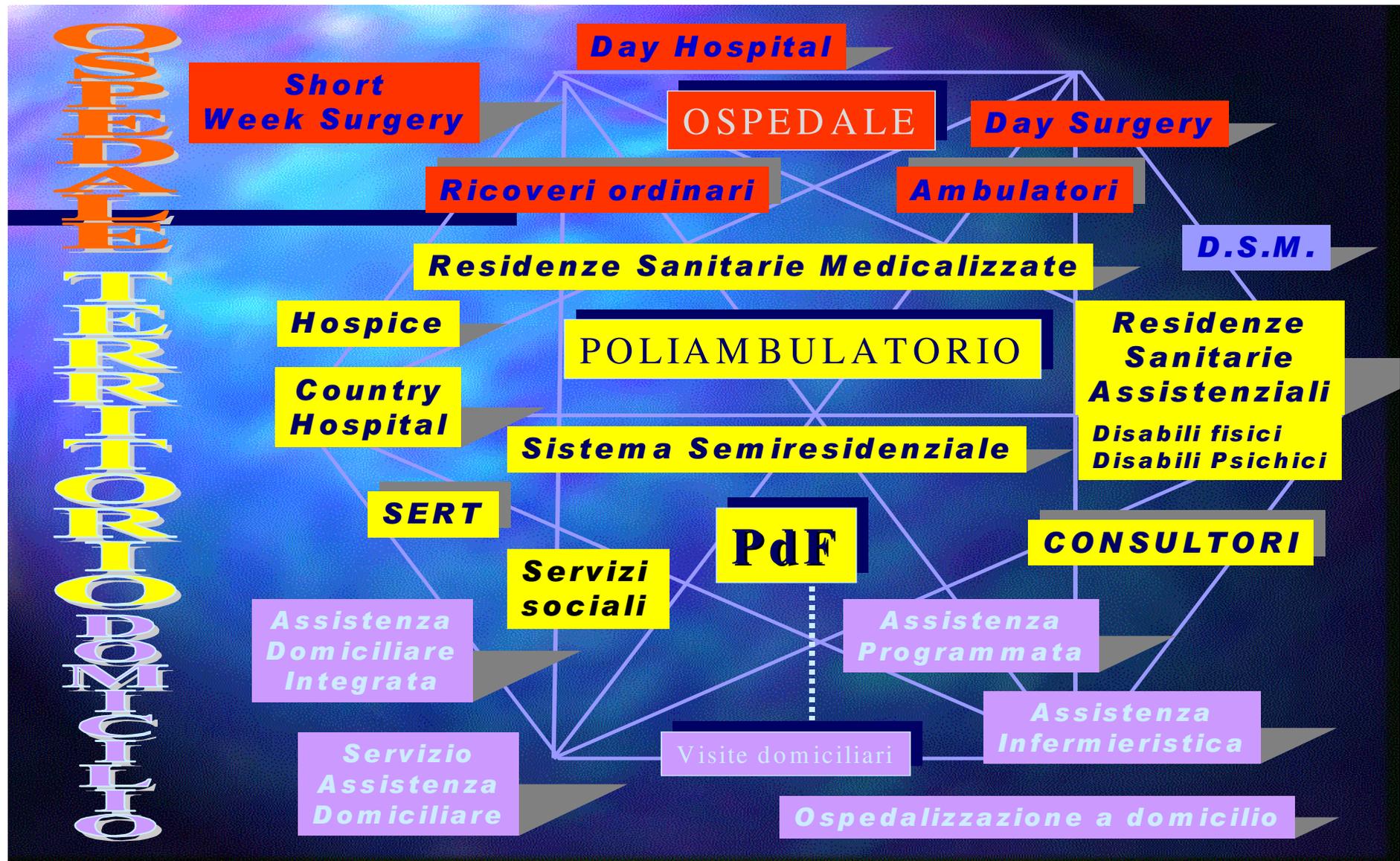


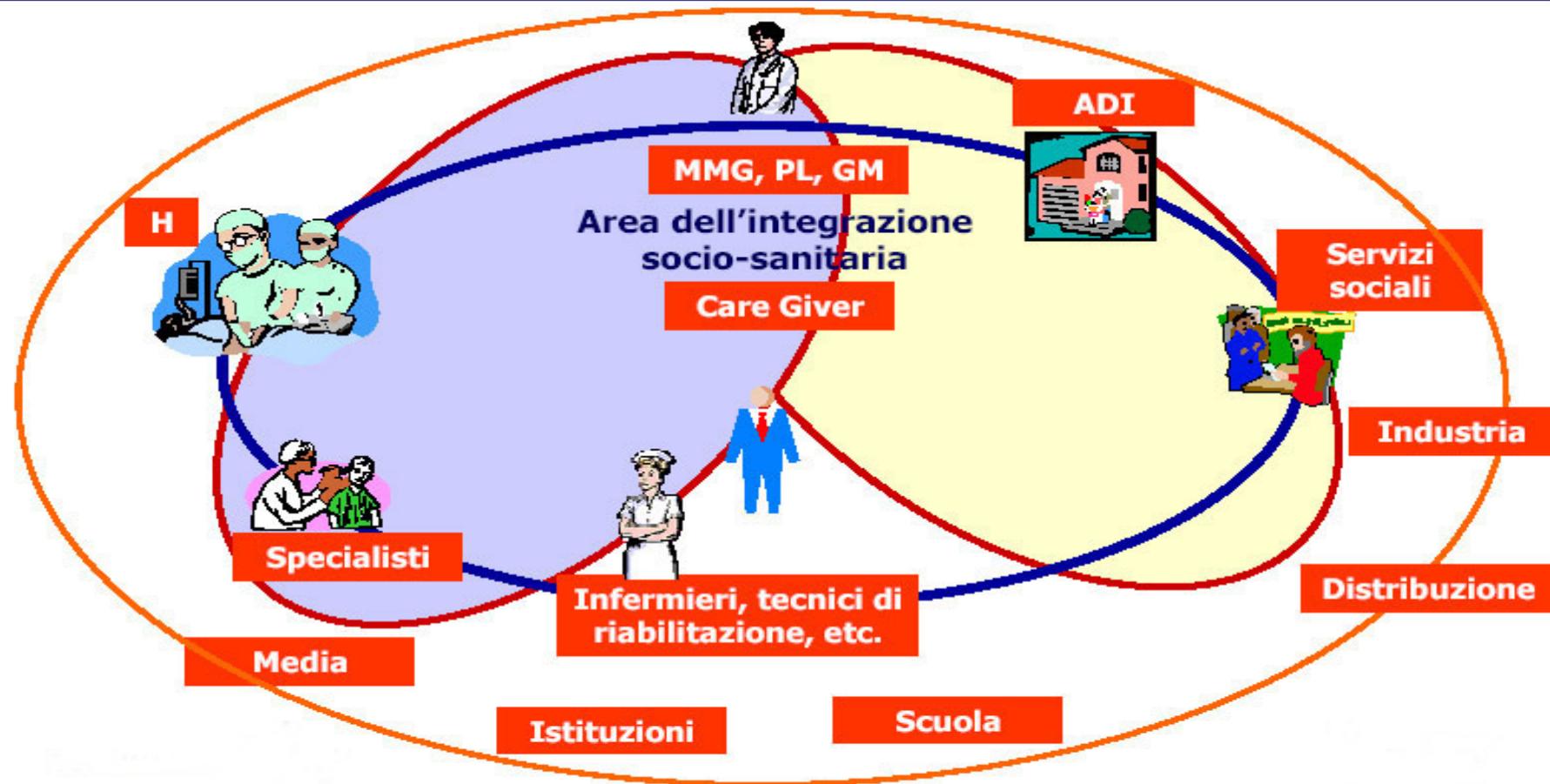
Tabella 6 - CURE PRIMARIE: LA TIPOLOGIA DELLA COPERTURA DEI SERVIZI ALLA POPOLAZIONE DEI PLS (OUTPUT)

REGIONE	NUMERO PLS TOTALE	Pediatr per 1.000 abitanti con età <14 anni	BAMBINI RESIDENTI PER PEDIATRA	PEDIATRI CHE LAVORANO SINGOLARMENTE	PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE •NUMERO ASSOCIAZIONI •NUMERO MEDICI PARTECIPANTI	PEDIATRIA DI GRUPPO •NUMERO GRUPPI •NUMERO MEDICI PARTECIPANTI	PEDIATRIA DI RETE •NUMERO RETI •NUMERO MEDICI PARTECIPANTI
Veneto	553	0,9	1.128	155	78 – (314)	31 – (84)	
Valle d`Aosta	15	1,0	1.045				
Lombardia	1.070	0,9	1.150				
Trentino Alto Adige	80	0,9	1.142	55	9 (25)	0	1 (1 rete con MMG)
Liguria	175	1,0	954	71	18 (73)	10 (31)	
Friuli Ven. Giulia	117	0,9	1.173				
Liguria	175	1,0	954				
Emilia Romagna	539	1,1	928		48-(166)	35-(108)	-
Toscana	428	1,0	972	130 (30%)	160 (37%)	138 (33 %)	0
Umbria	110	1,1	928				
Marche	177	0,9	1.060				
Lazio	740	1,0	959				
Abruzzo	185	1,2	868	58	32(113)	3(13)	(18)
Molise	36	0,9	1.072	20*	3 – (5)*	5 –(11)*	
Campania	775	0,8	1.191				
Puglia	584	1,0	996	247**	282**	55**	0
Basilicata	69	0,8	1.206		12 - (33)	3- (7)	
Calabria	280	1,0	984				
Sicilia	829	1,1	888	317	180 – 500	5 - 12	
Sardegna	230	1,2	844				
Italia							

Quale PdF nella rete di cure?



Interlocutori diversi: Piani che si intersecano continuamente



CONCLUSIONI

Il livello di eccellenza che oggi ci si propone di esprimere è soprattutto connesso alla possibilità che attraverso modelli di comunicazione-integrazione si possa dare una risposta alla Continuità di Assistenza, non solo definita come la capacità di dare le risposte nell'arco delle 24 h ma anche, e forse soprattutto, nella capacità di dare risposte di continuità nelle esigenze che di volta in volta si possano realizzare nel corso della vita.