

1. La pediatria e le cure primarie in Europa e in Italia

Prof.ssa Maria Pia Fantini
Dott.ssa Lorenza Luciano

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Percorso di aggiornamento e confronto per Medici di Direzione delle

L'assistenza pediatrica in Italia

- Attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), tutti i bambini nati in Italia hanno diritto ad essere presi in cura da un medico specialista in pediatria che li seguirà dal momento della nascita fino ai 14 anni, controllandone lo sviluppo fisico e psichico e curandoli in caso di malattia.
- Se i bambini sono affetti da patologie croniche e persistenti, immaturità psico-fisiche e disagi psico-sociali (anche in ambito familiare), l'assistenza da parte del pediatra può essere prolungata fino al compimento dei 16 anni.
- In questo modo il sistema garantisce ai piccoli pazienti un'assistenza primaria omogenea su tutto il territorio nazionale al fine di assicurare continuità e coordinamento tra realtà assistenziali (ospedaliere e territoriali) ed un'adeguata presa in carico dei bambini durante tutto il loro percorso di crescita

Pochi i lavori pubblicati sulle cure primarie pediatriche in Europa

- **Primary Care Pediatrics in Italy: Eighteen Years of Clinical Care, Research and Teaching Under a National Health System Service** Stefano del Torso, Roberto Bussi, Thomas G.DeWitt, *Pediatrics* 99: 1, 1997
- **Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training.** M.Katz, A . Rubino et al: *Pediatrics* 2002; 109:788-796
- **Paediatric primary care in Europe: variation between countries.** Diego van Esso, Stefano del Torso, and the members of the Primary–Secondary Working Group (PSWG) of the European Academy of Paediatrics (EAP) *Arch Dis Child* 2010;95:791–795
- **European Academy of Paediatrics Research in Ambulatory Setting network (EAPRASnet): a multi-national general paediatric research network for better child health** S. del Torso, D. van Esso, A.et al 2010. *Child: care, health and development*, 36, 3, 385–391

... In Europa

- ***l'età pediatrica si estende a tutta l'adolescenza ed il pediatra è sostanzialmente uno specialista di secondo livello.***
- ***La demografia dell'assistenza territoriale europea si è evoluta notevolmente nell'ultimo decennio***

I paesi europei vengono suddivisi in tre tipologie per l'organizzazione delle cure primarie pediatriche:

1) paesi in cui l'assistenza pediatrica è affidata esclusivamente ai pediatri che operano sul territorio come specialisti rimborsati dalle assicurazioni o dallo Stato

2) paesi in cui l'assistenza ai bambini è a carico dei medici di famiglia che esercitano funzione di filtro per le cure specialistiche di secondo livello (paesi Scandinavi e

3) paesi a "sistema misto" in cui l'assistenza pediatrica è affidata ai pediatri ma in alternativa anche ai medici di medicina generale. In questa categoria troviamo tutti i

Una demografia in transizione

- Van Esso (2010) sottolinea la tendenza dei paesi a componente “prevalentemente pediatrica “ e a “sistema misto” a transitare verso forme di assistenza per l’età infantile affidate perlopiù al medico di medicina generale, tendenza che si sta verificando in tutta Europa soprattutto **a seguito della riduzione di specialisti pediatri.**

Tipologia di assistenza pediatrica: 2002 (Katz)e 2010 (Van Esso)

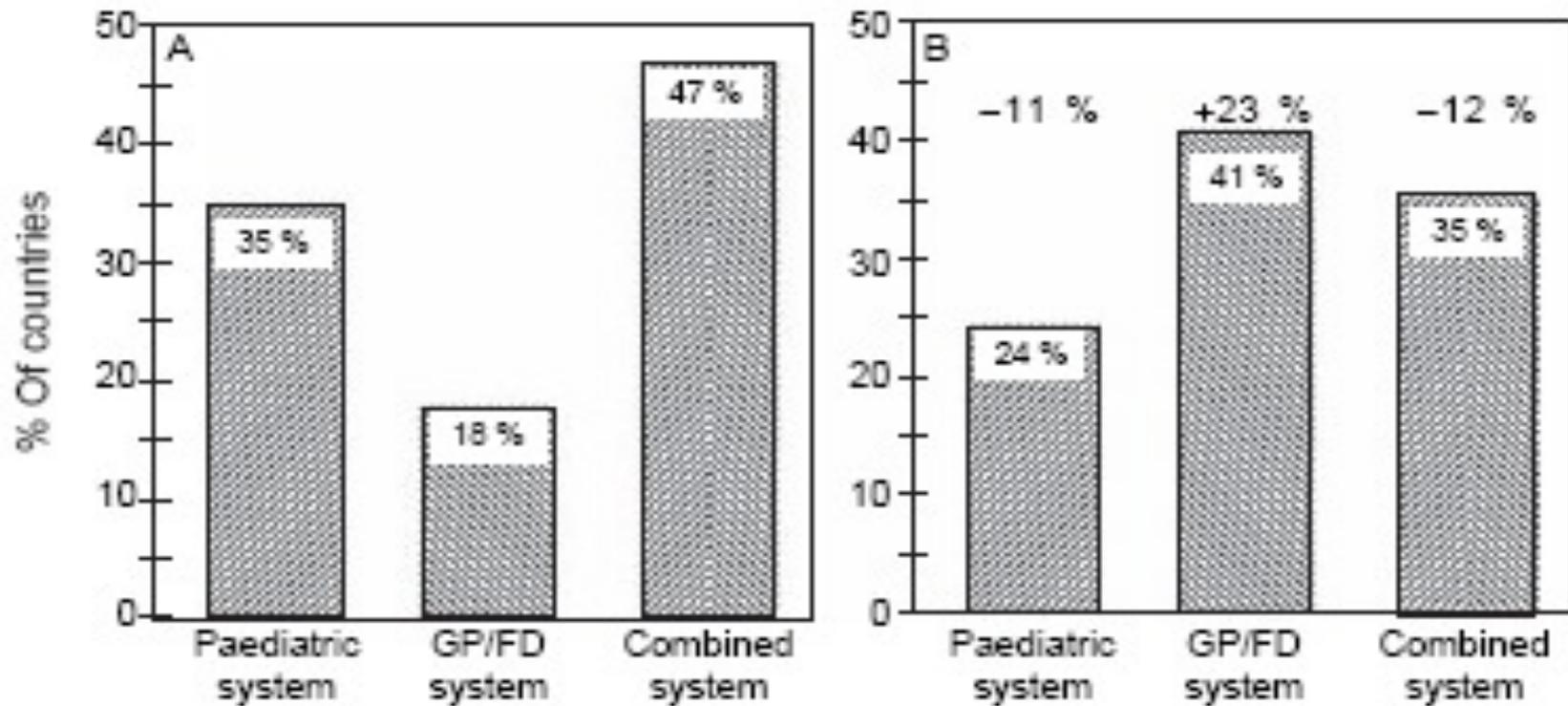
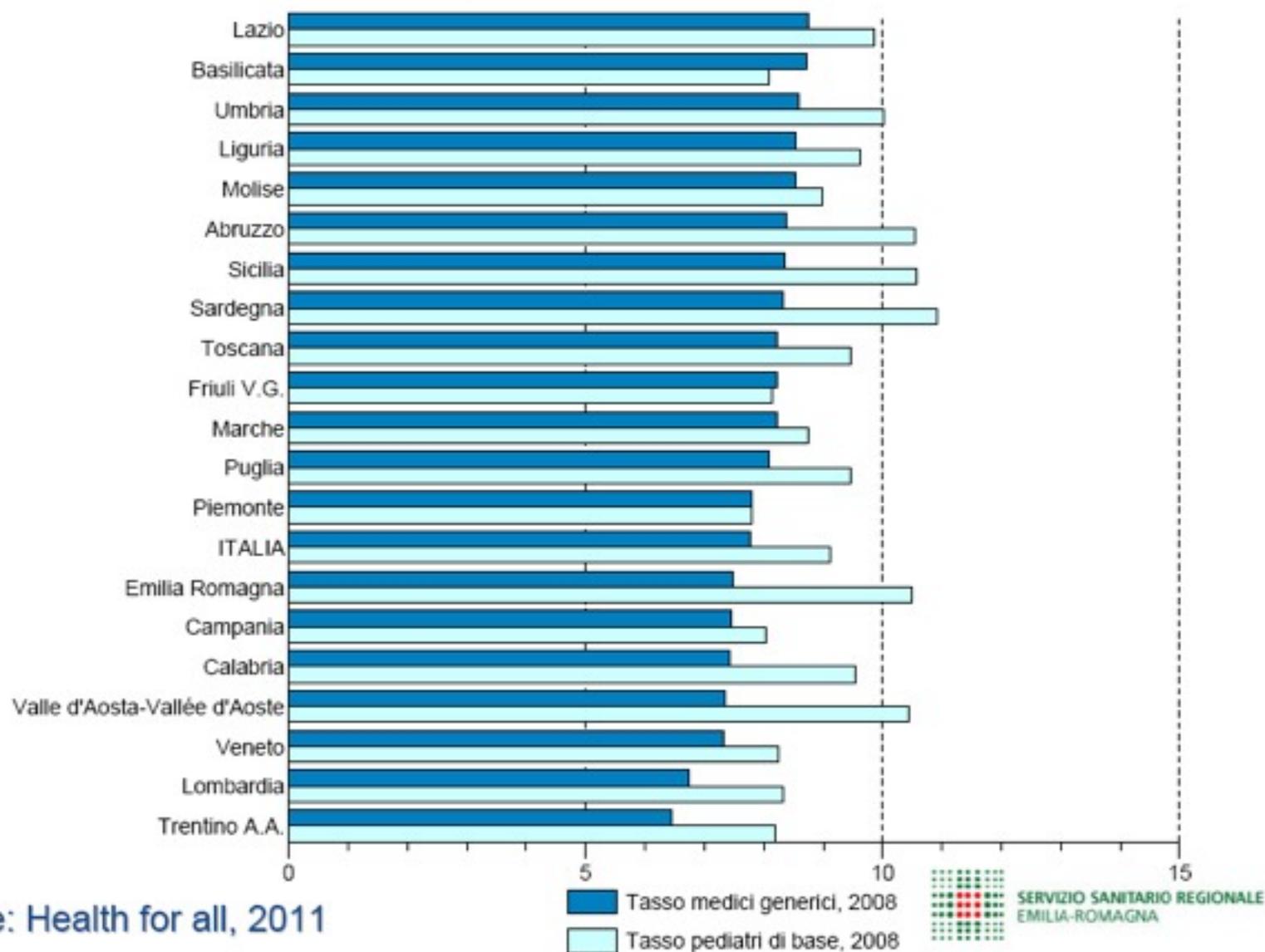


Figure 2 Type of paediatric primary care system according to Katz *et al.* (A) and present data (B).

MMG e PLS per 10.000 residenti - 2008



Fonte: Health for all, 2011

Il dibattito a livello Europeo resta incentrato sulla scelta del professionista più adeguato alla presa in carico del bambino.

Di certo l'eterogeneità persistente nel sistema di organizzazione delle cure pediatriche territoriali europee

La nascita della pediatria di libera scelta in Italia

- *Con la legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale 833/1978* viene stabilito per la prima volta in Italia il dovere di **tutela globale della salute del bambino a carico del pediatra di libera scelta**. Le mutue vengono abolite e si enuncia il principio fondante del SSN: garantire ad ogni cittadino " una eguale tutela della salute e livelli uniformi di assistenza medica, specialistica, ospedaliera".
- È sempre la legge 833/78 a specificare che la normativa riguardante le convenzioni con i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) sono regolate attraverso gli **Accordi Collettivi Nazionali (ACN)** (compiti, ruoli, diritti, doveri e compensi dei medici convenzionati.)
- Alla contrattazione nazionale farà seguito con gli anni l'introduzione degli altri livelli di contrattazione: regionale e locale.

Gli Accordi Collettivi Nazionali dal 1979 al 2000

- **ACN 1979**: viene stipulata la prima convenzione nazionale della pediatria extra-ospedaliera. La salute del bambino di età compresa tra la nascita e i 12 anni, sino ad allora di competenza esclusivamente del medico di famiglia, viene affidata anche al pediatra.
- **ACN 1981**: si sancisce l' esclusività dell'assistenza ai bambini fino ai 6 anni da parte del PLS , mentre i pazienti tra i 6 e i 12 anni possono continuare ad essere assistiti anche dal MMG
- **ACN 1984**: rivalutazione del trattamento economico per i professionisti convenzionati
- **ACN 1987**: si estende l'età degli assistibili da parte del PLS fino ai 14 anni.
- **ACN 1996**: ridefinisce l'esecuzione e i compensi dei bilanci di salute, gli interventi di screening e di educazione sanitaria.
Si assiste per la prima volta ad una separazione tra la convenzione del PLS e quella del MMG

ACN 2000

Nel **2000** viene stipulato un nuovo ACN nel quale viene conferita sempre maggiore autonomia agli ambiti di contrattazione regionale.

Questo accordo recepisce le indicazioni dei vari piani nazionali e regionali, il riordino del SSN fatto con la Legge 229/99, il piano nazionale vaccini 2000, il Progetto Obiettivo Nazionale materno infantile (1998-2000), le raccomandazioni nazionali e internazionali a tutela dei diritti del bambino, comprese le raccomandazioni dell'OMS.

L'ACN 2000 prevede per la prima volta
(parallelamente a quanto viene definito per i MMG)

- **la pediatria di gruppo (art.52),**
- **la pediatria in associazione (art. 53)**
- **la pediatria in rete (art. 54)**

Queste forme associative nascono con lo scopo di migliorare la qualità e l'accessibilità al servizio pediatrico di primo livello. In generale, le forme associative così come quelle che si sviluppano nella medicina generale

ACN 2005

Prevede un ulteriore potenziamento dell' associazionismo

Favorisce ogni iniziativa che consenta al PLS di integrarsi nell'ambito dell'organizzazione dell'area dipartimentale materno - infantile, pur nel rispetto di norme contrattuali che ne salvaguardino la piena autonomia

Conferisce un ruolo più ampio alle Regioni, derivante anche dall'approvazione della legge 3 del 2001 (modifica del titolo V della costituzione).

Gli **Accordi regionali** possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive, funzionali ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali

Gli obiettivi assistenziali che devono essere condivisi da tutte le forme associative sono:

- **maggiore accessibilità al servizio**, grazie all'apertura prolungata degli studi e al servizio di reperibilità telefonica affidata a personale collaboratore.
- **migliore gestione dell'urgenza**, attraverso la presenza in studio di collaboratori e disponibilità dei medici ad assistere anche i pazienti degli altri pediatri dell'associazione per le prestazioni di urgenza- emergenza
- **migliore qualità delle prestazioni diagnostico-terapeutiche**, favorite da un più agevole aggiornamento e dalla possibilità di consulto e confronto con i colleghi.
- **potenziamento dell'attività di educazione alla salute**, per la maggiore accessibilità del servizio e il maggiore utilizzo di personale di studio
- **migliore gestione dei percorsi di secondo livello** all'interno delle forme associative, favorito dalle competenze superspecialistiche dei membri del gruppo o di specialisti di fiducia dell'associazione.

ACN 2010

Prevede l'attivazione di nuove forme organizzative quali le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** e le **Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)**, che nascono per meglio rispondere al corretto funzionamento di un SSN in evoluzione, in cui diventa importante l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

Si realizzano i due livelli, funzionale e organizzativo, della medicina territoriale. In particolare l'art.5 dell'ACN 8 luglio 2010 prevede che gli **Accordi Integrativi Regionali (AIR)** debbano svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative individuate.

ACN 2010

- Il nuovo **articolo 13 bis** ridefinisce i **compiti e le funzioni del pediatra di famiglia** superando una logica puramente prestazionale.
- Emerge il riconoscimento anche giuridico della funzione del pediatra come “integratore” dei servizi sanitari e sociali volti a garantire un corretto sviluppo fisico e psichico del bambino dalla nascita all’adolescenza.
- Per questi motivi **l’intero aumento contrattuale non riguarda specifici compiti o prestazioni ma è pari al 4,85% dell’intera quota capitaria**. Con ciò, viene ulteriormente ribadita la funzione di salute pubblica con forte valenza sociale svolta dai pediatri di famiglia.

L'Accordo Integrativo Regionale (Regione Emilia Romagna) 2010 per i PLS

- Prevede a livello regionale l'adesione al Nucleo di Cure Primarie e l'uso dei sistemi informativi messi a disposizione dalla Regione (Progetto Sole) come condizioni imprescindibili sia per l'accesso che per il mantenimento della convenzione con SSN.
- Poiché secondo l'accordo nazionale l'adesione alle AFT rientra tra i compiti e le funzioni del pediatra di famiglia e il modello NCP è orientato alle medesime finalità dell'AFT, **l'adesione a tali modelli organizzativi diventa obbligatoria per tutti i pediatri.**

I nuclei di cure primarie (NCP) nella Regione Emilia Romagna(1)

- ❖ I NCP riuniscono i medici, i pediatri di famiglia e altri professionisti del territorio quali infermieri, ostetriche, operatori sociali e specialisti territoriali.
- ❖ L'obiettivo è di integrare i professionisti nell'organizzazione dell'Azienda Usl per garantire:
 - percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure,
 - potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi,
 - miglioramento dell'assistenza domiciliare e gestione delle cronicità
 - contenimento delle liste di attesa per visite ed esami specialistici.
- ❖ A questo percorso ha contribuito in maniera incisiva **l'AIR 2006**

I nuclei di cure primarie (NCP) nella Regione Emilia Romagna (2)

- Ogni Nucleo è costituito in media da 15 MMG con una popolazione di assistiti pari a circa 17.800 persone, anche se nelle zone appenniniche le caratteristiche del territorio fanno sì che il numero dei MMG sia molto ridotto.
- Ogni NCP ha una propria sede.
- la responsabilità di ogni Nucleo è affidata a un coordinatore, scelto tra i medici (MMG O PLS) che compongono il nucleo stesso e dagli stessi individuato.

Distribuzione dei Nuclei di Cure Primarie nella Regione Emilia Romagna

Tabella I - Distribuzione dei Ncp (1° gennaio 2012)

Azienda Usl	Ncp	Media Mmg (min-max)	Media assistiti (min-max)
Piacenza	13	15 (12-21)	18.906 (12.150-26.546)
Parma	21	14 (6-21)	18.330 (6.275-31.254)
Reggio Emilia	23	15 (4-28)	19.654 (4.008-38.798)
Modena	39	13 (4-27)	15.651 (4.068-33.563)
Bologna	41	15 (8-28)	18.536 (9.952-34.453)
Imola	7	14 (6-21)	16.428 (7.399-25.526)
Ferrara	18	16 (9-32)	17.695 (10.322-34.514)
Ravenna	17	17 (9-26)	20.142 (11.539-28.294)
Forlì	11	13 (5-21)	15.055 (5.380-24.974)
Cesena	7	21 (12-32)	25.509 (15.027-40.004)
Rimini	19	13 (5-20)	15.173 (7.325-32.607)
Regione	216	15 (4-32)	17.877 (4.008-40.004)

Le Case della Salute nella Regione Emilia Romagna

Sono in corso di realizzazione, in applicazione della delibera di Giunta regionale 291/2010, le "Case della Salute", strutture di erogazione di servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie.

... alla programmazione delle Case della Salute

Le Aziende USL della Regione hanno definito nel corso del 2011 la programmazione delle Case della Salute seguendo le linee di indirizzo per la realizzazione e l'organizzazione funzionale contenute nella DGR n. 291/2010

**L'indagine sullo
stato di attuazione delle
Case della Salute nel 2011**



Obiettivi strategici del Progetto regionale

definire una sede di riferimento “certa” per l’accesso e l’erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione residente nell’ambito territoriale del NCP, facilmente identificabile e con caratteristiche omogenee sul territorio regionale

strutturare la Casa della Salute come sistema che si prende cura delle persone fin dal momento dell’accesso attraverso l’accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, con un approccio globale ai bisogni della persona

sviluppare una gestione proattiva della cronicità, anche attraverso la realizzazione di ambulatori infermieristici per la gestione integrata delle patologie croniche

... dalla DGR 291/2010

tre tipologie di Casa della Salute: *piccola, media, grande*

- oltre l'attività di assistenza primaria erogata dal nucleo delle cure primarie: MMG, PLS, infermiere, ostetrica e assistente sociale

(Casa della Salute piccola)

- possono essere presenti i servizi consultoriali, il poliambulatorio

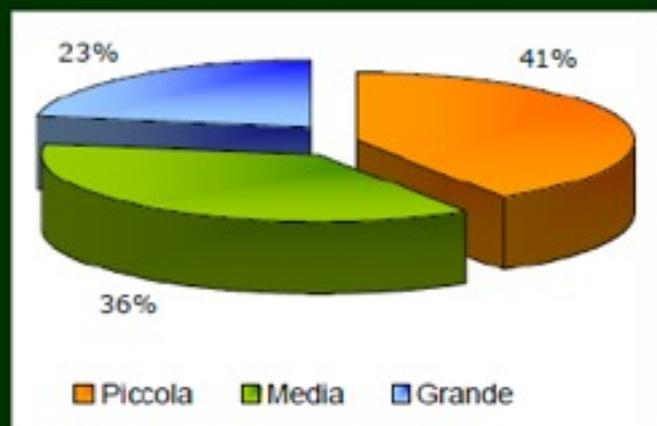
(Casa della Salute media)

- il centro di salute mentale, i servizi di igiene pubblica, e i centri diurni e residenziali per i diversi target di popolazione

(Casa della Salute grande)

Una diversa complessità in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio e alla densità della popolazione

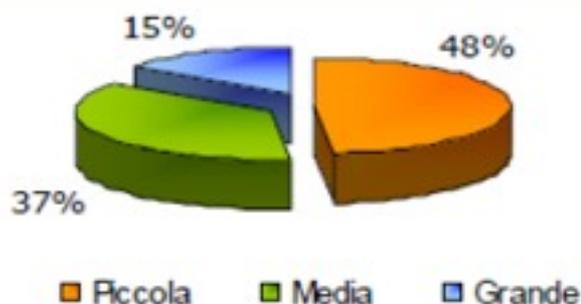
La programmazione interessa pressoché la totalità dei Distretti (35 su 38)



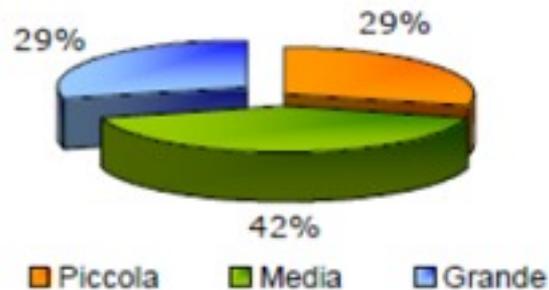
... prevalgono le Case della Salute piccole (41%) su quelle medie (36%) e su quelle grandi (23%)

La programmazione per Area Vasta

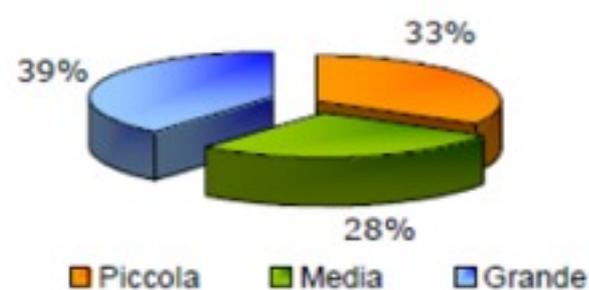
Area Vasta Emilia Nord



Area Vasta Emilia Centro



Area Vasta Romagna



Gli aspetti di carattere generale emersi

Continuità assistenziale per piccole urgenze ambulatoriali per tutta la popolazione del nucleo di cure primarie

In 38 sedi su 42 (91%) e in 21 con una copertura di almeno 10 ore (50%)

Esperienze significative di presenza dell'infermiere nell'ambulatorio di NCP

Protocolli per dimissioni protette e ADI presenti ovunque

17 strutture (40%) sono sede di guardia medica notturna e festiva con presenza di attività ambulatoriale

In tre sedi continuità assistenziale h24 assicurata da un Punto di Primo Intervento collegato alla rete dell'emergenza

Presenza nella sede di una medicina di gruppo: 91%