

Continuità assistenziale integrata ospedale-territorio in età pediatrica nell'ambito della patologia cronica.

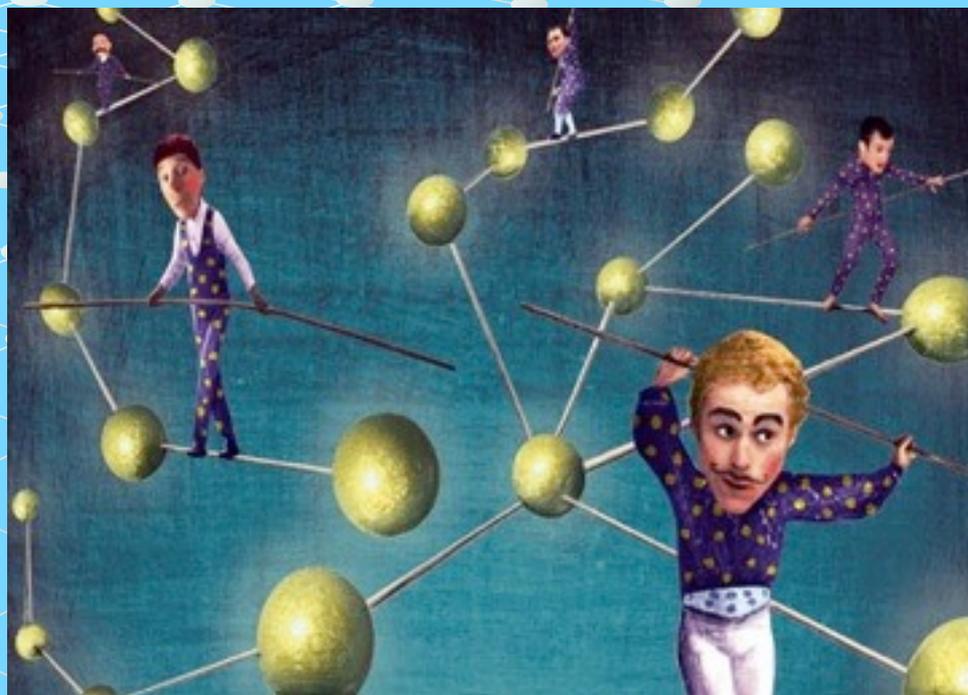
MILANO
21 Marzo 2012

- Le patologie croniche rappresentano uno dei principali problemi sanitari, con un rilevante impatto sociale ed economico. Esse richiedono cure e competenze particolari, rapporti stretti e continui con le strutture sanitarie ed assumono grande rilievo sulla vita sociale del paziente e della sua famiglia.
- Se una malattia cronica interessa un soggetto in età pediatrica, le implicazioni sopra descritte assumono un ruolo ancora più determinante.

STRATEGIA:

INTEGRAZIONE E MULTIDISCIPLINARIETA'

ASL



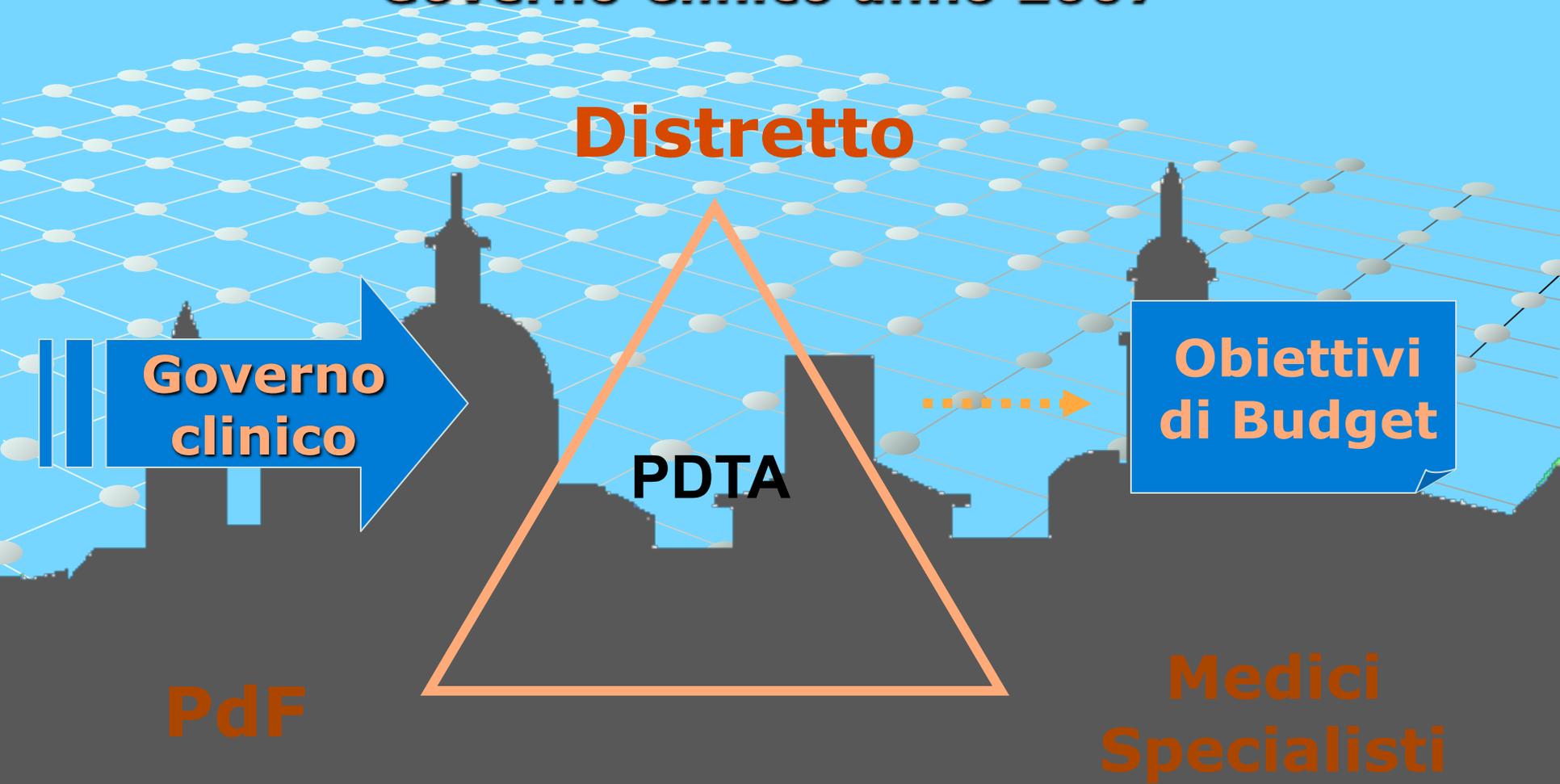
**MEDICI E
PEDIATRI DI
FAMIGLIA**

**AGENZIE
EDUCATIVE**

**ENTI
LOCALI**

**ENTI
EROGATORI
MEDICI
SPECIALISTI**

Budget di Distretto Governo Clinico anno 2007



Strumenti a disposizione del Pediatra stabiliti dall'applicazione degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali

- Bilanci di Salute**
- Bilancio al Cronico**

CRITICITA'

Assenza di procedure di informatizzazione delle attività ambulatoriali dei PLS, in grado di:

- favorire, attraverso meccanismi controllati ed automatici, l'arricchimento dell'informazione clinica sul paziente integrata tra i principali attori del processo diagnostico e terapeutico; fattore essenziale di miglioramento della qualità del processo medico;
- ottenere risparmio attraverso la riduzione di operazioni effettuate manualmente, di valenza puramente amministrativa ed assolutamente inutilizzabili ai fini statistici ed epidemiologici

PROGETTO

- **PROMUOVERE** una cultura della integrazione della cura, creando presupposti stabili per una collaborazione fra le diverse competenze e professionalità, orientando l'organizzazione alla centralità del soggetto in età pediatrica ed alla continuità assistenziale;
- **ATTIVARE** un confronto costante e costruttivo su aspetti clinici ed organizzativi per una sempre più efficace integrazione ospedale-territorio;
- **FAVORIRE** l'evoluzione di un nuovo metodo di lavoro per i medici stessi: non più singoli professionisti, ma professionisti integrati tra loro e con il sistema aziendale per mezzo di metodi di lavoro condivisi (PDT, Bilanci al Cronico, ecc.) e innovativi, come l'introduzione e l'uso di sistemi informatici e telematici.

OBIETTIVO GENERALE

Definire e valorizzare il ruolo del PLS nel processo di miglioramento della qualità assistenziale e dell'efficacia dei servizi erogati, attraverso l'adesione a percorsi strutturati, condivisi ed integrati con i servizi ospedalieri nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva, della continuità assistenziale e dell'assistenza coordinata al bambino cronico.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Realizzare percorsi diagnostico-terapeutici integrati ospedale territorio per la gestione condivisa del soggetto in età evolutiva;
- Sperimentare l'attivazione di un collegamento informatizzato tra gli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta, ASL e Servizi Ospedalieri pediatrici;
- Consolidare e potenziare l'offerta di servizi ospedalieri di secondo livello per la gestione integrata dei pazienti con patologia cronica;
- Strutturare protocolli operativi e modalità di comunicazione comuni a tutti gli attori;
- Messa a regime di un sistema di monitoraggio condiviso e permanente della valutazione dello stato di salute in età pediatrica (bilanci di salute) e del bilancio al cronico

METODO

- **Strutturare e formalizzare PDT relativamente alle patologie croniche attualmente regolate dall'istituto del bilancio al cronico, secondo quanto previsto dall'ACN:**
 - **eccesso ponderale e gestione integrata delle complicanze a livello metabolico ed osteoarticolare**
 - **asma bronchiale**
 - **allergopatie**

- Strutturare, in ambiente SiSS, un collegamento informatizzato tra i soggetti coinvolti che permetta l'accesso e l'estrazione di dati relativi agli assistiti in gestione integrata PLS - Servizi Ospedalieri di secondo livello per patologia cronica.
- Attivare un collegamento telematico con linea telefonica dedicata PLS – U.O. Pediatria del Presidio Ospedaliero di Mantova allo scopo di agevolare lo scambio di informazioni tra Pediatra territoriale ed ospedaliero su singoli casi, seguiti ambulatoriamente e/o in regime di ricovero.

- Ridefinire la programmazione dell'offerta ambulatoriale di secondo livello, nell'ottica dell'appropriatezza prescrittiva ed in coerenza con i PDT condivisi
- Adeguare le dotazioni organiche e strumentali degli ambulatori pediatrici di secondo livello per favorire una presa in carico globale ed appropriata del paziente
- Promuovere tra i Pediatri di Libera Scelta la possibilità di accesso agli ambulatori di secondo livello secondo la nuova programmazione e con le modalità definite dai PDT
- Follow up dei pazienti condivisi con i PLS secondo modalità e criteri definiti dai PDT.

PDT

- Tre sottogruppi di lavoro a composizione mista (ASL, A.O. e PdF) per la condivisione di PDT su **obesità, asma ed allergopatie**.
- Il PDT sull'eccesso ponderale ha perfezionato e contestualizzato l'impegno dei PdF nell'ambito di un progetto aziendale in atto dal marzo 2008 ed i cui indicatori hanno già trovato collocazione nel Budget di Distretto.
- Le indicazioni e le azioni contenute nei PDT sono state inserite negli Accordi Aziendali per gli anni 2009 e 2010 concorrendo a definire, per la pediatria di famiglia, gli obiettivi inerenti il governo clinico.
- Con atto n. 344 del 06/10/2010, si è proceduto alla formalizzazione dei Piani Diagnostico Terapeutici.
- I PDT sono stati pubblicati, nella rete intranet aziendale,

Conseguenze dell'obesità

Età Infantile

- **Disagio psicologico e problemi di socializzazione**
- **Maggiore morbilità, fattore aggravante per l'asma**
- **Artropatie, valgismo delle ginocchia**
- **Dermatiti delle pieghe, strie**
- **Iperensione arteriosa**

Età adulta

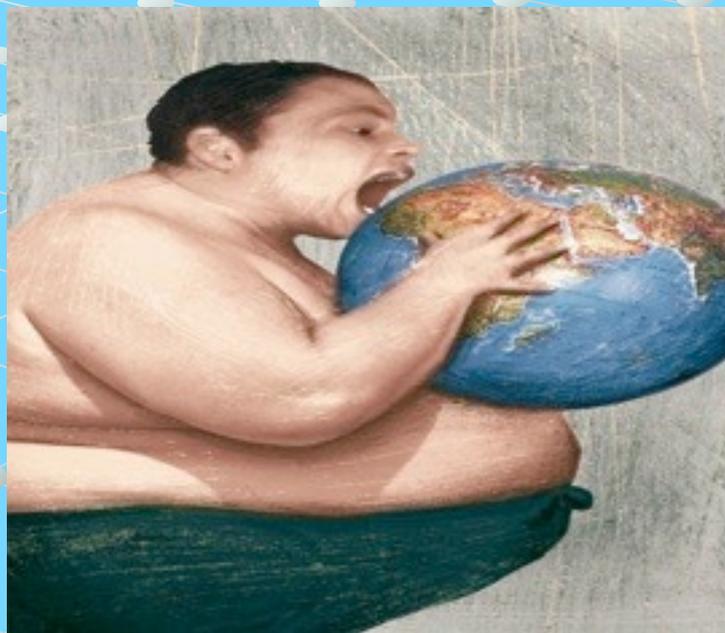
- **Disagio psicologico e problemi di socializzazione**
- **Arteriosclerosi, coronarocerebropatie**
- **Ipercolesterolemia**
- **Iperensione arteriosa**
- **Diabete tipo II**
- **Varici**
- **Artrosi**
- **Tumori**

**STRATEGIA:
INTEGRAZIONE E MULTIDISCIPLINARIETA'**

ASL

**AGENZIE
EDUCATIVE**

**MEDICI E
PEDIATRI DI
FAMIGLIA**



**ENTI
LOCALI**

**ENTI
EROGATORI
MEDICI
SPECIALISTI**

METODO

Monitoraggio condiviso e permanente della valutazione dello stato di salute in età pediatrica (bilanci di salute) e del bilancio al cronico, con indicatori comuni da parte dei Soggetti territoriali competenti, al fine di porre le basi per l'effettuazione di indagini epidemiologiche specifiche.

Attivazione di un sistema di informatizzazione delle attività cliniche dei PLS in ambiente SISS per agevolare i ritorni informativi legati al governo clinico e le procedure di raccolta ed analisi dei dati da parte dell'ASL.

File ritorni informativi: bilanci di salute

ITEM	NOTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	VALORI			
Codice Regionale PLS		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Data di rilevazione		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	gg	mm	anno	
Data di nascita		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	gg	mm	anno	
Sesso		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	m	f		
Nome e cognome assistito		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	nome	cognome		
Codice fiscale assistito		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Codice regionale		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Numero bilancio di salute	generazione automatica per età					x						da 1 a 10			
Peso		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	in hg			
altezza		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	in cm			
centile	generazione automatica	x	x	x	x	x	x	x				< 3°	3°-97°	>97°	
BMI	generazione automatica sec. Cole								x	x	x	sottopeso	normopeso	sovrappeso	obeso
Circonferenza addominale									x	x	x	in cm			
Esame obiettivo generale		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	normale	dubbio	patologico	
Misurazione pressione arteriosa										x	x	max	min		
Valutazione apparato osteoarticolare	con particolare attenzione a dimorfismi e paramorfismi					x	x	x	x	x	x	normale	dubbio	patologico	

Valutazione sviluppo puberale											x	x	normale	dubbio	patologico				
Screening clinico del varicocele													x	normale	dubbio	patologico			
Valutazione sviluppo psicomotorio		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	normale	dubbio	patologico			
Valutazione relazione adulti-bambino		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	normale	dubbio	patologico			
Analisi problematiche psico-sociali	comprese relazioni scolastiche, comportamenti												x	x	x	assenti	presenti		
Analisi anomalie abitudini nutrizionali													x	x	normale	dubbio	patologico		
Allattamento al seno		x	x	x	x										seno	artificial e	misto		
Analisi abuso sostanze (alcool – tabacco – droghe)													x	x	normale	dubbio	patologico		
esposizione a fumo passivo													x	x	x	si	no		
Prescrizione nutrizionale e attività motoria													x	x	x	x	si	no	
Attività motoria													x	x	x	x	sport settimanale	gioco aperto	vita sedentaria
Educazione all'igiene orale													x	x	x	x	si	no	
Educazione per la prevenzione incidenti		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	si	no				
Educazione al gioco		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	si	no					
Educazione per prevenzione MTS															x	si	no		
Proposizione adempimenti vaccinali		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	si	no					

File ritorni informativi: bilancio al cronico

ITEM	NOTE	ATTIVAZIONE	FOLLOW UP	VALORI			
Codice Regionale PLS		X	X				
Data di rilevazione		X	X	gg	mm	anno	
Luogo di nascita		X	X				
Data di nascita		X	X	gg	mm	anno	
Sesso		X	X	m	f		
Nome e cognome assistito		X	X				
Codice fiscale assistito		X	X				
Codice regionale assistito		X	X				
Residenza	Via, numero civico, comune, frazione	X	X				
attivazione programma	creazione automatica della scheda con campi firma PLS e genitori	X		si	no	proseguimento	modifica
follow up	Necessità di etichettare con numero progressivo nell'arco di 12 mesi. Creazione automatica della scheda con campi firma PLS e genitori		X	no	si		
età attuale	generazione automatica su base 0,5 (6 mesi)	X	X				

età esordio		X					
familiarità obesità		X		no	si		
familiarità dislipidemie		X		no	si		
familiarità ccv		X		no	si		
familiarità ipertensione		X		no	si		
familiarità diabete 2		X		no	si		
disturbi articolari		X		no	si		
altezza		X	X	cm			
peso		X	X	hg			
BMI	calcolo automatico	X	X	normopes o	sovrappeso	obeso	
circonferenza vita fianchi		X	X	cm			
esami laboratorio		X	X	no	si	quali.....	
esami strumentali		X	X	no	si	quali.....	
visite 2° livello		X	X	no	si	quali.....	
visite spec. altri problemi		X	X	no	si	quali.....	
terapia farmacologica		X	X	continuativ a	al bisogno		
consegna materiale educativo		X	X	no	si		
consigli attività motoria		X	X	no	si		

TITOLO: Il ruolo dei Pediatri di Famiglia nella prevenzione delle patologie croniche. L'efficacia della presa in carico del bambino in eccesso ponderale.

Veronica Scardigli¹, Emanuela Vettorelli², Gaia Fioravanti³,
Maria Letizia Marchetti⁴, Pietro Manotti⁵, Alessandra
Pelizzoni⁶, Riccardo Peasso⁷

MECOSAN , 80 DEL 2011

Ricerca: Obiettivi

(Mecosan n.8 dicembre 2011)

Obiettivo primario

- valutare l'efficacia della presa in carico da parte dei PdF dei bambini in eccesso ponderale, attraverso l'analisi dello stato ponderale all'inizio e alla fine della presa in carico.

Obiettivi secondari

- valutare la compliance dei Pediatri ai criteri di presa in carico definiti dal PDT

- Valutare la relazione tra applicazione di tali criteri e miglioramento dello stato ponderale.

Ricerca: Metodo

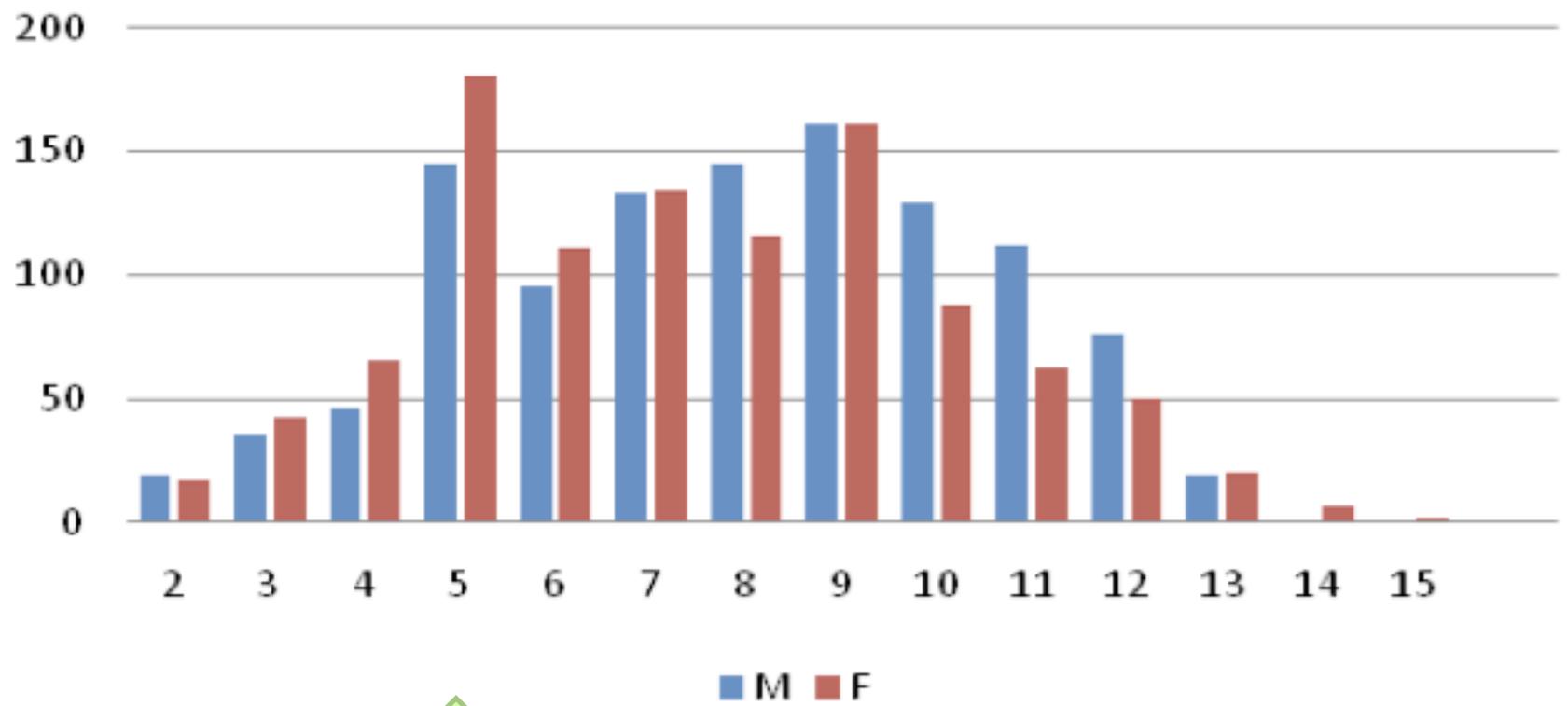
Dal punto di vista metodologico la ricerca si configura come uno studio retrospettivo: l'analisi si concentra su una popolazione di **2.173** bambini in eccesso ponderale di età compresa tra i 2 e i 14 anni presi in carico dai 46 PLS nell'ambito del progetto implementato presso l'Asl di Mantova in un **periodo di 33 mesi (1/4/2008 – 31/12/2010)**.

Il campione

- **Tempo: 33 (aprile 2008 - dicembre 2010)**
- **Campione: 2.173 assistiti, di cui 49% femmine e 51% maschi.**
- **Classe BMI alla prima visita:**
 - **48% (1.036) obesi**
 - **50% (1.077) in sovrappeso**
 - **2% (60) normopeso.**
- **I bambini presi in carico rappresentano circa il 4% del totale della popolazione assistita**
- **L'età media**
 - **delle femmine è 7,7**
 - **dei maschi è 8,2 anni**

I risultati

Popolazione presa in carico nel progetto



15% del campione

15% del campione

I risultati: adesione

- **Ciascun PdF su una popolazione assistita media di 853 bambini nella fascia di età 2-14 anni ne ha presi in carico con il Bilancio al Cronico per eccesso ponderale mediamente 43, che corrispondono al 5 % annuo.**
- **Considerando media 4-6%**
 - **46% dei pediatri rientra nella media**
 - **37% sono sotto la media**
 - **17% risultano al di sopra della media.**

Il drop out

- **Bambini con 1 sola visita nell'arco dei 33 mesi (568 26% del campione)**
 - **56% (317) sono sovrappeso**
 - **38% (218) sono obesi.**
- **Significativa differenziazione tra i PdF:**
 - **14 PdF (33%) hanno una % di abbandono superiore alla media**

Modalità di presa in carico

L'analisi da questo punto è circoscritta a 1.456 bambini che hanno avuto più di 1 visita nel periodo di riferimento

Variabile	Media	Deviazione standard	Mediana	Percentile 25	Percentile 75
Mesi di presa in carico	14,70	8,59	13,53	6,85	21,37
Numero di visite	4,6	2,6	4,0	2,0	6,0
Intervallo medio fra le visite (mesi)	3,3	1,7	2,9	2,3	3,8

Il 17% dei bambini non sono stati seguiti nel rispetto dei criteri del PDT in quanto le visite hanno avuto intervalli superiori ai 4 mesi.

Efficacia della presa in carico

- **L'analisi dell'efficacia della presa in carico rileva interessanti risultati:**
 - **20% dei bambini è stato interessato ad un cambio di classe (da obeso a sovrappeso o da sovrappeso a normopeso)**
 - **il 70% dei bambini hanno ridotto il proprio eccesso ponderale.**
- **La presa in carico pediatrica sembra essere efficace nel modificare lo stile di vita dei bambini e in generale della famiglia.**
- **Negli studi controllati, in cui sono valutati anche soggetti che non vengono sottoposti a nessun intervento, i bambini o ragazzi del gruppo di controllo, (che non ricevono interventi), tendono a peggiorare il loro stato ponderale o a rimanere stabili (Plachta Danielzik, 2011; Economos, 2007; Hollar, 2010).**

Efficacia della presa in carico

- **Lo studio delle correlazioni tra outcomes (classe BMI e BMI z score) e variabili di presa in carico (numero di visite, durata follow up e intervallo fra le visite), evidenzia che:**
 - 1. il raggiungimento di risultati più significativi, quali il passaggio ad una classe di BMI inferiore rispetto a quella di partenza, è associato a periodi di presa in carico più lunghi con un numero più elevato di visite di follow-up;**
 - 2. il miglioramento anche minimo dello stato ponderale (espresso come riduzione del BMI z score) è invece associato a visite più ravvicinate (intervallo medio fra le visite più basso)**

Efficacia della presa in carico

Andamento classe BMI alla prima e all'ultima visita nel periodo di riferimento

- **La percentuale di miglioramenti è significativamente più alta tra gli obesi alla prima visita (26%) rispetto ai bambini in sovrappeso (13%).**
- **Chi risulta obeso alla prima visita ha una probabilità di migliorare doppia (2,38 volte) rispetto a chi è solo sovrappeso.**

Efficacia della presa in carico

Correlazioni tra andamento della classe BMI e variabili di presa in carico.

● I bambini migliorati sono seguiti in media 1,86 mesi in più di chi è rimasto stabile o non è migliorato e hanno in media 0,62 visite in più.

● In particolare la probabilità di migliorare aumenta dell'8,4% ad ogni visita in più che viene fatta al paziente .

Efficacia della presa in carico

Andamento BMI standardizzato alla prima e all'ultima visita nel periodo di riferimento

- Sulla base di tale analisi risulta che il miglioramento di BMI interessa il 71% (1.425 bambini) del campione.
- Maggiore probabilità di miglioramento per i bambini obesi rispetto a quelli in sovrappeso: i primi hanno il 14% in più di probabilità di migliorare.
- La quantificazione del miglioramento, la riduzione media del BMI z score è 0,09 per i sovrappeso e 0,15 per gli obesi.

Efficacia della presa in carico

La revisione della letteratura permette di concludere che il risultato in termini di riduzione del BMI z score dei bambini presi in carico in questo studio sono in linea, e in alcuni casi migliori di quelli ottenuti da altri studi.

Correlazioni tra andamento della classe BMI e variabili di presa in carico.

- I bambini migliorati sono seguiti in media 1,86 mesi in più di chi è rimasto stabile o non è migliorato e hanno in media 0,62 visite in più.
- In particolare la probabilità di migliorare aumenta dell'8,4% ad ogni visita in più che viene fatta al paziente .

Efficacia della presa in carico

Correlazioni tra andamento BMI standardizzato e variabili di presa in carico.

- **Se il miglioramento è considerato come riduzione del BMI (z-score) e non solo come cambio classe, l'intervallo tra le visite risulta essere la variabile che maggiormente incide sull'outcome: i bambini migliorati hanno avuto visite più ravvicinate rispetto ai bambini peggiorati.**

Risultati

- Aderenza al PDT
- Riduzione del peso:
 - tempo presa in carico
 - n. follow up
 - periodo intercorso tra i fu
 - stato di peso iniziale

Il ruolo del pediatra di famiglia

- Tale figura professionale rappresenta, infatti, il primo punto di riferimento del bambino e dei suoi genitori per l'accesso alla rete dei servizi sanitari, ha un rapporto di continuità con il bambino e la sua famiglia basato sulla fiducia e garantito dal principio della libera scelta.

Il ruolo del pediatra di famiglia

Nel 2008, la Regione Lombardia ha elaborato un documento fornendo Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione integrata ospedale – territorio del sovrappeso e dell'obesità, in cui viene specificato il ruolo del PDF, riconducibile a:

- promozione di corretti stili di vita
- intercettazione precoce dei soggetti a rischio di eccesso di peso e valutazione della predisposizione a eventuale rischio attraverso criteri anamnestici e clinici
- promozione/prescrizione personalizzata di adeguati stili di vita (nutrizionali e attività motoria) a valenza terapeutica in caso di riscontro di eccesso ponderale e monitoraggio della stessa
- invio a valutazione specialistica per i casi più complessi.

E il ruolo della rete?

Il Pediatra di Famiglia, deve poter agire quale nodo integrato in un sistema di rete nella quale le varie istituzioni (scuola, **famiglia, operatori sanitari**, comunità ed enti), ognuno nell'ambito delle specifiche competenze, promuovono non solo l'attuazione di sani stili di vita (alimentazione corretta, attività fisica e riduzione della sedentarietà), ma anche la formazione, il counselling comportamentale e l'educazione nutrizionale dei genitori.



Regione
Lombardia

ASL Mantova



GRAZIE