SISAC
Struttura interregionale sanitari convenzionati

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data 28 settembre 2005 alle ore 12,00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore Dr. Luigi Covolo

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMP

Dr. Pier Luigi Tucci

Dr. Giuseppe Mele

CIPE

Dr. Tiziano Dall'Osso

Dr. Giuseppe Gullotta

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni.

Visto l'art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni

00184 Roma - Via Nazionale, 75 - Tel. 06.478394 - Fax 06.478394234 / 06.233291834
E-mail: segreteria@sisac.info - Internet: www.sisac.info

Il 29 settembre 2005

la FIMP

ha sottoscritto il testo dell'ACN per la pediatria di famiglia, il primo conseguente alla riforma in senso regionalistico del titolo V della Costituzione, e alla fine di un lungo confronto durato due anni.

DUPLICE IMPEGNO

- Da un lato, mettere sotto controllo, attraverso un rigoroso inserimento di norme contrattuali, la dinamica giuridico-economica dello status dei pediatri di famiglia, legandolo alla funzione esclusiva, nell'ambito del Servizio sanitario pubblico, di garanzia della salute del bambino e dell'adolescente, così favorendo un percorso contrattuale di pari dignità funzionale rispetto a quello della dirigenza medica ospedaliera.

- Dall'altro, stabilizzare e rafforzare il settore della pediatria di famiglia, attraverso una operazione di diversificazione degli obiettivi e dei modelli finora propri della medicina generale.

LA PARTE GIURIDICA

Questa parte è stata quella che ha richiesto un impegno maggiore, in quanto partivamo da un cambiamento radicale del nostro status giuridico rispetto all'attuale, con la possibilità di rappresentare per il prossimo futuro un pericolo concreto per la sopravvivenza della PdF.

Il nuovo Accordo permette di:

- *ribadire la **specificità del ruolo e della funzione** del Pediatra di Famiglia nell'ambito del SSN*
- *Sancire il riconoscimento dell' area pediatrica e di conseguenza la specificità dell'assistenza pediatrica*
- *Offrire una garanzia di continuità alla Pediatria di Famiglia*

Partendo dal principio che il territorio è il punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, l'Accordo conferma che obiettivo di carattere generale è **promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria**.

LE GARANZIE

Una vera e propria esclusiva giuridica, per funzioni e prestazioni, che obiliga le Regioni ad utilizzare esclusivamente, nella fascia di età 0 – 14 anni, i pediatri di famiglia convenzionati e nessun altro.

Garantire il diritto dei LEA pediatrici

In modo il più possibile omogeneo su tutto il territorio nazionale per i bambini assistiti dal pediatra di famiglia.

Il nuovo mondo …

- **Cambiano le** [illegible] :della pre[illegible]

Chi dice questo?

- Atto d'indirizzo
- Piano Sanitario Nazionale
- Accordo Stato Regioni

STATO DI PARTENZA

Il nostro Servizio Sanitario è un buon sistema, uno dei migliori al mondo.

Esso rappresenta un punto di forza del nostro Paese, che deve essere valorizzato al meglio.

Le dinamiche del cambiamento e sostenibilità del SSN per renderlo coerente con il nuovo scenario di riferimento.

Dinamiche socio-demografiche

Nuovi sviluppi scientifici e tecnologici

Quadro epidemiologico

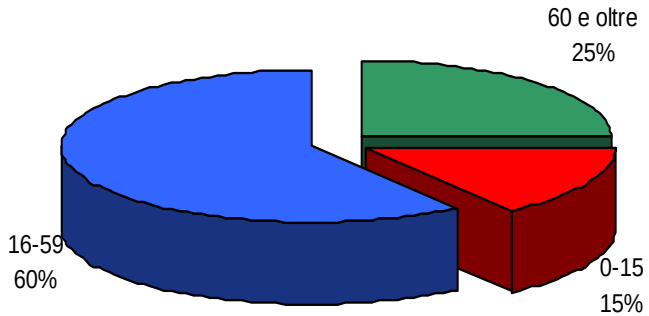
Nuove esigenze del cittadino/paziente del III millennio

Necessità e urgenza di un intervento di miglioramento/ottimizzazione del nostro sistema sanitario nazionale, per superare la logica dei singoli comparti.

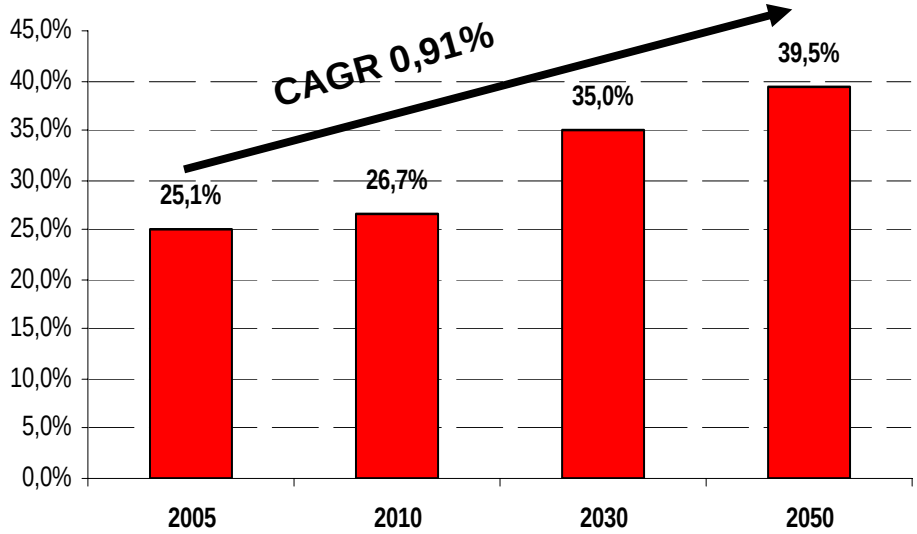
Il sistema Sanitario Nazionale rappresenta un investimento per lo sviluppo e la crescita del Paese e non solo una spesa.

Le dinamiche socio demografiche: invecchiamento della popolazione

La popolazione per classi di età in Italia (2005)



Lo scenario futuro
(% popolazione > 60 anni)



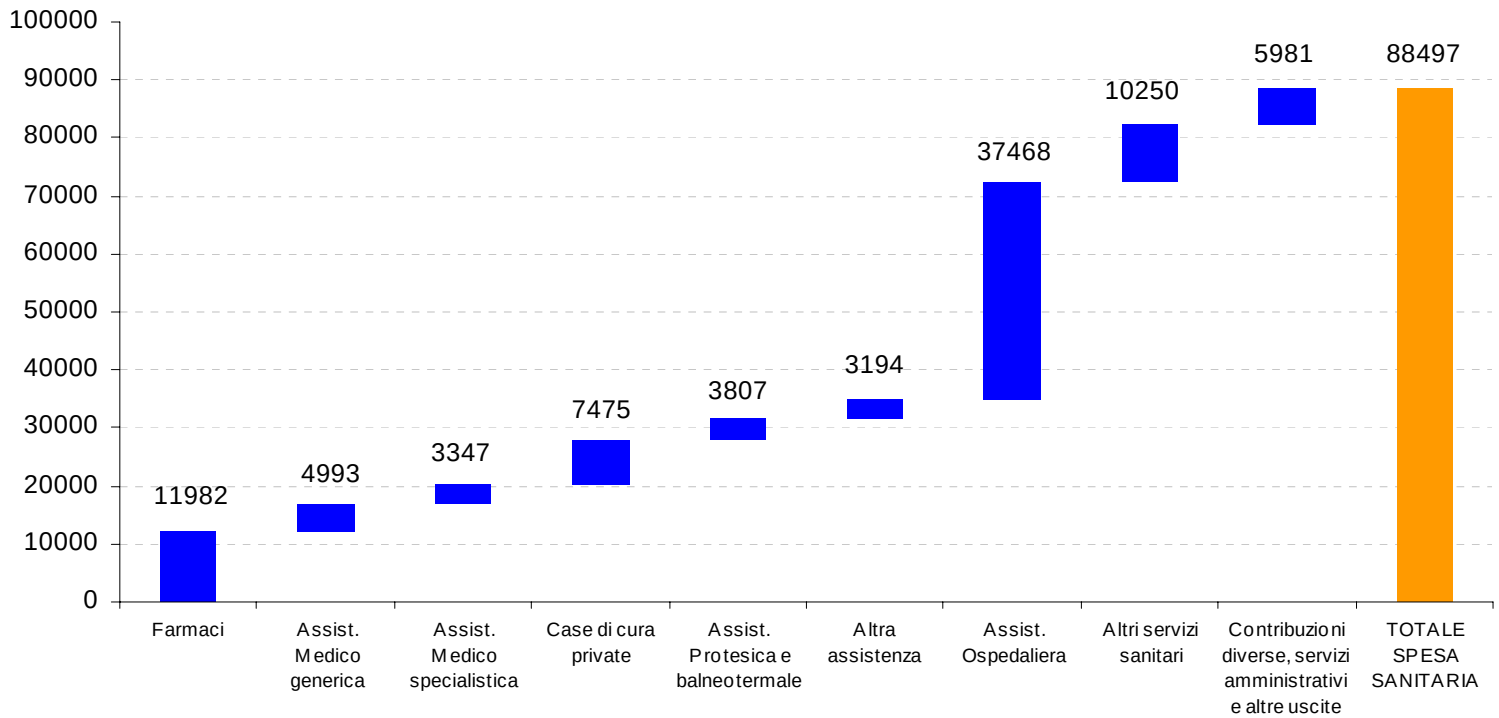
Le dinamiche socio-demografiche: l'impatto dell'invecchiamento.

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

La ripartizione della Spesa Sanitaria Pubblica nel 2004

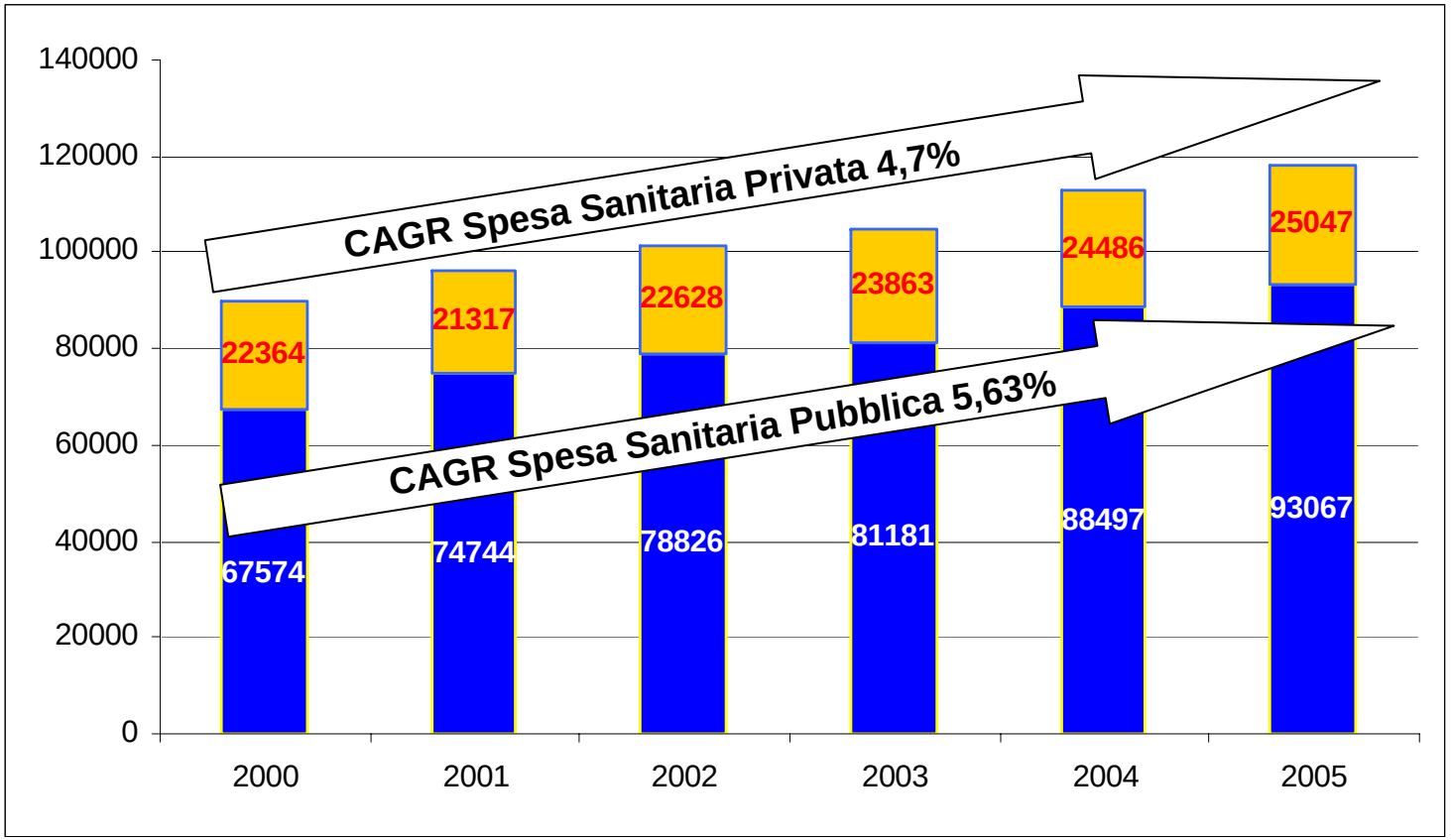


	Farmaci	Assist. Medico generica	Assist. Medico specialistica	Case di cura private	Assist. Protesica e balneotermale	Altra assistenza	Assist. Ospedaliera	Altri servizi sanitari	Contribuzioni diverse, servizi amministrativi e altre uscite	TOTALE SPESA SANITARIA
Peso % su PIL 2004	**0,9%**	**0,4%**	**0,2%**	**0,6%**	**0,3%**	**0,2%**	**2,8%**	**0,8%**	**0,4%**	**6,5%**
Peso % su TOT. Spesa Sanitaria	**13,5%**	**5,6%**	**3,8%**	**8,4%**	**4,3%**	**3,6%**	**42,3%**	**11,6%**	**6,8%**	

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

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

La Spesa Sanitaria Pubblica e Privata, 2000 - 2005



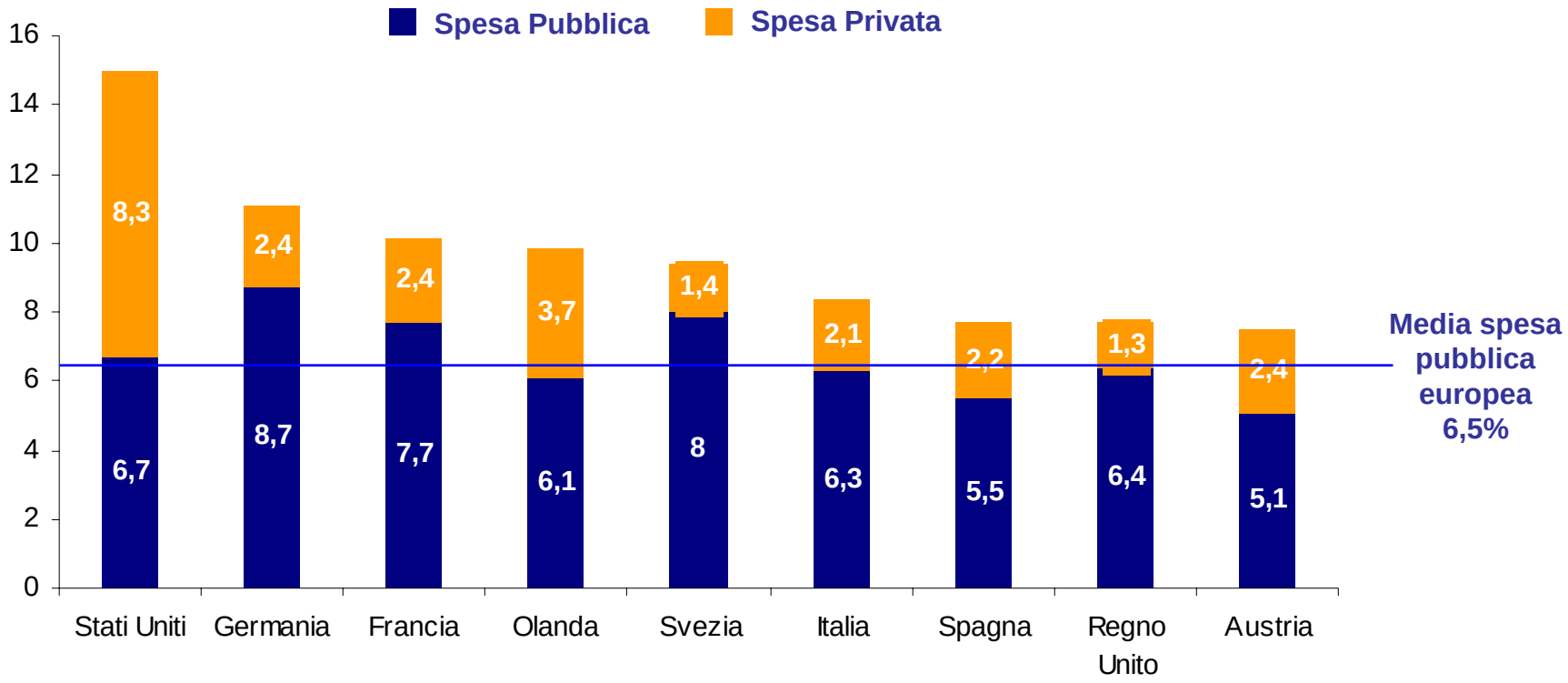
Le dinamiche della Spesa Sanitaria devono considerare anche la componente **privata**.

Includendo la spesa privata, la Spesa Sanitaria complessiva ammonta a circa 118 miliardi di €.

La crescita media annuale nel periodo considerato per la spesa sanitaria privata è stata del **4,7%,** rispetto al 5,63% della componente pubblica

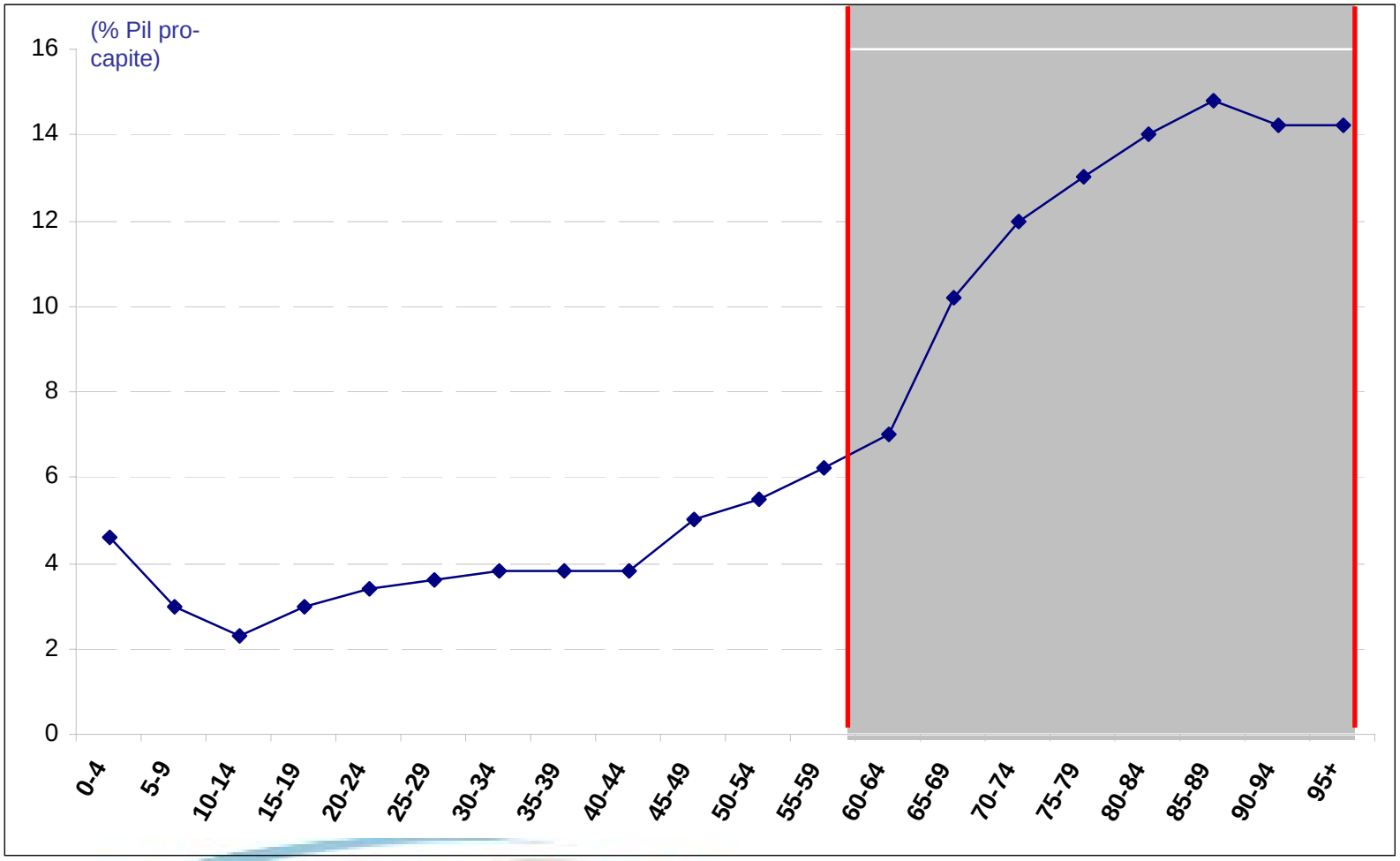
I confronti internazionali

Il peso della Spesa Sanitaria sul PIL, 2003

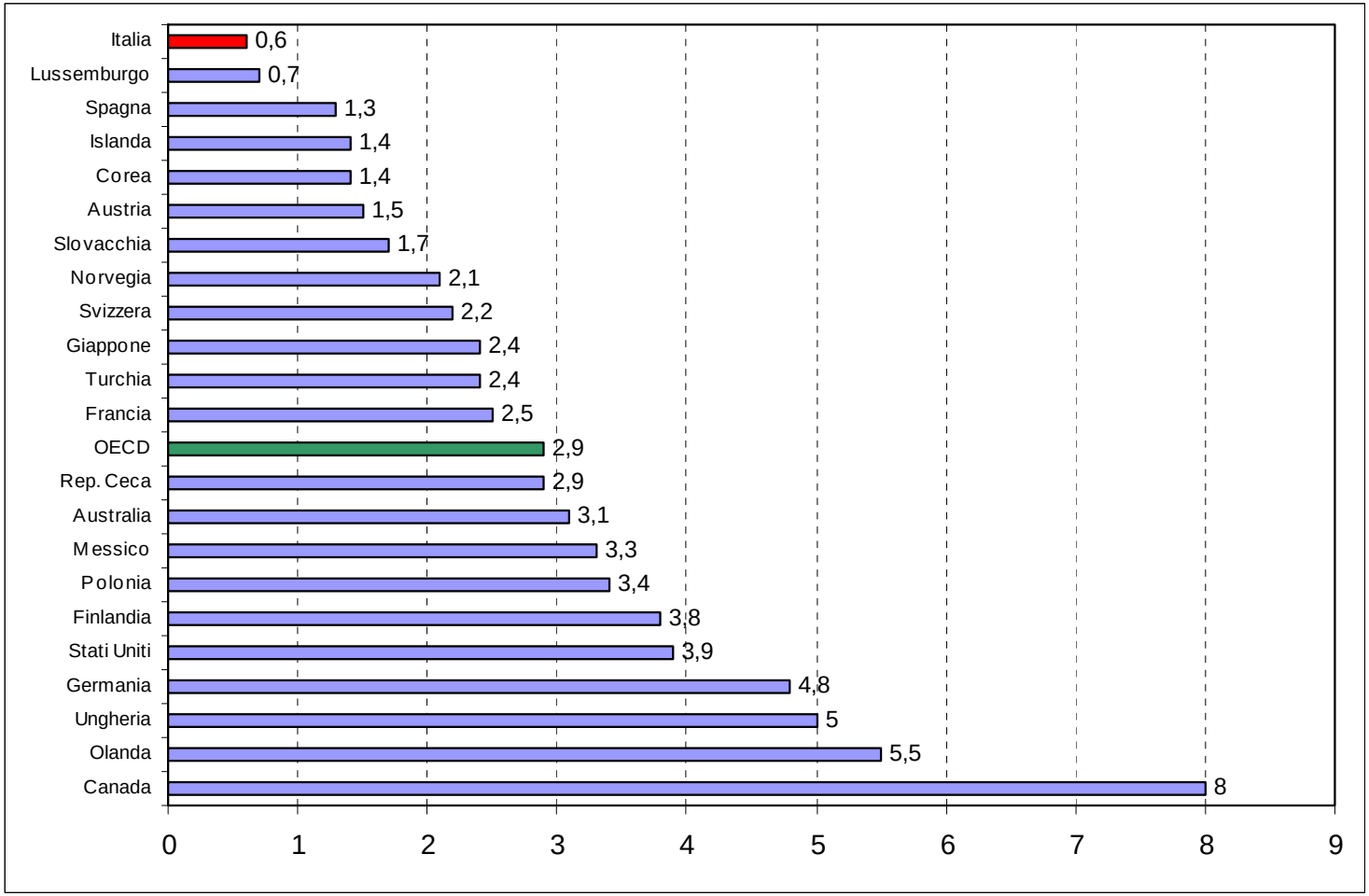


Il confronto a livello internazionale mostra che l'Italia è allineata alla media Europea, dalla quale si discostano fortemente Germania, Francia e Svezia

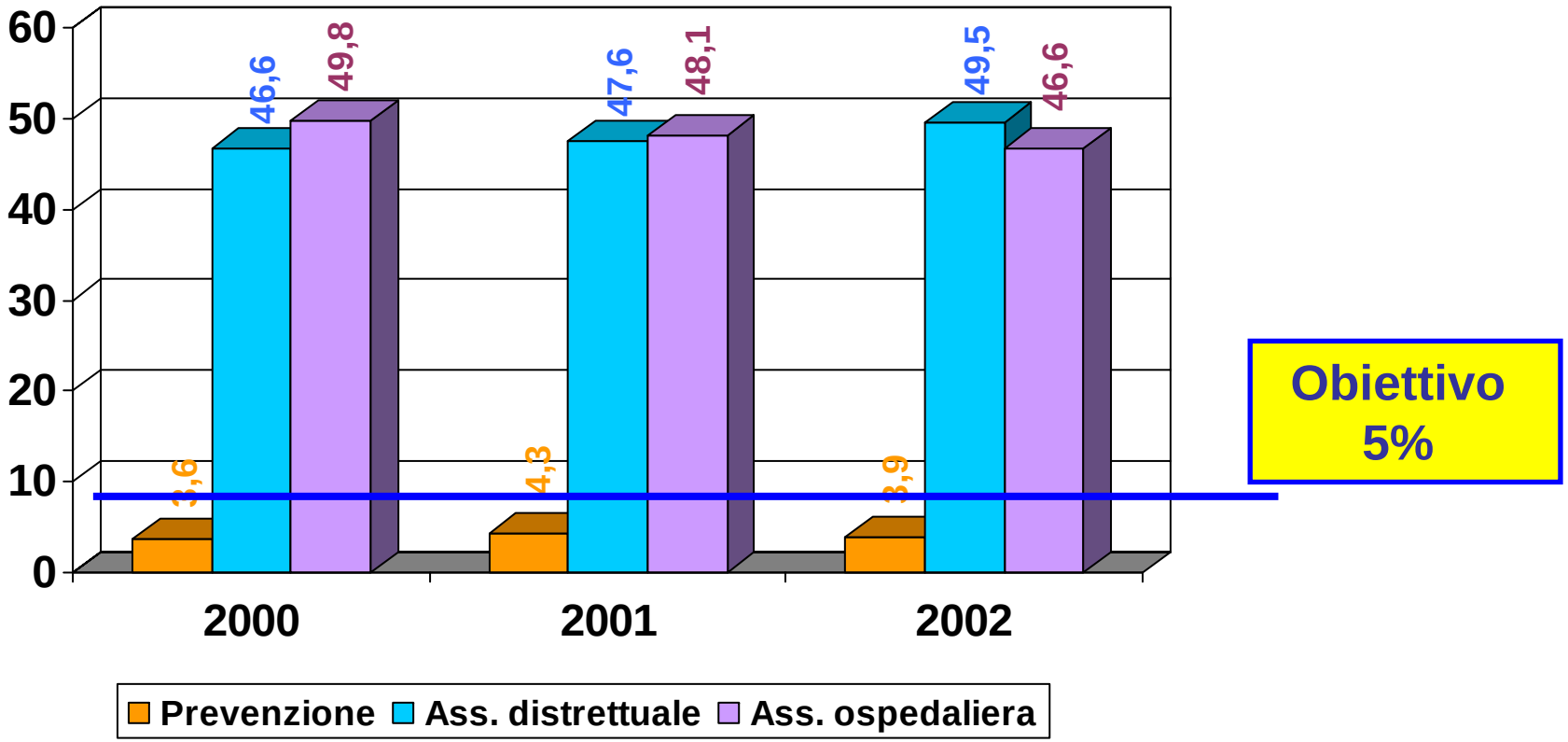
Le dinamiche socio-demografiche: spesa sanitaria per fasce di età



Quota % della spesa sanitaria destinata alla prevenzione



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



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

- Invecchiamento della popolazione
- Aumento dell'aspettativa di vita
- Diminuzione del tasso di natalità
- Flussi migratori

Mix demografico

X

- Spesa procapite per fascia d'età dei viventi
- Spesa procapite per fascia di età dei deceduti (mortality cost)

Spesa procapite per fascia di età rettificata

Spesa Sanitaria "tendenziale"

X

1 = Mantenimento attuali livelli di mortalità

>1 = Peggioramento degli attuali livelli di morbilità

<1= Miglioramento degli attuali livelli di morbilità

Indice di stato di salute

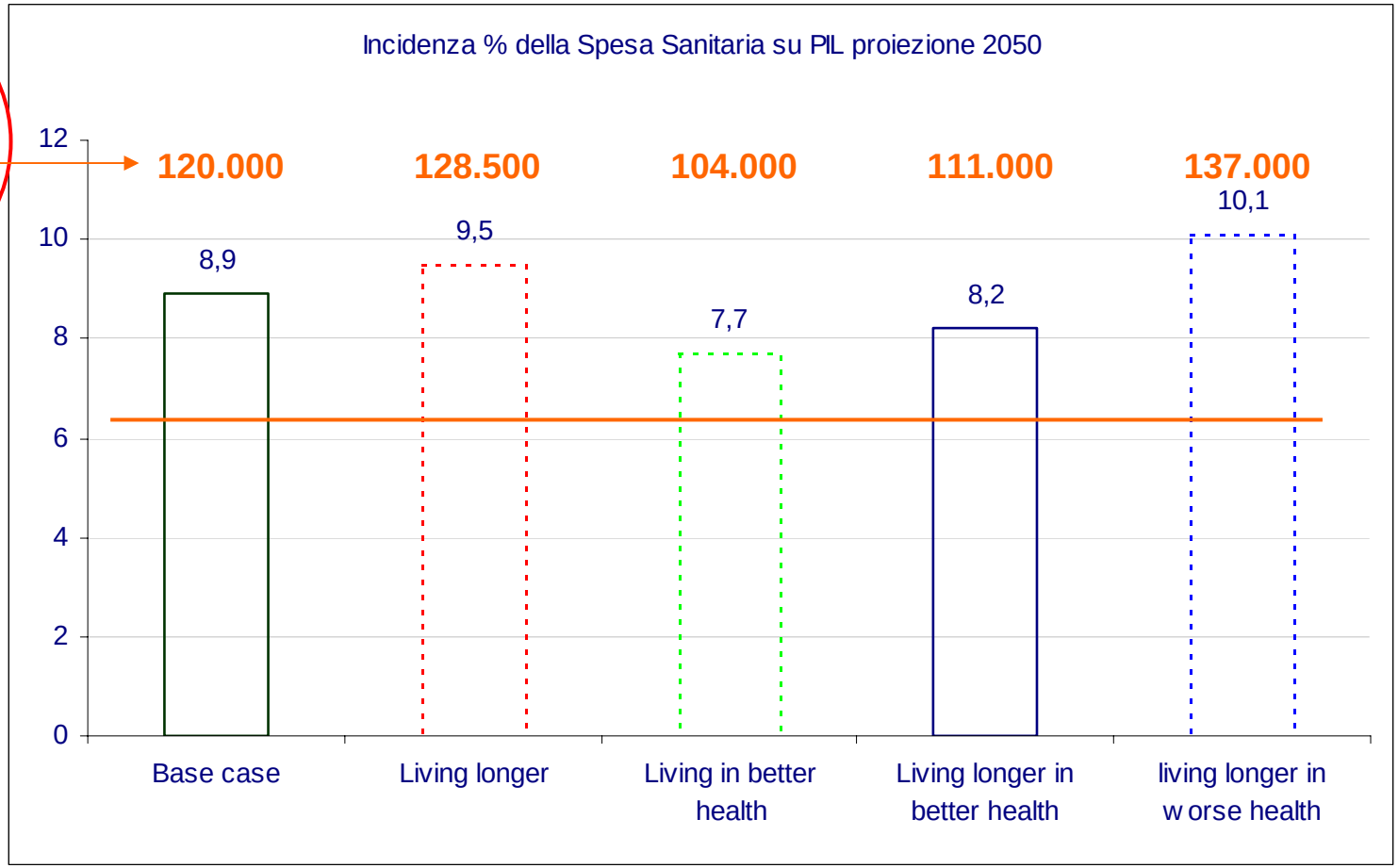
NUOVA Spesa Sanitaria

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

Simulazione dell'evoluzione della spesa sanitaria pubblica sul PIL

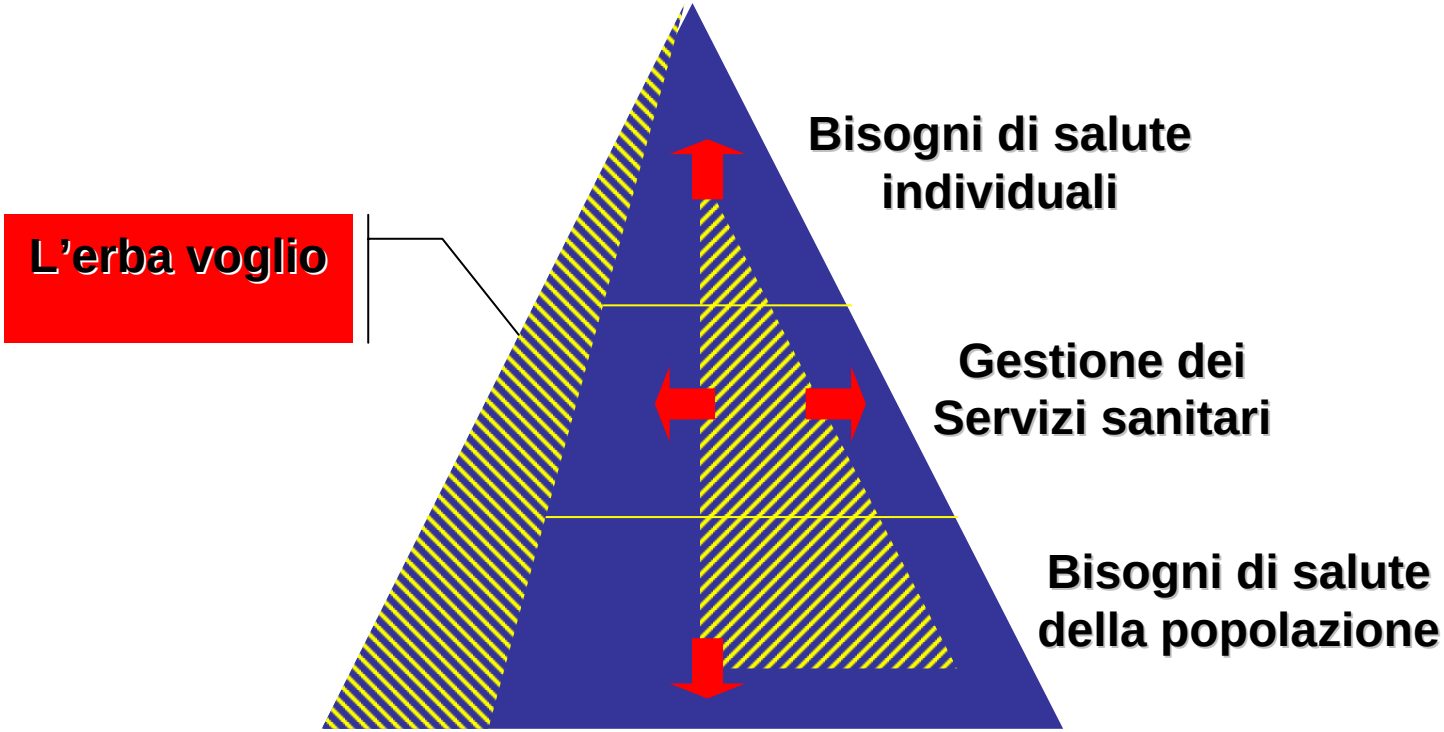
Cosa succede se applichiamo al PIL 2004 queste incidenze?

Oggi 6,5%



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

Il diverso approccio ai bisogni di salute…



NUOVO MODELLO CONVENZIONALE

Costruire un nuovo modello di sanità territoriale attraverso una riprogettazione operativa che metta al centro non più la responsabilità ma la responsabilizzazione,

secondo i principi

dell'appropriatezza clinica, gestionale ed economica, e con un pieno coinvolgimento del pediatra di famiglia

nella pianificazione, nella programmazione e nell'allocazione delle risorse

DALLA RESPONSABILITA'…

che presuppone:

- 1 solo decisore
- autorità, potere gerarchico, strumenti operativi
- chiarezza di mandato, di vincoli, di spazi di azione
- sistema di premi / punizioni

E' astorica

…ALLA RESPONSABILIZZAZIONE

che presuppone:

- coinvolgimento nelle decisioni
- coscienza del ruolo
- percorso formativo
- salvaguardia dell' autonomia clinica "corretta" dalla GCP

E' calata nel contesto

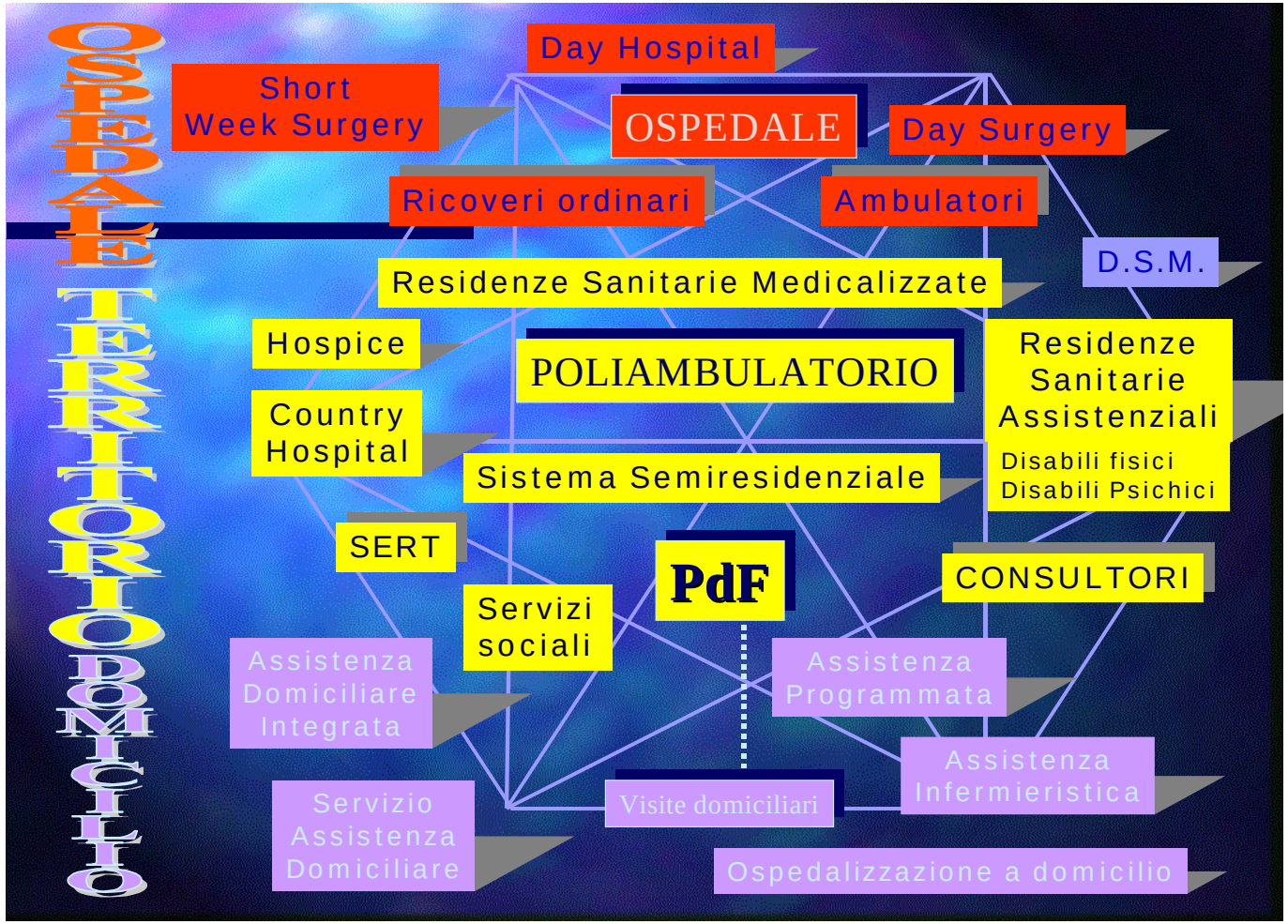
OBIETTIVI

NUOVO MODELLO CULTURALE E COMPORTAMENTALE

MIGLIORAMENTO PERFOMANCES CLINICO-ASSISTENZIALI

MIGLIORAMENTO DELL' APPROPRIATEZZA GESTIONALE

Quale PdF nella rete di cure?



Occorre ridefinire il nuovo ruolo del PDF

SODDISFA I BISOGNI DI SALUTE DI I° LIVELLO
E COORDINA LA RISPOSTA A BISOGNI DI SALUTE
PIU' COMPLESSI

↓

PATTO CON I GENITORI DEL PICCOLO PAZIENTE DI
RESPONSABILITA' DELLA QUALITA'
- DELLE CURE
- DEGLI ESITI (EFFICACIA)

↓

PATTO CON LA COLLETTIVITA' DI
RESPONSABILITA' SULL'APPROPRIATEZZA
- NELL' USO DELLE RISORSE
- DI PROCESSO (EFFICIENZA)

Occorre pensare ad un modello “integrato”

I *MODELLI INTEGRATI* DI ASSISTENZA SANITARIA, OLTRE AD OFFRIRE UN APPROCCIO PIU’ TEMPESTIVO E COORDINATO AI PROBLEMI DEL PAZIENTE, SPOSTANO L’ ATTENZIONE DEI PROFESSIONISTI COINVOLTI DALLA SINGOLA PRESTAZIONEALLA GESTIONE DELLA PATOLOGIA NEL SUO COMPLESSO.

Occorre pensare ad un modello “integrato”

Forme associative (organizzazione dell’attività fra P.d.F.)

- **Medicina in associazione**
- **Medicina di gruppo**

Forme organizzative (integrazione fra P.d.F, M.d.F., M.C.A. e professionisti di altri settori finalizzate a definiti obiettivi e/o standard assistenziali)

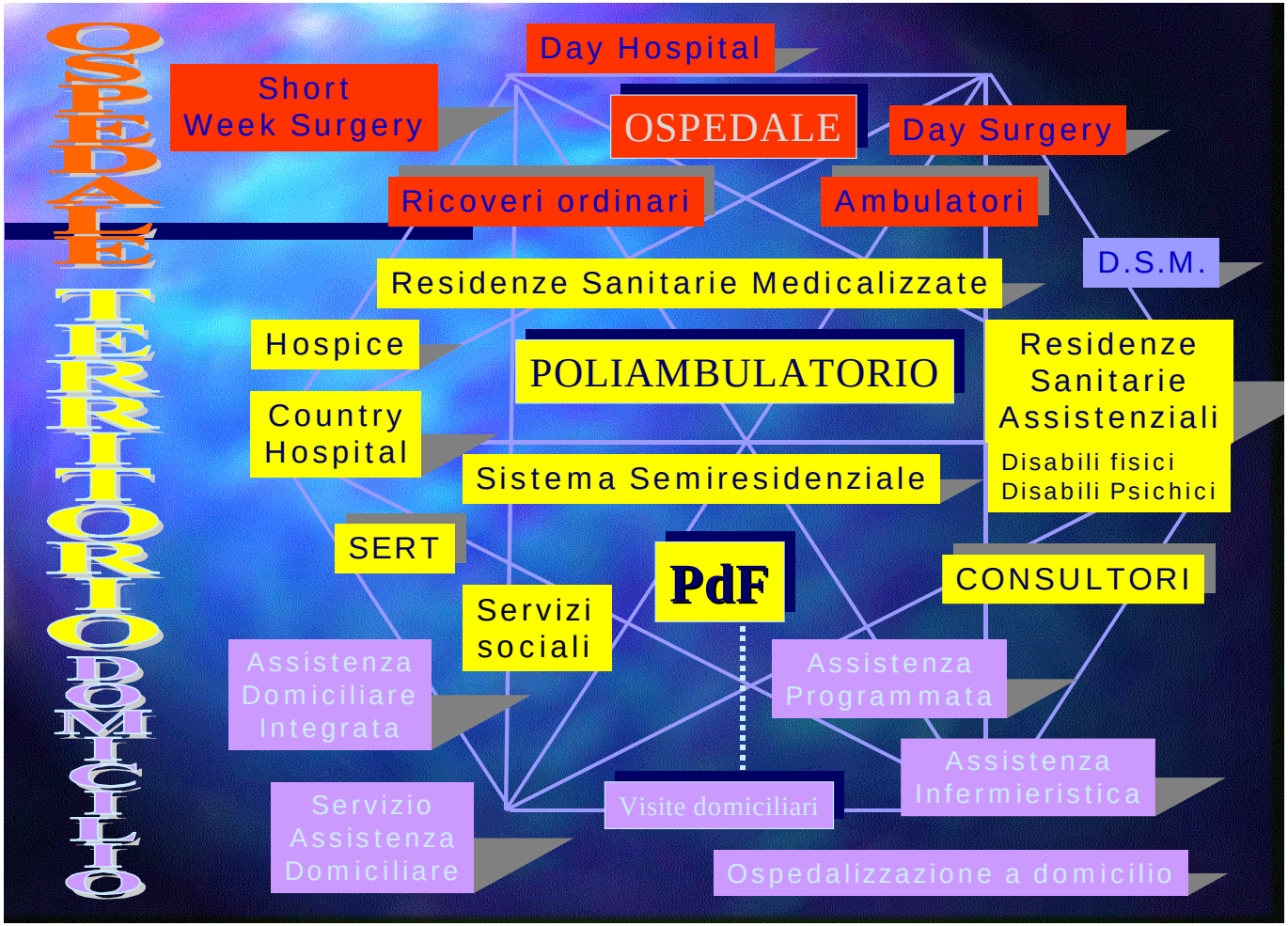
Equipes
UTAP
UTCP

Fattori umani di produzione (per esecuzione compiti non medici connessi all’attività professionale)

Personale di studio
Infermiere professionale

Fattori tecnologici di produzione (supporti all’allargamento dell’attività medica)

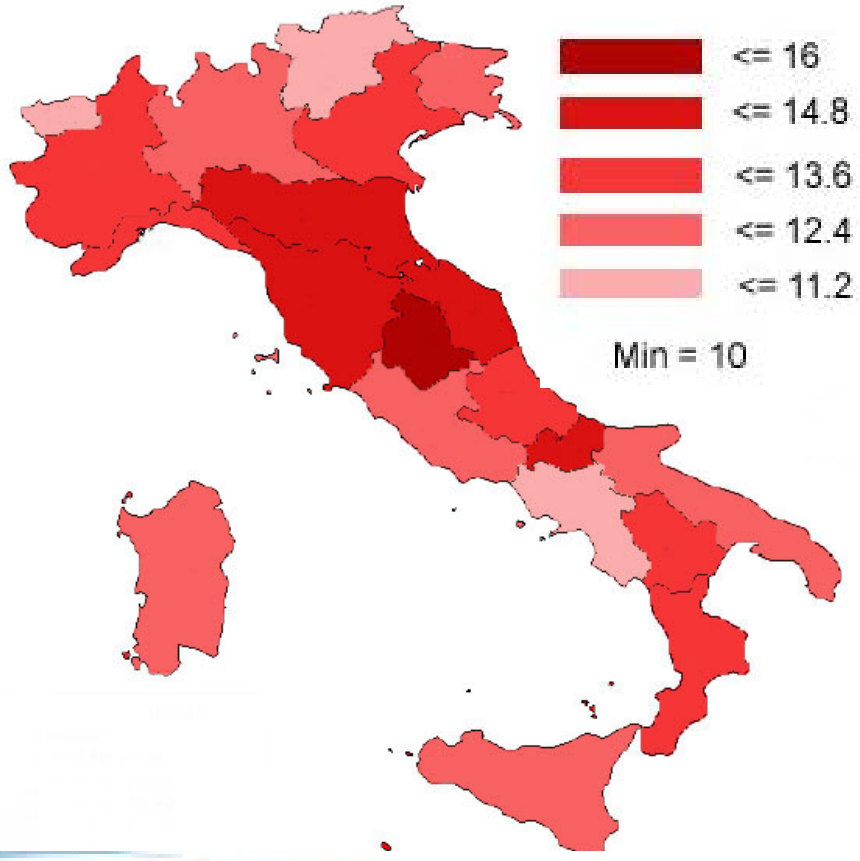
- **Informatizzazione**
- **Tecnologie diagnostiche (self-help)**


OSPEDALE TERRITORIO DOMICILIO
Day Hospital
Short Week Surgery
OSPEDALE
Day Surgery
Ricoveri ordinari
Ambulatori
D.S.M.
Residenze Sanitarie Medicalizzate
Hospice
POLIAMBULATORIO
Residenze Sanitarie Assistenziali
Country Hospital
Disabili fisici
Disabili Psichici
Sistema Semiresidenziale
SERT
PdF
CONSULTORI
Servizi sociali
Assistenza Domiciliare Integrata
Assistenza Programmata
Assistenza Infermieristica
Servizio Assistenza Domiciliare
Visite domiciliari
Ospedalizzazione a domicilio

Razionalizzare e ammodernare la rete ospedaliera:

- Effettuare investimenti strutturali e tecnologici negli ospedali
- Riorganizzare gli ospedali in reti integrate per evitare duplicazioni e sprechi di risorse
- Riconvertire i piccoli ospedali, che non sono in grado attualmente di affrontare patologie acute di medio-alta complessità, in strutture dedicate alle cure intermedie
- Rafforzare la rete dell'emergenza/urgenza

Tasso di popolazione con almeno una malattia cronica, anno 2000 (ultimo disponibile) – Fonte ISTAT



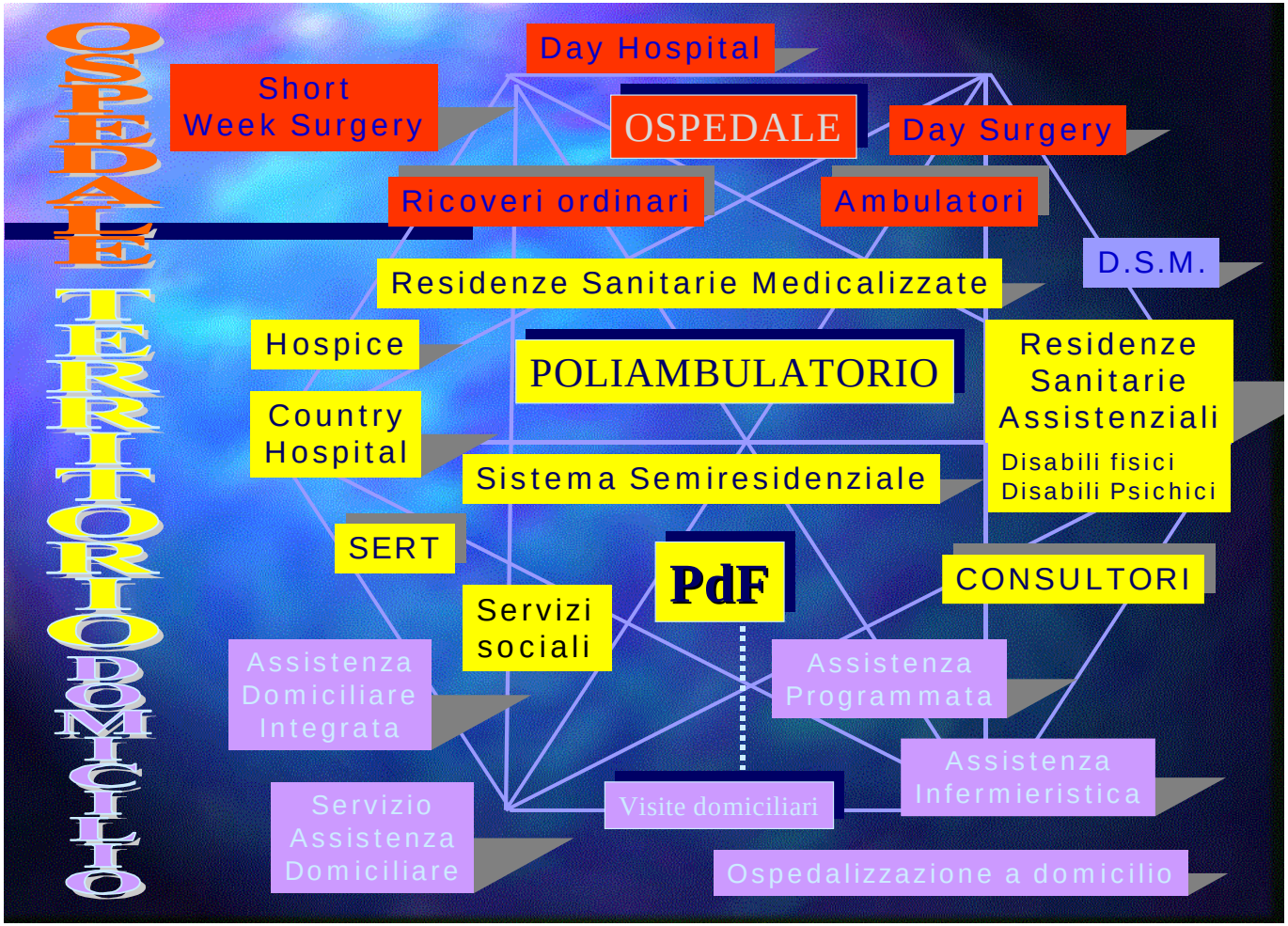

OSPEDALE TERRITORIO DOMICILIO
Day Hospital
Short Week Surgery
OSPEDALE
Day Surgery
Ricoveri ordinari
Ambulatori
D.S.M.
Residenze Sanitarie Medicalizzate
Hospice
POLIAMBULATORIO
Residenze Sanitarie Assistenziali
Country Hospital
Disabili fisici
Disabili Psichici
Sistema Semiresidenziale
SERT
PdF
CONSULTORI
Servizi sociali
Assistenza Domiciliare Integrata
Assistenza Programmata
Assistenza Infermieristica
Servizio Assistenza Domiciliare
Visite domiciliari
Ospedalizzazione a domicilio

Figure evolute di personale infermieristico:

nasce il *CARE MANAGER*

- Intercettare e valutare direttamente sul territorio i bisogni socio-sanitari del paziente, attivando coerenti processi assistenziali.

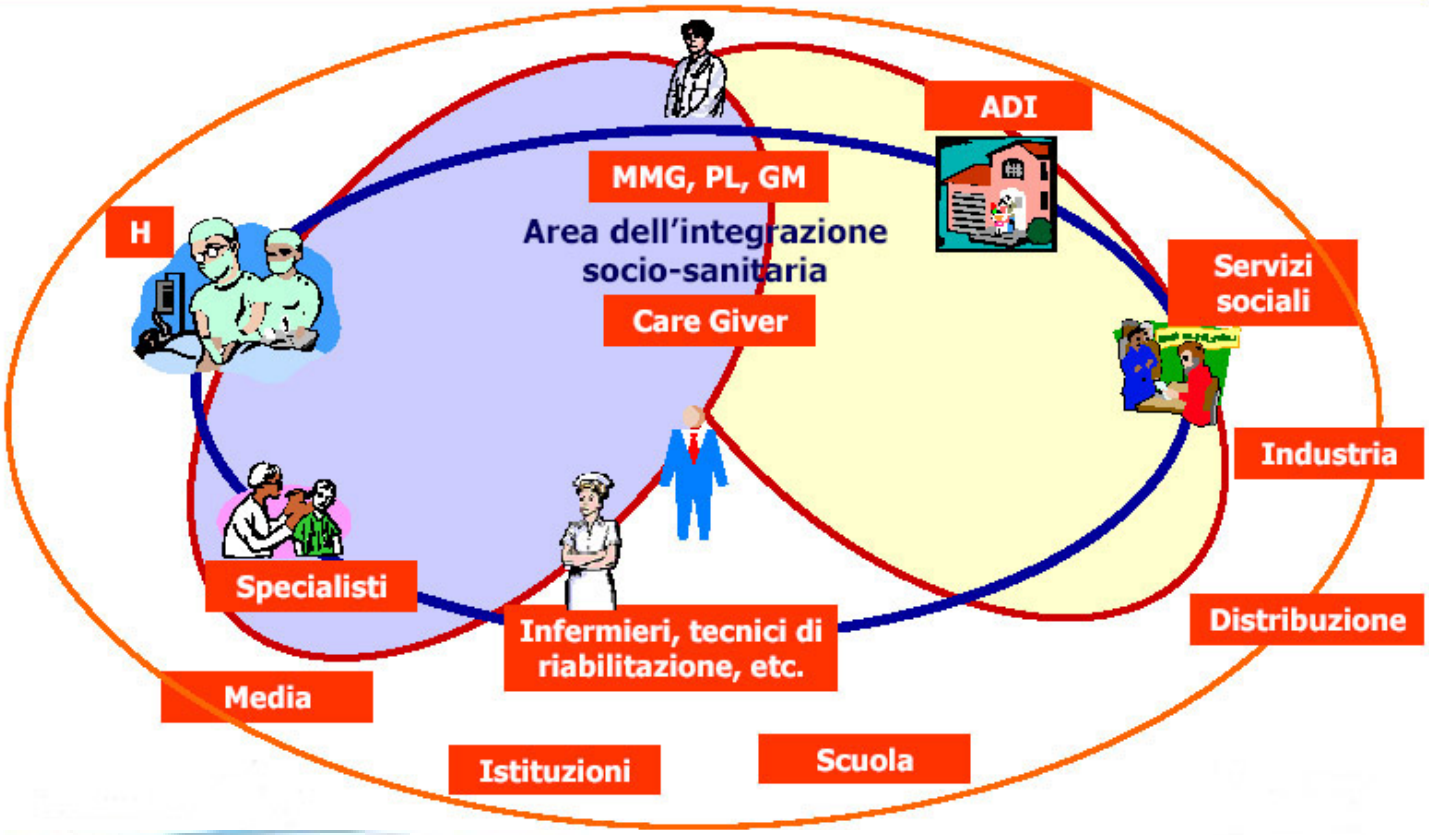
- Garantire e supervisionare il processo di cura secondo il piano condiviso con il PLS o altri Specialisti e/o Ospedale e la famiglia

- Responsabilizzare ed orientare il paziente ad una buona compliance verso il percorso terapeutico e l'aderenza ad uno stile di vita adeguato in riferimento alle patologie dalle quali è affetto

- Operare in prima persona con i pazienti e la famiglia per monitorare costantemente le condizioni e fornire tutti i consigli necessari a favorire una migliore autogestione

Interlocutori diversi: Piani che si intersecano continuamente

fimp Federazione italiana Medici Pediatri



Ruolo del sindacato

In questo contesto giuridico e in un quadro prospettico di maggior responsabilizzazione, domani, ancor più di oggi e di ieri, ci troveremo a dover gestire la tutela dei bambini da noi assistiti con il nostro impegno professionale attraverso un coinvolgimento sempre maggiore del sindacato nelle scelte programmatiche in particolare delle istituzioni regionali e delle loro articolazioni periferiche, senza spazi di deleghe ad altri.

fimp Federazione italiana Medici Pediatri

Come saremo?

Pediatria di Famiglia

Demografia Pediatri
Numero
Sesso

Demografia pazienti
Numero bambini
Età di competenza pediatrica

Modifiche legislative

Area Pediatrica
Sviluppo
Ruoli
Funzioni

Evoluzione Domanda di salute

Tipologia dei consumi

Disponibilità personale infermieristico e amministrativo

Tecnologia Clinica
Self-help
Telemedicina
Diagnostica computerizzata

Tecnologia informatica

Sviluppo modelli organizzativi

IL PEDIATRA DI FAMIGLIA, FIORE ALL'OCCHIELLO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Indagine CENSIS 2006

Più dell' 80% delle persone intervistate considerano ottimo o buono l'operato del Pediatra di Famiglia

Più del 90% è sicuro di trovarlo nello studio agli orari prefissati e ritiene che la visita non sia frettolosa

L'85-90% degli utenti è soddisfatto dell'attenzione riposta dal pediatra sugli aspetti psicologici e relazionali della visita ed è convinto che i sintomi del proprio bambino siano valutati attentamente

Il 70% degli intervistati è consapevole che, qualora sia necessario, il PdF è disponibile a recarsi al domicilio del paziente

Il 90% pensa che il pediatra cerca di farsi carico del problema, senza ricorrere ad Altri specialisti di branca

Il 90% afferma che non vi è spreco di farmaci prescritti inutilmente

fimp Federazione italiana Medici Pediatri

Grazie

Giuseppe Mele

Segretario Nazionale FIMP