

11 - 13 giugno 2003



fimp 

Federazione Italiana
Medici *Pediatrui*



Simeri



Giornate Pediatriche Meridionali FIMP 2003

La pediatria di famiglia tra devolution e...involution

Simeri 12 giugno 2003

dott. Alfio Raciti Longo

vice presidente FIMP

Quando nasce la pediatria di famiglia?



Legge 833 del 23/12/78

Definisce la pediatria di base come un elemento costitutivo ed essenziale dell'assistenza medica sul territorio e ne individua compiti ed obiettivi

Accordo Collettivo Nazionale

- Universalità:tutti i bambini hanno diritto a ricevere le cure di un pediatra.
- Gratuità dell'intervento medico.
- definizione dell'età di esclusiva e di pertinenza.
- correlazione del numero dei pediatri alla popolazione infantile e creazione del rapporto ottimale.
- quota capitaria e non per singola prestazione.
- elencazione di prestazione a fronte di un compenso onnicomprensivo.

Decreti Legge di riordino del SSN

- Decreto legge 502/92
- Decreto legge 517/93
- Decreto legge 229/99

Decreti Legge 502/92-517/93

Si stabilisce che il P.S.N. individui i Livelli Uniformi di Assistenza cioè gli obiettivi che il SSN assume di conseguire nell'ambito della quota capitaria di riferimento

Quali le innovazioni?

- Si definisce la strutturazione del compenso con una quota fissa ed una variabile.
- Si individua un ambito di contrattazione regionale.
- Si introduce la formazione medica.
- Si adotta il metodo della verifica e della revisione della qualità.

Per la parte economica

- Quota fissa, su base nazionale, riferita ai Livelli Uniformi di Assistenza.
- Quota variabile, nazionale e regionale, legata a prestazioni accessorie.

Decreto legge 229/99

- Ridefinisce i L.U.A. introducendo il concetto di essenzialità.
- Si introducono i concetti di:efficacia, appropriatezza, revisione e valutazione delle cure.
- Si demandano alle Regioni le funzioni legislativa e amministrativa in materia di assistenza sanitaria

Strutturazione del compenso

- Quota fissa nazionale correlata ai LEA.
- Quota variabile per le prestazioni previste negli accordi nazionali e regionali.
- Quota variabile per la realizzazione della programmazione sanitaria nazionale, regionale ed aziendale.

Processo di devoluzione

Ossia il progressivo trasferimento di
compiti e funzioni dallo Stato alle
Regioni

Quali le tappe fondamentali?

- Referendum di modifica del capitolo V della Costituzione.
- D.L. 56/2000: disposizioni in materia di federalismo fiscale.
- Legge 405/2001: interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.

Legge costituzionale 3/2001

La potestà legislativa concorrente su tutela della salute, previdenza complementare ed integrativa viene trasferita alle Regioni.

Allo Stato rimane la potestà di legislazione esclusiva sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Decreto Legge 56/2000

Sancisce la cessazione dei trasferimenti economici a destinazione vincolata sanitaria con creazione di fondi equivalenti in sede regionale

Legge 405/2001

Si stabilisce l'ammontare delle spese per il periodo 2000-2004. L'eventuale disavanzo sarà coperto dalle Regioni anche con l'introduzione di tickets.

Cambia la nostra controparte

- Prima lo Stato.
- Poi, per la parte di propria competenza, Stato e Regioni.
- Adesso unicamente le Regioni.



Cambia l'ottica visuale dell'assistenza



- Prima gratuita, universale, al più alto livello per tutti e senza limiti di spesa.
- Adesso universale ma con compartecipazione alla spesa e vincolata alle risorse disponibili.

Avvento di un sistema federale

Caratterizzazione regionale
della sanità

I sistemi federali possono nascere

- O per processi di fusione, come il processo di formazione della U.E., ricercando la uniformità.
- O per processi di decentramento, come quello che si sta realizzando nel nostro paese, affermando la identità da cui deriva diversità.

La ricerca di diversità come fattore di identità

Allontanamento dall' architettura
istituzionale del SS.

Pareggio di bilancio come obiettivo
politico istituzionale e non vincolo.

Federalismo

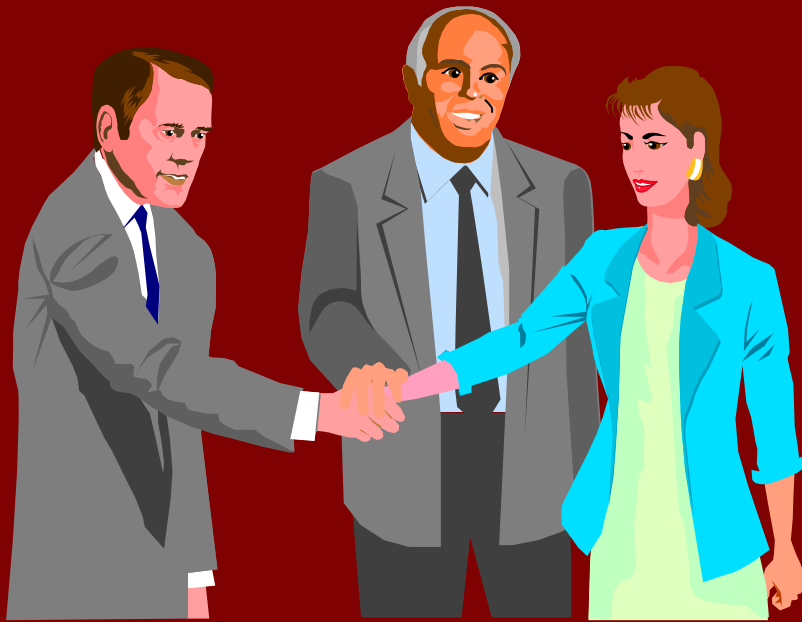
=

21 Repubbliche
sanitarie ?

Esisterà ancora una Pediatria di Base?



Assistenza di primo livello



- Compenetrazione tra medici di base con la strutturazione del SSN, con la realtà del sociale, con le abitudini dei cittadini.

Compiti e funzioni

- Già codificati quali assistenza domiciliare integrata, al cronico, al disabile.....
- Emergenti quali la continuità assistenziale, il disagio sociale, le devianze, l'adolescente.
- Funzioni nuove quale la gestione della spesa sanitaria.

Bisognerà superare l'individualità del singolo

- Implementando istituti come la medicina di gruppo o l'associazionismo con un occhio particolare alle figure professionali mediche



Organizzazione territoriale delle cure

Superamento del concetto di
ambito territoriale a favore di una
organizzazione distrettuale delle
cure.

Distretto = unità funzionale
operativa.

Orientamento della domanda e
dei consumi sanitari

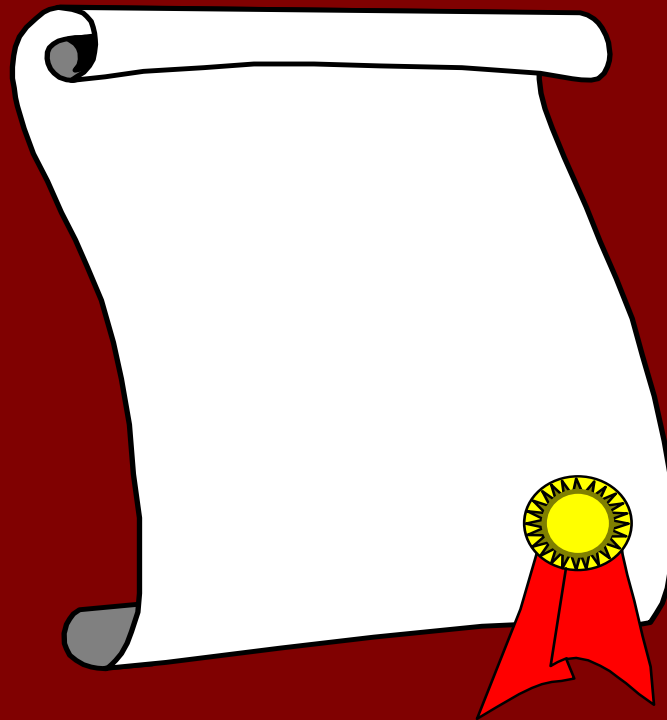
VS

semplice erogazione di
prestazioni

Livelli essenziali di assistenza

- Non sono “ minimi “ ma essenziali cioè ambiti di prestazioni che una società non può negare alla popolazione.
- Non sono “ minimi “ ma uniformi cioè da assicurare a tutti i cittadini senza differenza di reddito, posizione geografica, etnia religione od altro.

A che punto è il rinnovo della
nostra convenzione?

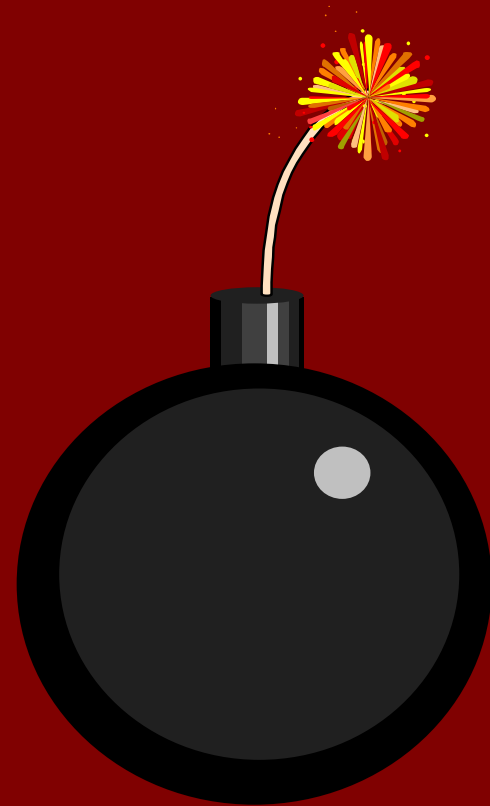


Con le norme attuative della riforma costituzionale

- Si è costituita la “ mini Aran “.
- Di essa fanno parte i funzionari di Lombardia, Veneto ed Emilia.
- Ad essa è assegnato il compito di individuare modelli condivisi di nuovi ordinamenti della sanità.
- Dovrà individuare compiti e funzioni da correlare ai L.E.A.

Due variabili possono modificare il quadro complessivo

- La possibilità di dare vita ad una mutualità privata.
- Il nuovo disegno di Legge di devoluzione.



La mutualità privata può essere

- Di tipo aggiuntivo: prestazioni eguali per genere a quelle già erogate con garanzia di copertura della differenza di prezzo o dei servizi di contorno.
- Di tipo complementare: prestazioni aggiuntive a quelle già erogate dal servizio pubblico.

Comunque un fallimento per il SSN

- Sia perché si andrebbe ad aggiungere, con un ulteriore aggravio economico, ad una assistenza già assicurata dal SSN e già finanziata dalla popolazione.
- Sia perché rappresenterebbe un fattore di discriminazione sociale.

Progetto di Legge di devoluzione

Già in discussione in Parlamento,
per la parte che riguarda la sanità,
prevede l' esclusiva competenza
legislativa delle Regioni.

Il processo di decentramento sanitario: federalismo, potrebbe determinare il rischio di un sistema dei servizi sanitari regionali dissimili tra di loro per strutturazione e prestazioni fornite

Il differente impatto sullo stato di salute della popolazione potrebbe essere causa al ricorso alla mutualità privata con conseguente azzeramento dei concetti di equità e di appropriatezza del SSN.

E' necessaria quindi la ricerca e la individuazione di un percorso unitario, associata ad una funzione di indirizzo e di controllo centrale, con l'adozione di un modello unitario di assistenza.

