

PROSPETTIVE E PROBLEMI DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA

Convegno APEC 2010

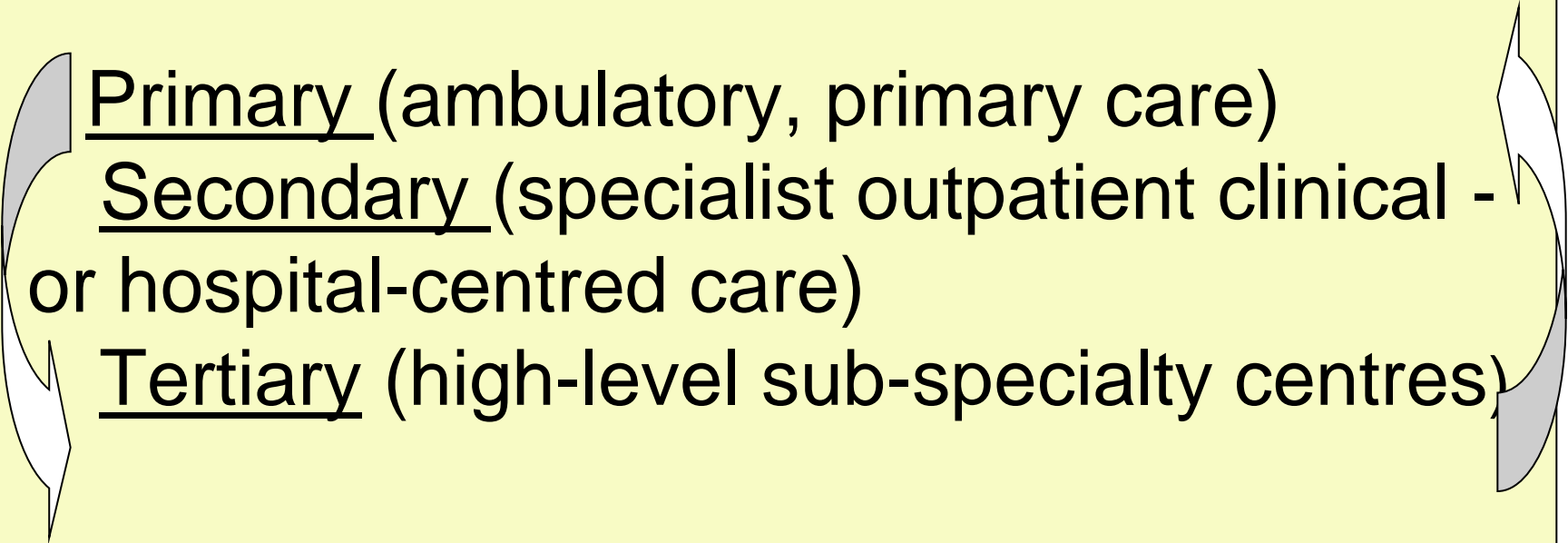
- L'attuale stato della rete organizzativa per l'assistenza alla infanzia è in grado di fare fronte ai bisogni assistenziali dei bambini vulnerabili nel decennio?**

Alcuni esempi di vulnerabilità

Alcuni temi per la formazione?

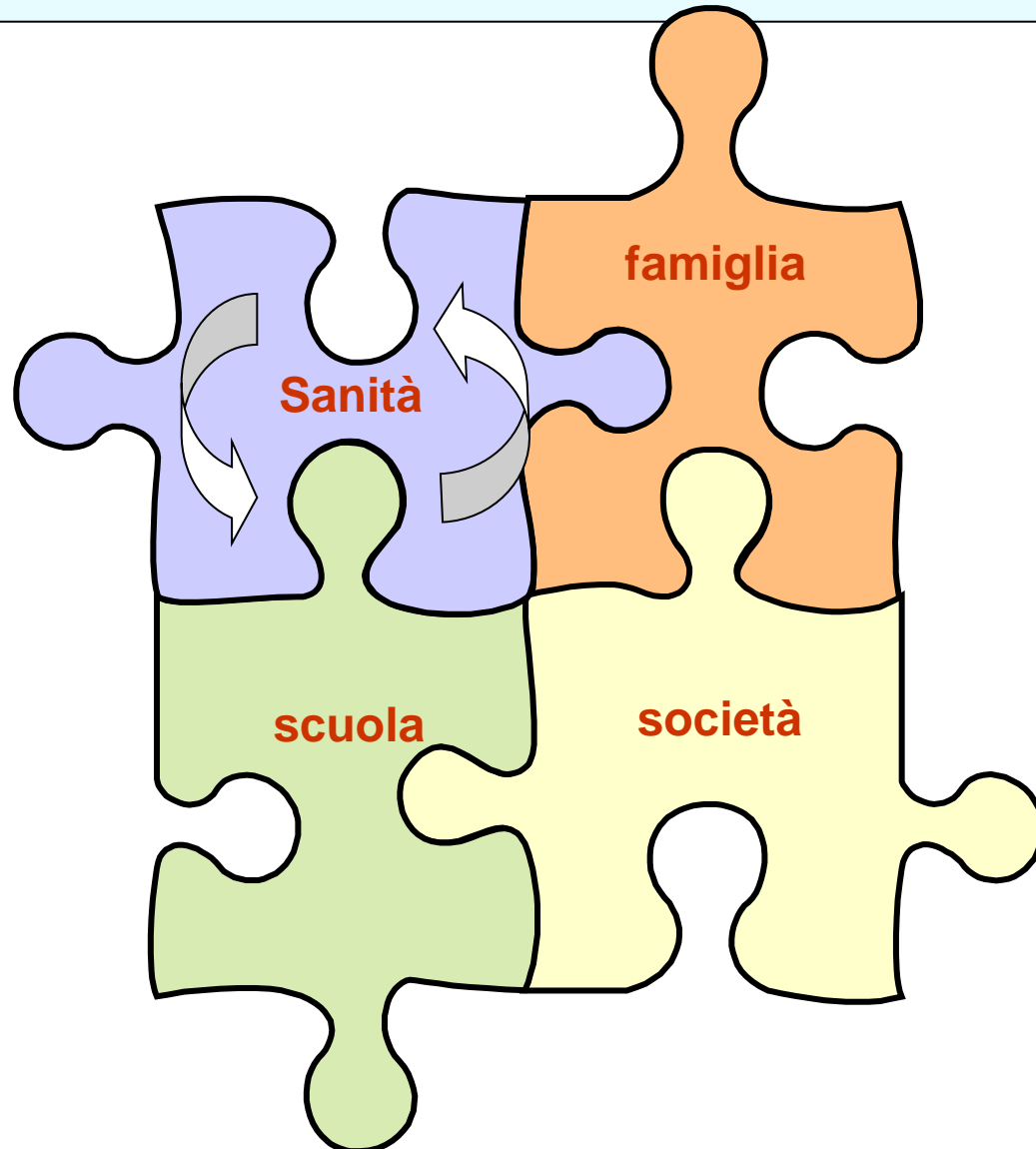
“Nascere e crescere sani”

Classificazione EPA/UNEPSA *

- 
- Primary (ambulatory, primary care)
 - Secondary (specialist outpatient clinical - or hospital-centred care)
 - Tertiary (high-level sub-specialty centres)

* European Paediatric Association and Union of National European Paediatric Societies and Associations

Per i bambini la primary care non è solo sanità, ma pre-nascita, nascita famiglia,asilo nido, scuola,società. Un **rete di connessione** è più necessarie che in medicina generale per le competenza sullo sviluppo del bambino. Il pediatra garante del “nascere e crescere sano”. La rete comincia **dentro** la sanità stessa



Il POMI: una rete mai nata

- Il **Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000** promuoveva un dipartimento transmurale per i rapporti fra ospedale e territorio. Collegamento curato da medicina di comunità per l'infanzia. Era un modello di Welfare.
- Il **PSN 2003-2005** recita: l'Area pediatrica è "l'ambiente in cui il Servizio Sanitario Nazionale si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente". Solo parole
- Nulla nel **PSN 2006-2008**. **POMI** fallito. Oggi nessun modello di Welfare
- Quale stimolo delle varie **Società e Sindacati pediatrici** per la realizzazione del POMI?
- Ogni regione ha un suo **PSR**. Rarissima una **medicina di comunità** che progetti, regoli e organizzi gli interventi a livello distrettuale. La sorveglianza epidemiologica è semplicemente un proclamato evento euristico- culturale
- La **Pediatria di base**, al di là di una buona clinica ambulatoriale, non ha costruito una visione complessiva dei bisogni dell'infanzia
- L'**ospedale** ha perduto il ruolo culturale e non è andato oltre una visione clinico-curativa del tutto parziale e settoriale.

Criticità che aggravano la carenza di reti

- la riduzione delle risorse pubbliche renderebbe necessario un maggior **controllo di efficienza ed efficacia** delle prestazioni per l'infanzia
- crescono le disuguaglianze e con loro aumentano le necessità di **legami fra i settori delle politiche per i bambini**: sanità, scuola, immigrazione, servizi sociali
- il modello organizzativo burocratico di divisione in settori/competenze (**campi e recinti di attività**) è inadeguato a fornire risposte intelligibili per le alle famiglie
- Le necessarie **forme reticolari di organizzazione** (sanità, scuola, immigrazione, servizi sociali) sono ostacolate dalle strutture gerarchiche burocratiche verticali
- il ricorso all' **esternalizzazione dei servizi** per l'infanzia, non solo in sanità, non è accompagnato da strumenti di coordinamento, monitoraggio e controllo

Un eccesso di strumenti: la pediatria ospedaliera

UO di pediatria §	505	1/12.000 bb 0-14 1/20.000 *
Punti nascita	580	55% senza guardia ostetrica
TIN	115 ^	Media: 125 ricoveri/anno ° 1/4.000-5.000* TIP 1/50.000

U.O. complessa più frequente: Pediatria generale	38% (192)
Pediatria + nido con Patologia Neonatale	17% (85)
Pediatria + Patologia Neonatale + TIN	17% (85)

§ 35% non Guardia Int.

*** ACP 1998**

°Dati ministero sanità 14.300 ricoveri

^ Dati SIP

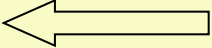
Un problema di numeri

Pediatri e medici in calo negli anni venti

	Indagine ACP 2002	Indagine SIP 2006	
2020	12100	13.600	
2025	11500	10400	
Deficit	- 4000	- 5000 (*)	

ISTAT PREVISIONE ALTA bambini in 0-14

Totale 2009: 8.139.000

Totale 2019:= 8.672.000 

(*)servirebbero 8.500 pediatri per la pediatria di base conservando il rapporti 1:1000

Numero totale dei medici

Dimezzato dal 2002 al 2007 : da 616 a 363 /100.000

Dati FIMMG

Dal 2007 al 2017: - 10.000 medici

Dati FNOM Ceo

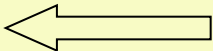

Dal 2014 al 2026 : - 70.000 medici

Negli anni '20 i baby boomer avranno 60 anni. Ci sarà quindi un geriatric boom

Il prodotto: ricoveri/1000 2003

Tasso di ricoveri ordinari (2003): 111/1000. Tasso in DH 45.5/1000
Day surgery: 27% degli interventi possibili

Ricoveri ordinari

- Italia 111 / 1000 
- FVG 67 / 1000
- Puglia 128 /1000
- **E. R. 102/ 1000** 

	<1anno	1-4	5-14
--	--------	-----	------

Sempre eccessivo il numero dei ricoveri.
Esorbitante quello del 1° anno
Grosse variazioni fra regioni. Non brillante l'ER

Il prodotto: la nascita

	1975	1986	1995	2006
Nati vivi /1000	14.8	10.1	9.2	9.4
Numero/donna	2.63	1.54	1.26	1.32
Età al 1°figlio	25.1	25.2	28.1	28.7
Attesa di vita M.	70.6	72.0	74.3	77.6 (+7)
Attesa di vita F.	77.2	78.4	89.7	83.4 (+6. 2)

Tagli cesarei	2002
Italia	189.000 (35.7%)
Campania	56.1%
Basilicata	50.4%
FVG	21.1%
TAA	23.6%

N. Basso peso		< 2500	<1500
Italia	2003	6.9%	Italia 0.9%
Italia	2002	6.7%	Italia 0.9
FVG		6.4%	Sardegna 0.4%
Sicilia		7.7%	FVG 1.1%

Aumentano le nascite e il numero dei figli per donna

Sempre altissimi i cesarei

Aumenta leggermente il numero dei prematuri sopra i 1500 g . Fermo sotto i 1500 g

Confrontiamoci con la UE 2001-2002-2003

Austria	4,8	4,1	4,5
Belgio	4,5	4,4	4,3
Bulgaria	11,4	13,3	12,3
<u>Cipro</u>	<u>4,9</u>	<u>4,7</u>	<u>4,1*</u>
Danim	4,9	4,4	4,4
Estonia	7,0	8,8	5,7
Finlandia	3,2	3,0	3,1
Francia	4,8	4,4	4,1
German.	4,3	4,2	4,1
<u>Grecia</u>	<u>5,1</u>	<u>5,1</u>	<u>4,0</u>
Irlanda	5,7	5,1	5,1
Italia	4,7	4,5	4,2
Italia Nord			3,3
Italia Sud			5,3
Lettonia	11,0	9,9	9,4
Lituania	7,9	7,9	6,0
Lussem	5,8	5,1	4,9

Malta	4,4	6,1	5,7
Olanda	5,4	5,0	4,8
Polonia	7,7	7,5	7,0
<u>Portogallo</u>	<u>5,0</u>	<u>5,0</u>	<u>4,1*</u>
Regno U	5,5	5,2	5,3
<u>R.Ceca</u>	<u>4,0</u>	<u>4,1</u>	<u>3,9</u>
Romania	18,4	17,3	16,7
Slovacchia	6,2	7,6	7,9
<u>Slovenia</u>	<u>4,2</u>	<u>3,8</u>	<u>4,0*</u>
Spagna	3,4	4,1	3,6
Svezia	3,7	3,3	3,1
Ungheria	8,1	7,2	7,3
• UE	5,9	6,1	5,8

**Non c'è più la distinzione fra Ricchi e poveri.
I paesi in blu sono sul valore dell'Italia o sotto
I sottolineati sono new entry**

Vulnerabilità e disuguaglianze di reddito

Non tutto può risolvere la sanità

Mortalità sotto il 4/1000

PIL pro capite \$

- Finlandia (27.000)
- Norvegia (37.000)
- R.Ceca (19.000)
- Spagna (22.000)
- Svezia (27.000)

USA 37.000
Italia 22.500

Minori disuguaglianze

- Finlandia
- Norvegia
- ND
- Spagna
- Svezia

Il 20% degli italiani più ricchi ha un reddito 5.5 volte più alto di quelli più poveri. Media UE = 4.8

*Solo Portogallo e Grecia lo hanno più alto.
Minore disuguaglianza equivale a probabilità maggiori di iscrivere i figli alla università*

Wilkinson, Pickett. Feltrinelli 2009. La misura dell'anima

Una vulnerabilità in Romagna (AVR)

Mortalità 1998-2003/1000 nati

Mortalità

Infantile Neonatale Postneonatale (29gg 1 a)

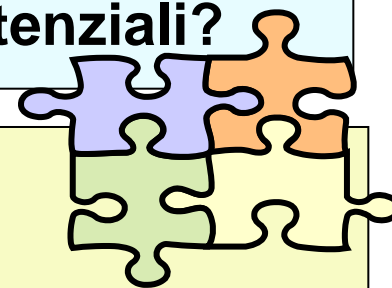
Italiani / Europei (UE. 15)	3.0	2.3	0.8
<i>IC</i>	2.5-5.3	1.9-2.8	0.5-1.1
Residenti Extra UE	8.7	5.2	3.5
<i>IC</i>	5.3-13.4	2.7-9.1	1.5 - 6.9
	X 2.9	x 2.3	x 4.4

Ricoveri 0-1 anno/1000

Italiani / Europei (UE15)	166/1000
Residenti Extra UE	205/1000

Una vulnerabilità in Romagna

Si può risolvere senza connessioni assistenziali?



Alta Mortalità Infantile nei migranti

M. Postneonatale incredibilmente alta



Le visite domiciliari reticolo a tutela dei vulnerabili

Un follow up di 19 anni

Studio New York Memphis Denver

RTC su interventi che riguardano bambini: dimostrano consistenti effetti sulla salute sullo sviluppo cognitivo e le “academic performance”.

- Ragazze ad altissimo rischio seguite in infanzia hanno subito meno arresti (10% vs 30%)
- Hanno avuto meno figli (11% vs 30%)
- Meno necessità di assistenza dal Medicaid (18% vs 45%)
- Hanno usato più condom
- *Implications for health policy:*
 - *Prenatal and infancy home visiting by nurses to higher-risk mothers having their first child may have **long-term benefits for the mothers' children.***

La rete nei consultori ER è solida?

Consultori familiari	1998	2008
Ore sett /1000 donne età fertile	10.6	10.8 (+0.2%)
Gravide in carico	8.288	18.216 (+54%)
Gravide Migranti	1.747	9.357 (+80%)
Gravide seguite/ nati totali	27.1%	43.5% (+37%)
Accessi/gravida	7.5	9.3 (+20%)

Consultori pediatrici	2004	2008
Popolazione 0-14	471.134	529.571 (+11%)
Personale medico/pop 0-14	1/4.207	1/5.141 (-17%)
Personale infermieristico/pop 0-14	1/1.184	1/2.216 (-46%)

Vulnerabilità e disuguaglianze di reddito

E' solo un problema di reddito? La sanità che può fare?

Mortalità sotto il 4/1000

PIL pro capite \$

- Finlandia (27.000)
- Norvegia (37.000)
- R.Ceca (19.000)
- Spagna (22.000)
- Svezia (27.000)

USA 37.000
Italia 22.500

Minori disuguaglianze

- Finlandia
- Norvegia
- ND
- Spagna
- Svezia

Il 20% degli italiani più ricchi ha un reddito 5.5 volte più alto di quelli più poveri. Media UE = 4.8

*Solo Portogallo e Grecia lo hanno più alto.
Minore disuguaglianza equivale a probabilità maggiori di iscrivere i figli alla università*

Wilkinson, Pickett. Feltrinelli 2009. La misura dell'anima

Literacy e salute

	Natimortalità	Mortalità 0-7 giorni	7 gg-1 anno
Laurea	1	1	1
Elementare	1.57	1.6	1.6

Istruzione della madre e malattie del figlio

laurea o scuola media sup. confrontata con elementare

Anemia ferrocarenziale	RR 1.8
Infezioni gastrointestinali	RR 1.7
Affezioni respiratorie	RR 1.5

Literacy, Health Literacy e vulnerabilità

- La **“literacy”** è fortemente associata alla salute: è un indicatore di benessere forte quanto le condizioni socioeconomiche cui spesso è legato
- Una revisione sistematica recente (2009) prova che è la capacità di utilizzare i servizi sanitari a legare literacy e salute
- Adolescenti con bassi livelli di literacy sono a rischio almeno doppio di andare incontro a comportamenti aggressivi e antisociali.

Sanders Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163:131-140

- Ci sono anche interessanti ragionamenti su intelligenza (QI) e salute dell'adulto. QI o Health literacy?

Batty Eur Hearth J 2009;30:1903

Literacy e redditi non dipendono da noi
Aspettiamo fiduciosi che sorga una
nuova alba di eguaglianza in ogni campo?



Le Società scientifiche dicono di non aspettare

La “Medicina Personalizzata” non solo farmacogenomica ma anche “HealthDisparities Research” *(lancet 2010 375:171)*

- La **American Medical Association** ha sponsorizzato un training nazionale diretto alla health literacy per medici e infermieri
- La **American Academy of Pediatrics** sta preparando un guidebook sulla health literacy specie per le famiglie dei bambini con bisogni speciali che hanno maggiori difficoltà
- Ma anche la **Joint Commission** sostiene che molti cittadini, di fronte alla complessità delle informazioni, non riescono a superare le barriere in cui si chiude la organizzazione sanitaria.
 - Raccomanda agli ospedali di attrezzarsi per le persone di limitata Health Literacy come parte del patient safety improvement: *(Perri Klass et al)*



I soliti bostoniani fanno i primi della classe

E diffondono anche in Europa
l'idea che i servizi sanitari
possono diventare
strumento di Health Literacy,
ma attraverso la Literacy

Reach Out and Read
Bookstart
Nati per Leggere
Nuscuts par Ilegir



Literacy e gli errori frontali

Non basta una buona diagnosi

La barriera di linguaggio determina errori (quantità e frequenza) nella assunzione di farmaci.

Ricerca a New York: English speaking vs Spanish speaking

Errori di quantità: 20% vs 50% OR 3.8
Controllo dopo informazione OR 1.22

Errori di frequenza: 51% vs 93% OR 12.4
Controllo dopo informazione OR 3.81

Aumentano gli errori: multiprescrizioni, maggiore frazionamento della dose, riduzione dei tempi di contatto in ambulatorio, l'usare solo parole e non scritti o disegni

Il caso di Tamiflu: si prescrive in ml, mentre il dispenser Tamiflu è dosato in mg. Prescrivendolo in mg l'errore si riduce

L'errore è sempre attribuito all'assistito!
Si parla degli errori nella formazione dello specializzando e del pediatra?
Qui si aprirebbe il capitolo della Quality Improvement

Non basta neppure una buona prescrizione

- Lo studio **AIRONET** (programma multicentrico di educazione sanitaria su 123 bambini asmatici)...
 - ... e lo studio **SIDRIA** indicano come motivi di scarsa aderenza terapeutica le condizioni socio economiche
 - Uno **studio recente italiano** dimostra che il 52.5% degli asmatici commette errori nella terapia di fondo dell'asma e il 25% nell'uso del distanziatore
- il 65% ha scolarità bassa ... ma il 45% ha laurea

Gli errori laterali

Da noi si chiama Rischio clinico, ma è errore di comunicazione

Studio 2009 EQUIP del General Medical Council (UK)

“Error Questioning Impact on Prescribing Study”

Errori in Ospedale **Media** **8.9%**

Potenzialmente letali **1.7%**

Doctors in training: 8.4%

Residents 8.3%

Consultants 5.9%

**Molti non giungono a destinazione: sono intercettati da
farmacisti di reparto (!!!),
infermieri,
altri medici
attraverso la filiera della comunicazione**

Lancet 2009;374:2009

Secondo il General Medical Council UK

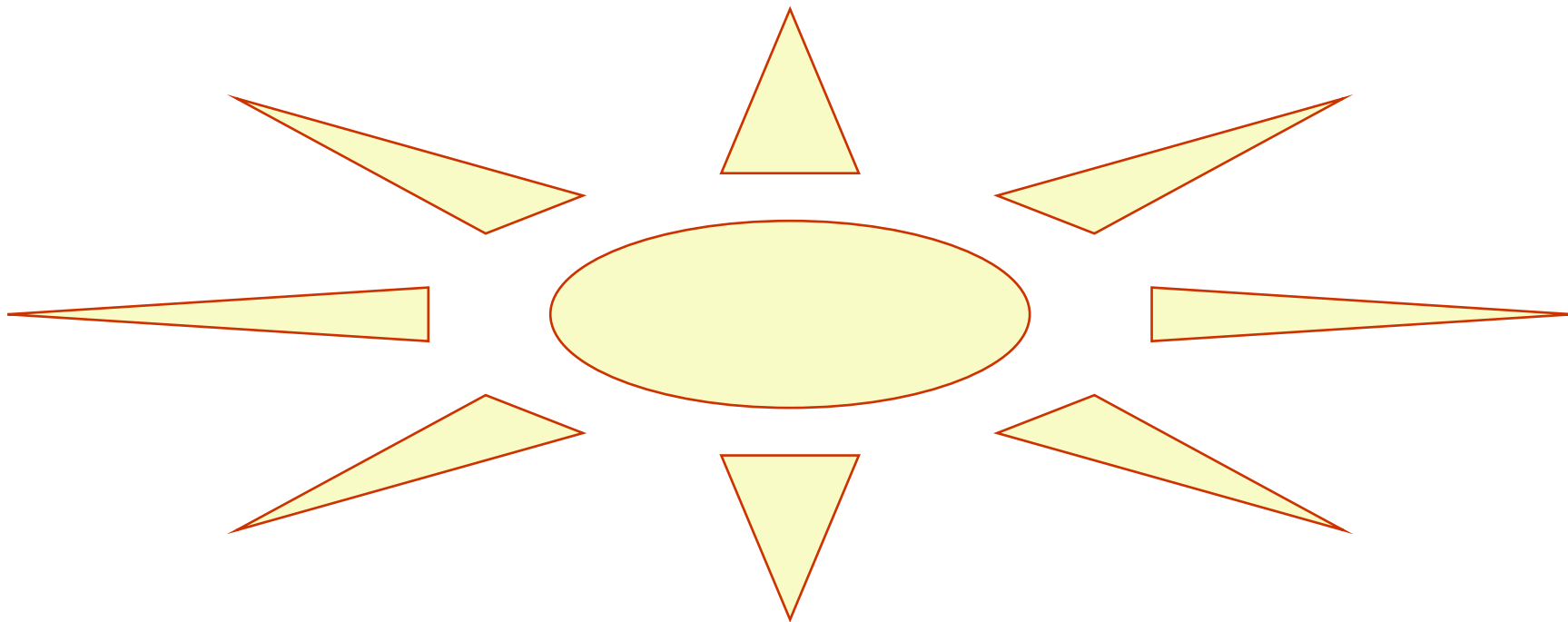
la circolarità della comunicazione

fra medico e paziente e fra medico e medico

è un problema maggiore degli anni dieci del 2000 per la

formazione permanente

Lancet 2009;374:2009



Stiamo guidando la formazione verso i problemi?

Da dove viene la formazione?

Chi individua

- gli argomenti della formazione permanente?
- Il rapporto fra bisogni della comunità e formazione?
- Il rapporto fra bisogni formativi dei medici e argomenti di formazione?
- la preparazione dei formatori?
- gli obiettivi della ricerca in medicina di base?



Alcune vulnerabilità di oggi

I figli di depresse postpartum

La relazione con la madre depressa è in grado di provocare delle alterazioni nello sviluppo mentale dei bambini

- maggiore vulnerabilità per rischi psicopatologici successivi
- deficit dell'attenzione
- problemi di sviluppo di lettura, di linguaggio
- insorgenza di problemi psicopatologici
- vulnerabilità per problemi comportamentali

La depressione materna c'è basta cercarla

Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)

Uno studio dei PLS a Cesena

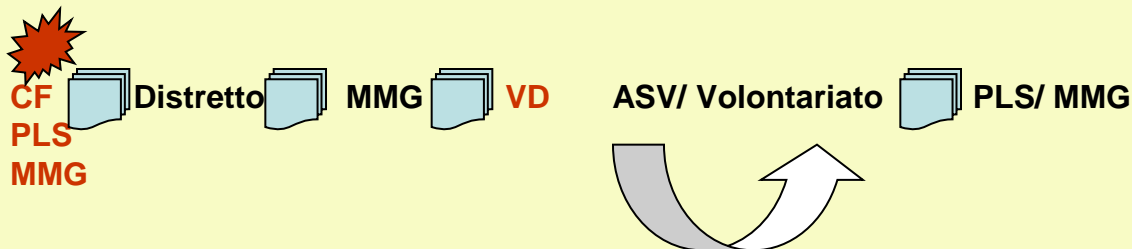
Gravide testate al 2/3° mese	2.512	
Test ≥ 10 <12	148	5.9%
Test ≥ 12	96	3.9%
Indirizzate a consulenza psico	31	
Rifiuti	15	

Non basta scoprirla

Visite domiciliari e DPP

Una sperimentazione economica

- Gruppo intervento: segni di depressione maggiore nel **23%** a partenza dal 100% delle donne arruolate a 6 mesi e **26%** 12 mesi.
- Nel controllo nel **53%** e **59%**. ($p < 0.0001$ a 6 e 12 mesi).
- Pesi e altezza dei bambini erano migliori nel gruppo intervento.
- I bambini del gruppo intervento avevano avuto meno episodi di diarrea ($p 0.04$) e avevano più probabilità (0.001) di completare il ciclo vaccinale. Le madri usavano significativamente (0.002) più contraccettivi.



La maggiore vulnerabilità: i migranti

Popolazione straniera in Italia al 1° gennaio 09

(ISTAT Save the children)

- **4.000.000 regolari (+ 13,8% rispetto al 2008)**
- **862.000 (22%) hanno meno di 18 anni**
(412.000 nel 2004)
- **519.000 nati in Italia ma senza avere raggiunto i 10 anni per la cittadinanza**
Oltre 50% dall'est Europeo, 792.000 dalla Romania poi da Marocco, Albania, Cina
- **6587 arrivati senza genitori**
(“Non accompagnati”. 90% maschi. Il 77% non ha identità)

Migranti nei punti nascita

- **7.000 nel 1993**
- **49.000 nel 2004**
- **62.000 nel 2008**

Nei Punti nascita del Centro e del Nord Italia, il 20% circa dei nati ha uno o entrambi i genitori migranti

In alcuni ospedali delle maggiori città segnalate percentuali ancora superiori (> 25 %)

Bambini stranieri in Italia

- **Nati all'estero immigrati con i genitori**
- **Adottati all'estero da coppie italiane**
- **Minori stranieri non accompagnati**
- **Nati in Italia da genitori stranieri**
- **Nati in Italia da coppie miste**
- **Bambini appartenenti a gruppi Nomadi**
- **Bambini di profughi di guerra e rifugiati politici**

I problemi di salute fisica dei migranti

- **Il timore degli anni '70**
 - L'introduzione di malattie tropicali da importazione
- **La realtà attuale**
 - L'acquisizione di problemi di salute delle società affluenti in persone culturalmente e geneticamente altre.
 - Le malattie tropicali che loro stessi si portano tornando anche per breve tempo nei loro paesi

I problemi di salute fisica dei migranti

Quelli che originano da casa

- Minore copertura anticorpale per Rosolia (target le partorienti)
- Maggiore presenza neonati con madri HBV positive (0.66% vs 2.9%= 4 volte in più)

Quelli che incontrano qui

- Insufficienti livelli di vitamina D funicolare e maggiore frequenza di rachitismo
- Maggiore frequenza di diabete di tipo 1 nei bambini

Quelli che incontrano di nuovo a casa

Quelli che incontrano a casa

- **Malaria: 600-1000 casi.**
71% stranieri per soggiorni con profilassi inadeguata.
Negli italiani solo malattie da turismo.
- **Anemia falciforme**
- **Cisticercosi cerebrale**
- **Chikungunia (CHIK)**

Laboratori italiani spesso inadeguati per parassitologia, microbiologia, virologia e immunologia tropicale. Presenza di Centri esperti in malattie tropicali

Il diabete 1: più frequente nei migranti ?

Registro Regionale Diabete Piemonte (DMT1)

Anni	Tasso incidenza
1990-94	10,9/100.000
1995-99	11,1/100.000
2000-04	14,4/100.000
2005-07	16,4/100.000

Diabete mellito tipo 1 in bambini stranieri di età 0-14 anni

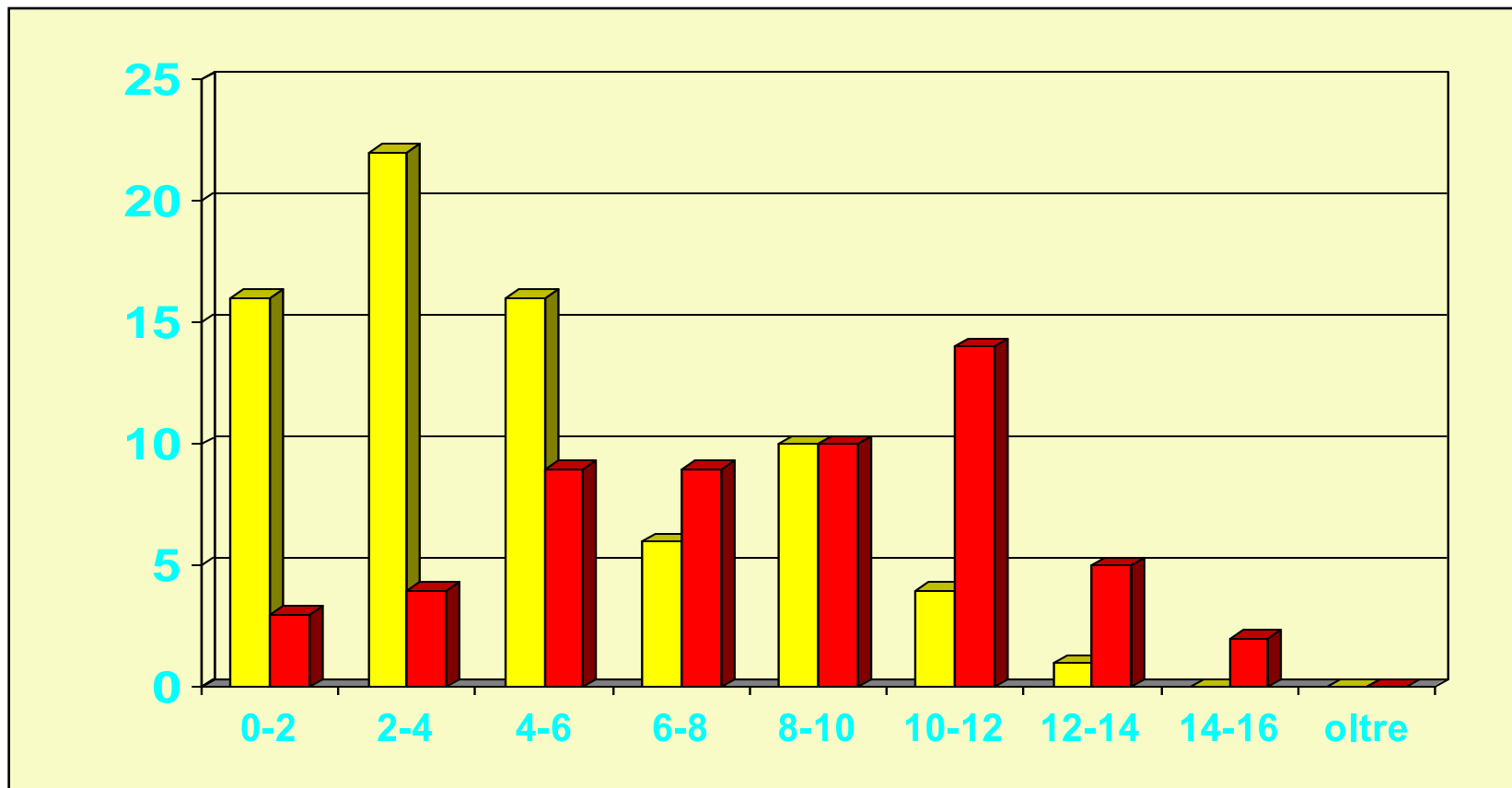
Anni	Prevalenza
1990-94	2,0%
1995-99	4,2%
2000-04	9,9%
2005-08	18,1%

Dati del prof. Gianni Bona

Esordio del diabete 1 in stranieri in Italia 0-14 anni

Giallo nato in Italia. Rosso non nato in Italia

(Clin Ped Novara)



Le soluzioni cattivissime per i migranti

Gli ambulatori dedicati

La soluzione emergenziale che perpetua l'emergenza

- Il rapporto 1:100
- la non relazione
- la non conoscenza individuale dei problemi di salute dei migranti
- la concezione dei migranti come gruppo omogeneo quanto alla salute

Vulnerabilità ignorate? | Late preterm

White paper on preterm infants 2009 March of Dimes 2009

Preterm (or premature) infant

Infant born before 37 completed weeks of gestation

- **Late preterm infant**
(a recently identified category)

Infant born between 34 and 36 weeks gestation

- **Moderately preterm infant**

Infant born between 32 and 36 completed weeks of gestation

- **Very preterm infant**

Infant born before 32 completed weeks of gestation

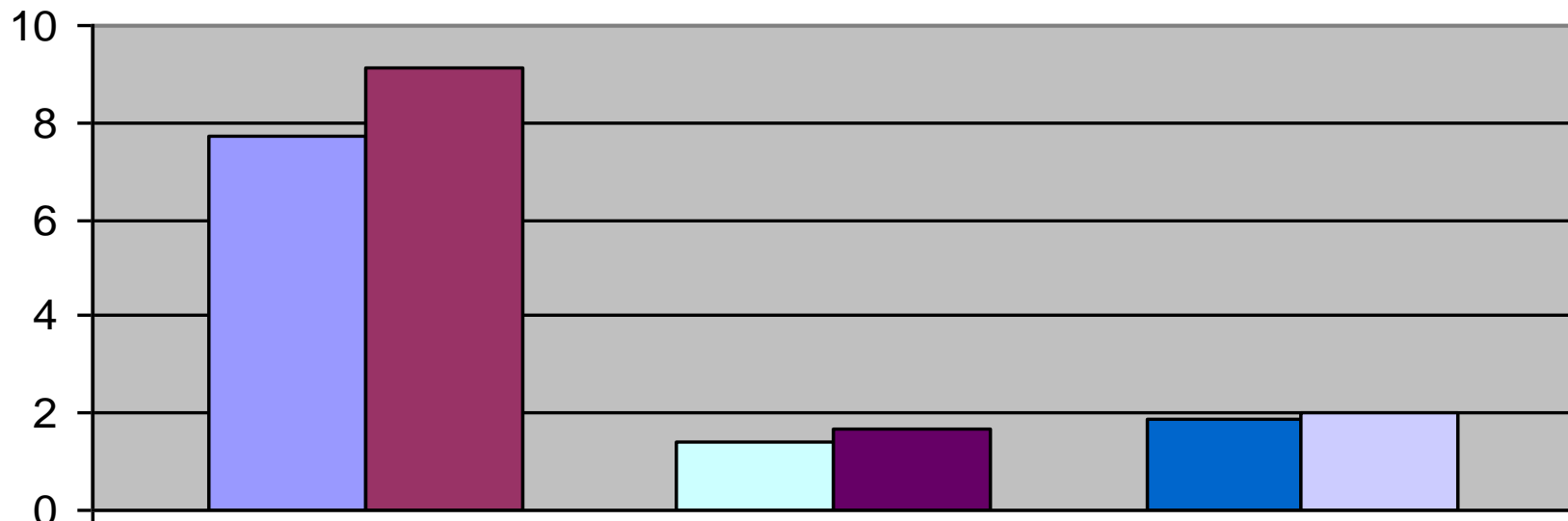
Late preterm USA dal 7.7 al 9.1%

USA Prematuri/100 nati 1996-2006.

34-36 sett.

32-33 sett.

<32 sett.



Preterm births by gestational age

USA 1996-2006 (< 37 weeks) *March of Dimes 2009*

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totale	
11.0	11.4	11.6	11.8	11.6	11.9	12.1	12.3	12.5	12.7	12.8		(+1.8)
7.7	8.0	8.1	8.3	8.2	8.5	8.6	8.8	8.9	9.1	9.1	34-36 late preterm	(+1.4)
1.4	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.7	32-33	(+0.3)
1.9	1.9	2.0	2.0	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	>32	(+01)

1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006

Motivazioni

- Maggiore uso di tecniche di riproduzione assistita con più gravidanze multiple
- Aumento di gravidanze over 35enni
- Modifiche della pratica clinica: aumento del parto medicalmente indicato con precoce induzione del travaglio; esecuzione di cesarei vicino, ma non al termine

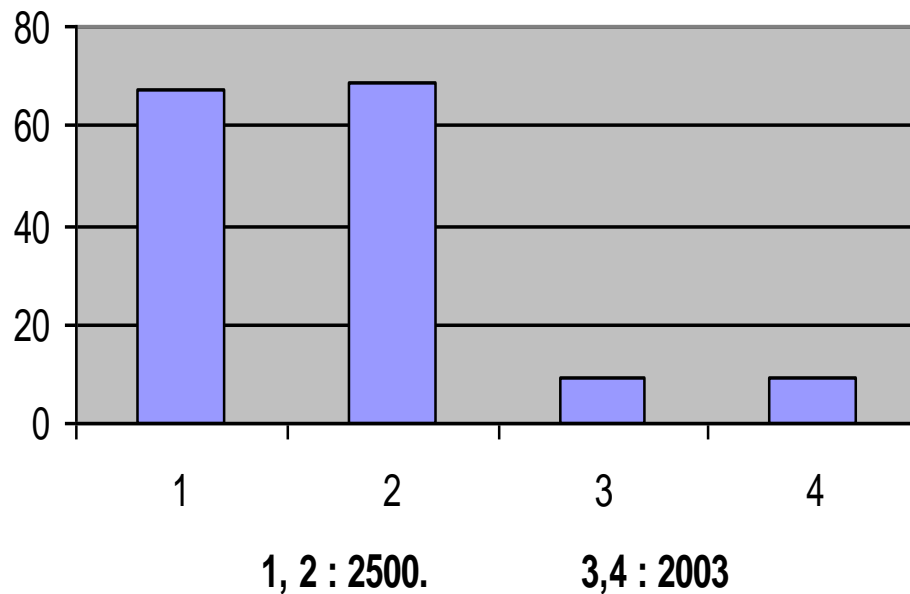
Secondo il NIH, il Cesareo non dovrebbe essere fatto prima della 39a settimana (Obstet Gynecol 2009;131:1231)

Anche in Italia: 2001- 2003

<2500	2001	67/1000
	2003	69/1000
<1500	2001	9/1000
	2003	9/1000

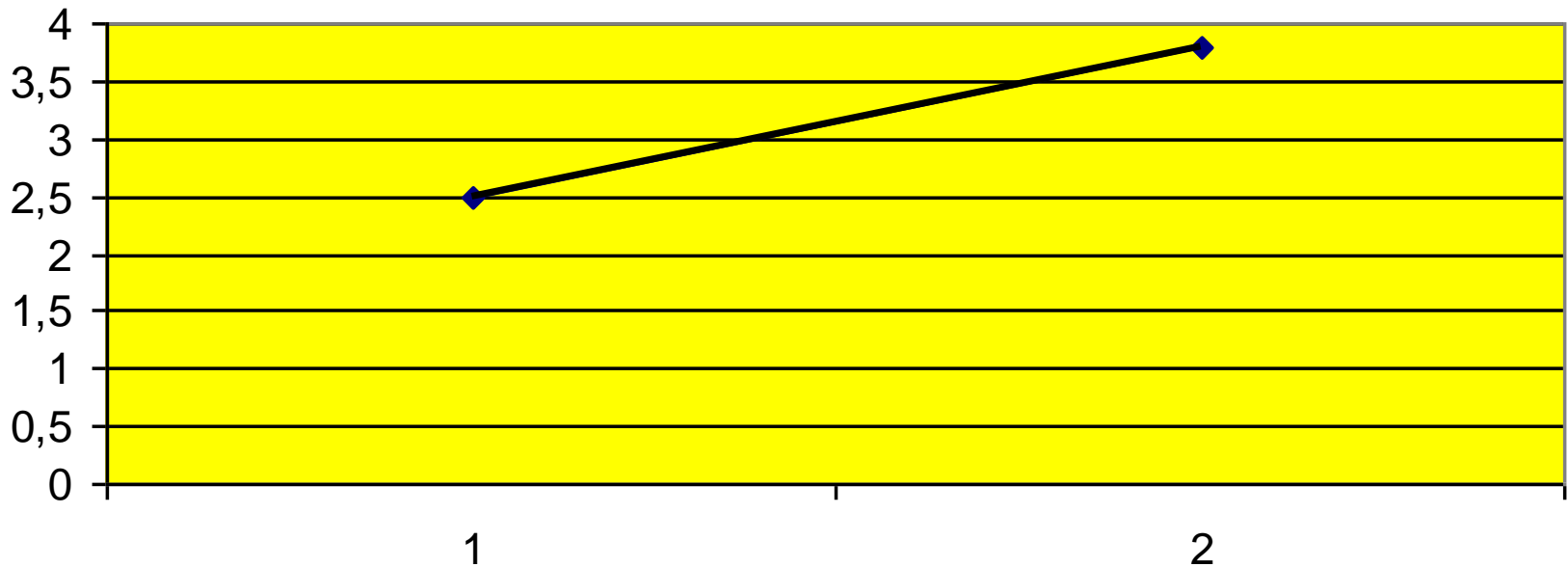
*Argomento per i fondi
"Ricerca & Innovazione" della
Regione ER?*

Incidenza/1000 parti di neonati sotto i 2500
e sotto i 1500 g 2001 2003



Andamento del parto pretermine medicalmente indicato 1989 - 2001

USA Parto pretermine medicalmente indicato
1989 2001. Per 100 nati



Late preterm:patologia alla nascita

The mortality and neonatal morbidity of late preterm births are substantial.

Compared with infants born at term ,preterm infants have

- Higher rates of temperature instability,
- Respiratory distress, apnoea,
- Hypoglycaemia,
- Seizures,
- Jaundice,
- Kernicterus
- Feeding difficulties,
- Periventricular leucomalacia,
- Rehospitalisations.

Lancet 2008; 371: 261–69

Late preterm: loro problemi scolastici

- Scrivere/comporre 32%
- Movimenti fini 31%
- Matematica 29%
- Leggere 21%
- Parlare ascoltare 19%
- Educazione fisica 12%

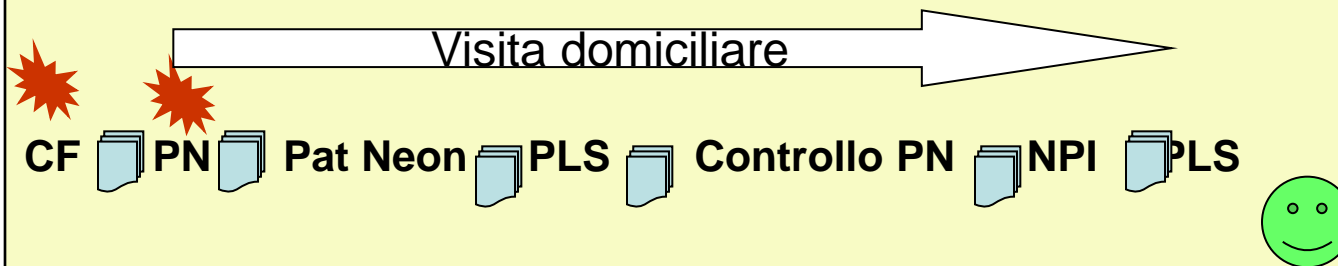
Late preterm

Visite domiciliari:intervento vs controllo

In bb di peso fra 2000 e 2500 g un intervento di visite domiciliari, di interventi educazionali, di “parent group meeting” fino a 3 anni, di frequenza in child day centers, un controllo dietetico ha determinato a 8 anni rispetto ai controlli

- un maggiore peso
- altezza
- circonferenza cranica.

Arch Ped Adol Med 2009;163 1046



Vulnerabilità ignorate? L'età invisibile o poco vista?

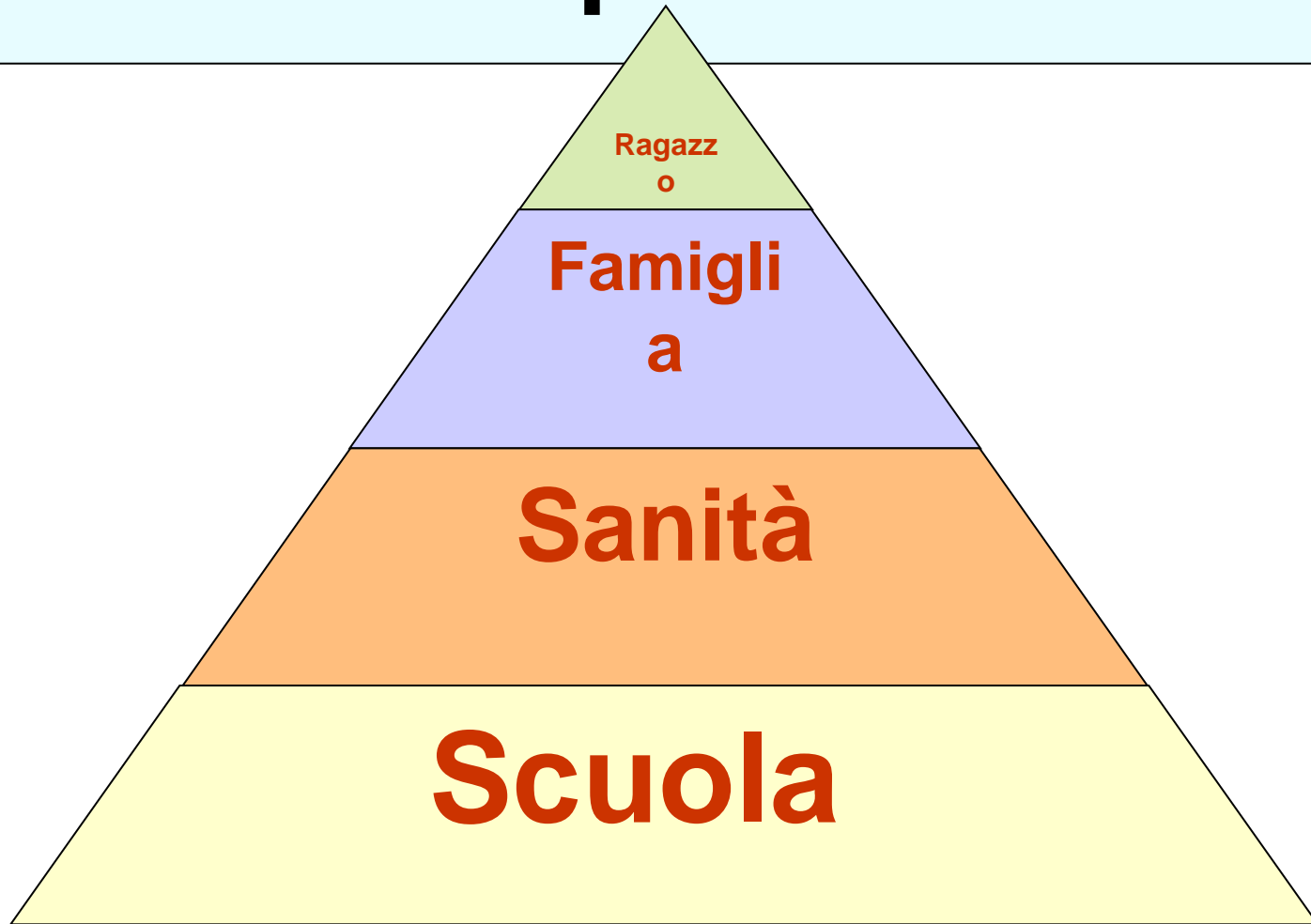
Sui ragazzi fra 11 e 14 anni non c'è enfasi assistenziale. Costano poco al SSN, ma vivono “bene”? Sono in grado di mettere in atto comportamenti autonomi a tutela della propria salute?

- si “ammalano” poco, sono visti dal loro pediatra meno spesso che in altre età
- dopo 13 anni sono assistiti dal PLS per il 40%; dopo 14 anni per il 5%
- frequentano meno le biblioteche ragazzi
- uno su tre va almeno una volta/anno al PS.
- 7- 8% esprimono situazioni di malessere a fine scuola media
- 4-5% sono seguiti dalla NPI

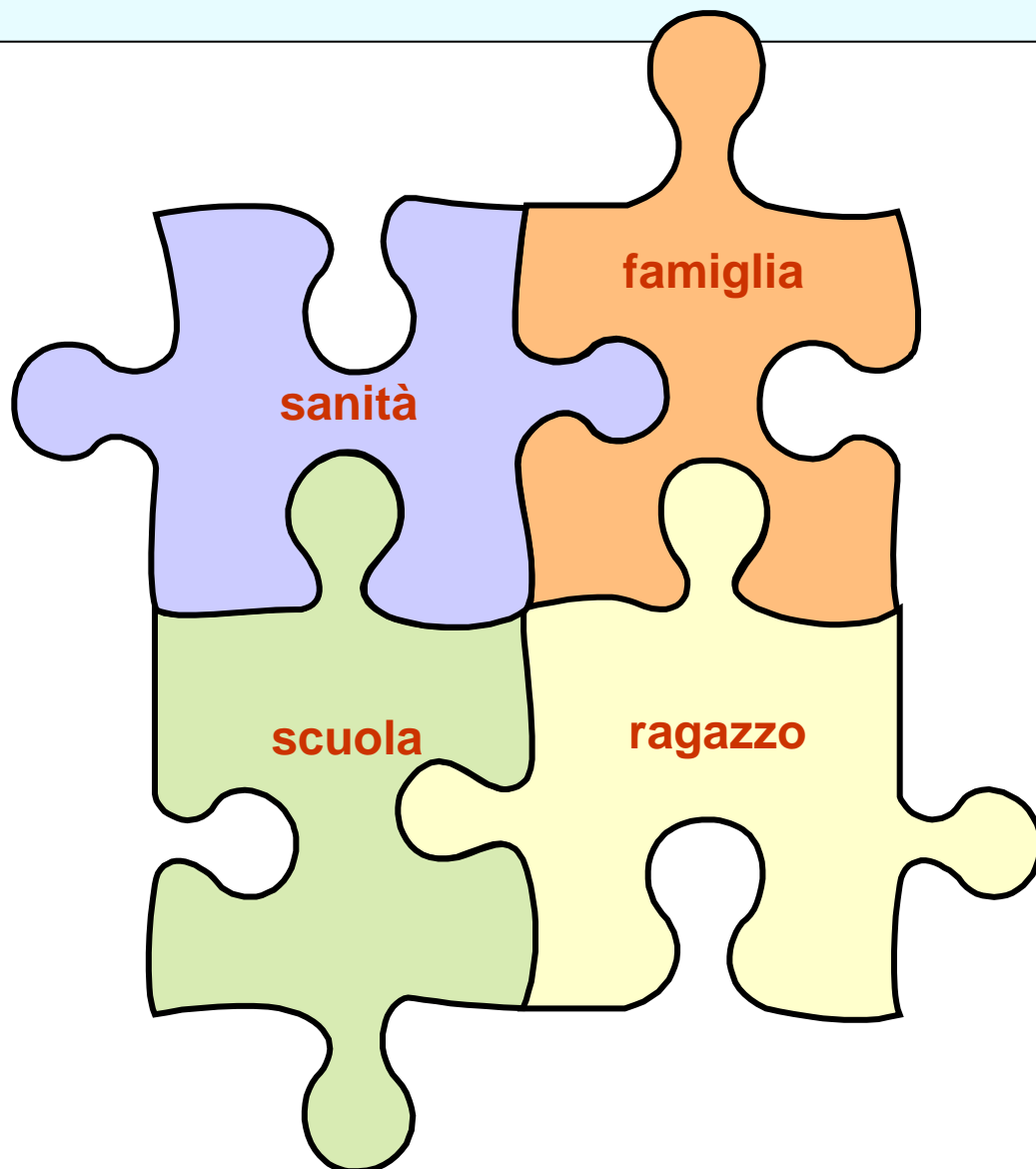
In sostanza il 12% circa manifesta segni di inquietudine

Dati di F. Mazzini riportati al congresso ACP 2009

Unicuique suum?



O proviamo a legare i sistemi?



Anche Obama cerca una rete

In un paese senza SSN la tecnologia informativa come cervello

Il progetto da \$19 MLD

Revolutionizing Health care Trough Information Technology

Confluenza nel database personale disponibile per famiglie e medico

dati di copertura assicurativa, screening, vaccinazioni, prescrizioni con segnalazione di errori, accessi al PS, ricoveri, assistenza domiciliare, esami periodici, format di visite specialistiche, neurologiche, psichiatriche, controlli centri 2° livello, esami clinici genomici, radiologici, controlli in gravidanza, offerta di programmi di salute a scuola, messaggi di richiesta e ricevimento dati.

Tecnologia informativa del SSN

Qualità dei siti web (340) delle strutture sanitarie pubbliche e private

Difficile partire da qui

Punteggio complessivo raggiungibile: 10.

Punteggio medio Italia: 1.50

Nord Ovest 2.20

Nord Est 1.85

Centro 1.07

Sud 0.98

Isole 0.78

Sopra la media

Emilia Romagna 3.36

Lombardia 2.99

Trentino 2.80

Valle d'Aosta 2.67

FVG 1.59

Umbria 1.52

Tecnologia in eccesso e in difetto

Gli screening con spettro fotometria di massa

- Influenza di trattamenti farmacologici, rianimatori, nutrizionali o varianti biologiche.
- Valore predittivo del 10% (90% dei primi risultati non sono sicure indicazioni)
- Non tutte le affezioni sono trattabili.
- Alcune variazioni biologiche non corrispondono a patologia
- **Costi rilevanti**
- **Alta qualificazione del personale tecnico e scientifico**
- **Follow up fino a diagnosi meno incerta;counselling**
- **Incertezza nelle affezioni non trattabili;counselling**

N Engl J Med 2003;348:2304-12.

Tecnologia in eccesso e in difetto

Gli screening con spettro fotometria di massa

- Dati australiani: dopo la SM/ SM le affezioni riconosciute sono passate da 8.6/100.000 a 15.7/100.000.
- **In aumento significativo e trattabili solo i disordini della ossidazione degli acidi grassi (3/10.000 neonati)**
- Costi
 - \$ 0.70 per neonato screenato
 - \$ 217 per ogni test di conferma
 - \$ 4.000 per ogni disordine rilevato

Tecnologia in eccesso e in difetto

Le emissioni otoacustiche per la diagnosi di sordità congenita

Dati di Napoli (Pisacane)

3 anni di screening (2007-2009)

150.000 test . Sensibilità e specificità del test a 2 tappe: **98%**

160 bambini ipoacusici bilaterali > 40 dB (**1.1 x 1000 nati**).

Impianti precoci: **25**.

Situazione organizzativa italiana degli impianti

- 60 centri. Effettuano impianti cocleari prevalentemente su adulti mentre in UE il numero dei bb operati è più che doppio rispetto agli adulti
- 13 centri su 49 eseguono meno di 5 interventi/anno
- 31 centri su 49 eseguono meno di 10 interventi/anno

Situazione UE: Centri

- In UK sono 21
- In Francia 20
- In Germania 10
- In Svezia 5
- **Italia 60**

“Cosa abbiamo imparato”

Con la riduzione del numero dei pediatri a circa 11.000 e la impossibilità di aumentarli a scapito della medicina generale

Non potranno convivere

- La copertura dei PLS di 8.000.000 bambini 0-14 anni
 - La copertura medica di 695 UO di pediatria delle quali con guardia interna solo il 30%
 - La richiesta di aprire nuovi PS pediatrici
 - Il mantenimento di una figura professionale “individualista” del PLS
 - Una netta separazione di funzioni fra ospedale e territorio in cui ognuno fa la “sua” parte

I rischi

- Pediatri sufficienti per coprire i 4.000.000 bambini 0-6 anni lasciando ai MMG la preadolescenza

I principi

- Necessaria una modifica del sistema sia ospedaliero che territoriale.
- Riduzione delle UO e dei PN a dimensioni indicate da ACP
- Rottura delle barriere fra pediatri ospedalieri e pls (Modello Val d' Ossola) <http://www.fimpvco.it/>
- Attribuzione all'IP di maggiore autonomia e di responsabilità di collegamento

Lasciare ai MMG la preadolescenza?

Una esperienza di Family Medicine

Assistenza in pediatria (PLS)

Cesena 2008

Età 11-14

Viste per anno: 3.05

Per patologia 76.2 %

Per bilanci di salute 22.3%

Altro 1.5%

Dati di Franco Mazzini

Assistenza in FM (GP spec)

Norvegia

Età 15-19

Visite per anno: 1.4 (1.3-1.4)

**MMG con più di 1000
assistiti 70enni 0.5 (0.4-0.7)**

Per patologia 71%

Psicologiche 9%

Altro 20 %

Interdisciplinari: 0.09%

Family practice 2010;27:3-8)

Le UPCP: una soluzione se

- **Struttura** comprende il personale della PIS e di Comunità (medici e infermieri)
- **Sede** funzionale unica
- **Ruolo** punto unico di riferimento per i problemi di assistenza in area pediatrica:
- **Compiti**

Non solo assistenza, ma

- epidemiologia e valutazione dei bisogni,
- programmazione della e valutazione della qualità
- formazione e aggiornamento comune con personale con cui ci sono relazioni

Relazioni di Pari dignità

- UO di Pediatria, neonatologia
- NPI nel Dipartimento di SM
- Servizio Sociale
- Rapporti non occasionali con la scuola

Costruzione - gestione di

- percorsi assistenziali condivisi, per i casi multiproblematici complessi malattie croniche, disagio psico-sociale, abuso, maltrattamento
- Insuccesso scolastico
- formazione e aggiornamento comune
- ruolo cardine e di raccordo dell'infermiere

Ho finito, grazie



L'età invisibile. Il self help

Ogni anno 80-90 ragazzi (7-8%) esprimono situazioni di malessere che inducono colloqui successivi e, in taluni casi, invii al secondo livello. A questi occorre aggiungere un 4-5% di preadolescenti già seguiti, per i quali non viene attivato alcun approfondimento.

(F.Mazzini. Congresso ACP 2009.Cesenatico)

- 2001-2 85 (6.7%)
- 2002-3 77 (7.4%)
- 2003-4 89 (6,4%)
- 2004-5 78 (6,4%)
- 2005-6 98 (7,4%)
- 2006-7 79 (6.3%)
- 2007-8 97 (7.8%)
- 2008-9 94 (8.2%)

Tecnologia in eccesso?

Technology creep: la tecnologia che “si infiltra”

La valutazione della tecnologia pesante riserva sorprese

Secondo una valutazione di

Health Technology Assessment prove di efficacia che la PET superi la tecnologia esistente esistono solo (2005) per

- stadiazione mediastinale dei tumori non – microcellulari del polmone
- stadiazione dei linfomi
- metastasi a distanza dei linfomi

Inquinamento atmosferico e salute.

Livelli di evidenze

Inquinamento atmosferico (combinazione di inquinanti)

- Basso peso nascita (b)
- Nascita pretermine (b)
- Insufficiente crescita in utero (c)
- Asma (b)

Inquinamento atmosferico (traffico, particolato, biossido di azoto)

- Deficit sviluppo polmonare (a)

Particolato, ozono, biossido azoto

- Prevalenza tosse, bronchite (a)
- Asma (a)

Inquinamento acustico

- Lesioni transitorie o permanenti a carico dell'apparato uditivo (a)
- Riduzione delle capacità cognitive dei bambini c)

Ratio of paediatricians to children under the age of 18 years.

- The Netherlands, the UK and Ireland have insufficient numbers of paediatricians to maintain any reasonable form of PPC.
- Ireland one paediatrician for 8333 children
- Slovakia one paediatrician per 400 children and prospect for paediatric patients to 28 years
- Western European countries that accept in principle that paediatricians should deliver comprehensive care up to the end of adolescence have, in fact, limited de facto the upper age limit for PC applicability to only 6 or 7 years of age and could not raise the age limit of care without overloading paediatric offices and leading to a lower standard of med

La pediatria ospedaliera

UO di pediatria§	505	1/15.000 bb 0-14 1/20.000 *
Punti nascita	580	55% senza guardia ostetrica
TIN	115 ^	media 125 ricoveri/anno °

1/4000-5000*

TIP 1/50.000

U.O. complessa più frequente: Pediatria	38% (192)
Pediatria + nido con Patologia Neonatale	17% (85)
Pediatria +Patologia Neonatale + TIN	17% (85)

§ 35% non Guardia Int.

*** ACP 1998**

°Dati ministero sanità 14.300 ricoveri

^ Dati SIP

Le cause di morte 1983 2002/100.000 bambini

Meno di anno di età

	2002	1983
• Problemi perinatali	319	635
• Anomalie congenite	185	290
• SIDS (?)	109	15
• <u>Malattie del SNC</u>	<u>15.9</u>	<u>15.5</u>
• Malattie respiratorie	8.6	69.1

1-< 5 anni

• Neoplasie	4.6	7
• Anomalie congenite	4.0	9.3
• Incidenti avvelenamenti	3.3	10.3
• Malattie del SNC	2.1	3
• Malattie respiratorie	1.4	5.4

Grossa diminuzione di tutto meno che delle morti per malattie del SNC nel 1° anno

Ricoveri ospedalieri per causa/100.000

	2003	1999
• <u>Periodo perinatale</u>	63.9	54
• Digestivo	14.7	19.9
• Naso bocca gola	13.7	19.3
• Respiratorio	10.2	11.1
• SNC	8.4	9.5
• Muscoloscheletrico	7.8	10.6
• Altro	30.2	34.2

Aumenta il ricovero dei neonati

Sempre alto il ricovero per il SNC di cui permane alta la mortalità

Elevato rischio di inappropriatezza

Quanto influiscono i migranti?

Nel 1993 i nati erano **7.000** nel 2008 **62.0000**

Solo Copenhagen?

O se ne deve parlare alle famiglie con bambini
per fare crescere una coscienza ecologica diffusa?

Emissioni di CO2 da case private Megatonnes/anno (UK)

	Totale CO2	Residenze CO2
• 1990	593	156 (26%)
• 2030		78

Costi

Costo medio totale per stabile \$ 5000-50.000

Riduzione di perdite di calore (50%) dalle case

Adozione di riscaldamento elettrico da fonti non inquinanti

Riduzione di ingresso di (80% di PM 2.5) * e temperatura interna <19°C

Benefici

Riduzione di consumi \$500/anno

Riduzione mortalità: -89 /milione di abitanti. DALY* -1267/milione abitanti

* sistemi di impermeabilizzazione

** Disability Adjusted Life Years

Solo Copenaghen?

O se ne deve parlare alle famiglie?

Ci sono già le “regole” individuali del gruppo PUMP ACP

	Km tot °	Auto	Bus	Treno	Ecoauto	Piedi	Bici	Moto	CO2 *
• 2010	10.065	5599	1100	2630	244	262	151	70	1.27
• 2030	8.807	3698	1044	2776	173	403	688	25	0.45

- Distanza percorsa con diversi scenari a Londra
- Tonnellate di CO2 emessa per persona

Riduzione della mobilità

Netta riduzione dei percorsi in auto anche ecologiche

Modesta riduzione dei percorsi in bus

Aumento dei percorsi a piedi e in bici e in moto.

Risparmio di 0.82 tonnellate di CO2 per persona per anno

Migranti e obesità

L'obesità dei bambini migranti è un problema emergente che interessa

- La fascia ricca dei Paesi in Via di Sviluppo
- Possiamo perciò aspettarci un'alta percentuale di obesi nei figli di migranti
- **Ma non abbiamo dati di popolazione**

Sovrappeso obesità

- Il 17 % dei bambini italiani da 2 a 6 anni è sovrappeso.
- L'8% è obeso

- Il 24% dei preadolescenti e adolescenti è sovrappeso
- Il 12% dei preadolescenti e adolescenti è obeso

- Circa 2.5 milioni di bambini e ragazzi sono sovrappeso o obesi.
- La maggiore percentuale (26.8-36.0) vive nelle regioni meridionali.

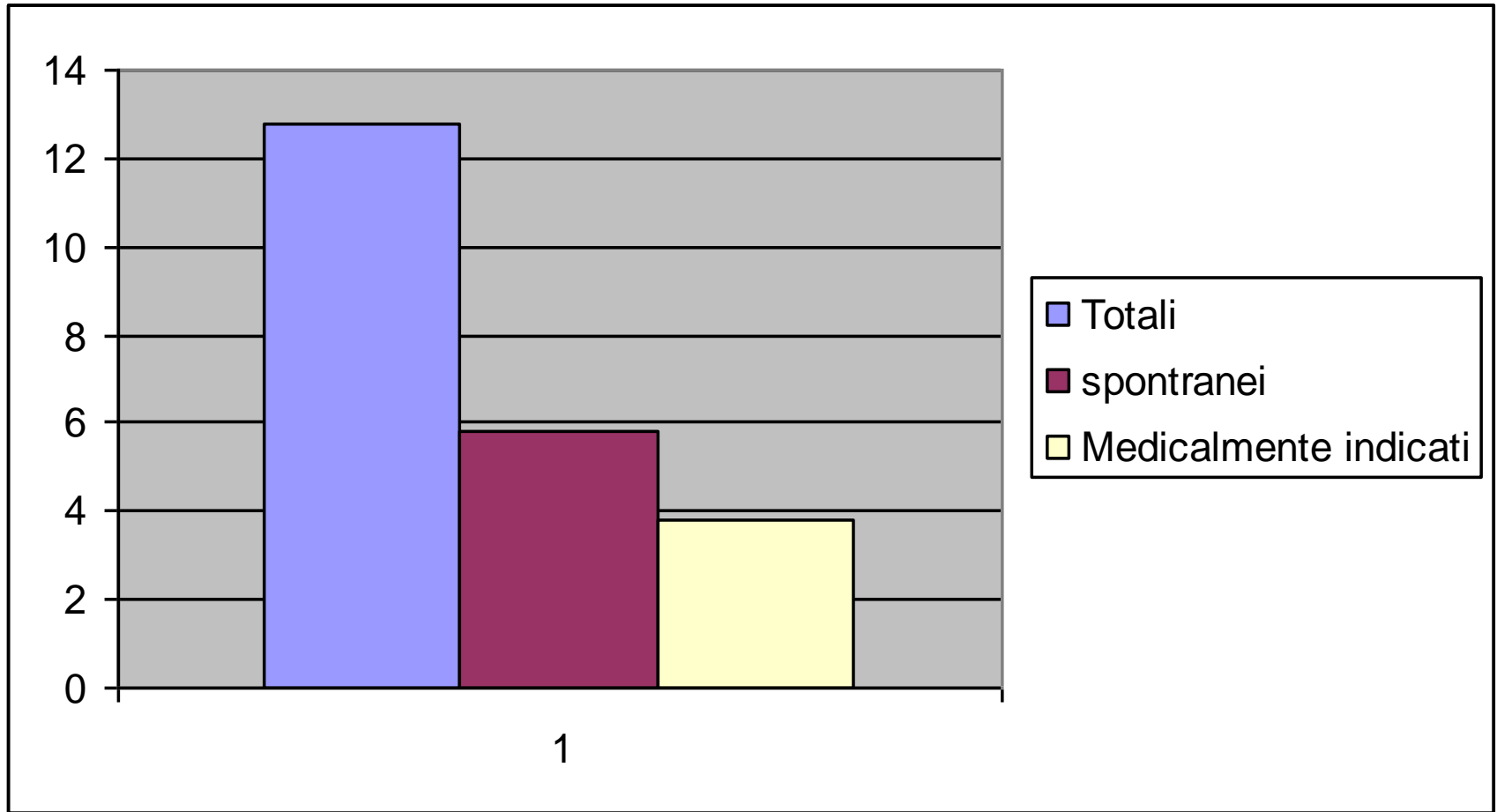
(Indagine 2002. E. J. Clin Nutr)

- 1) attualmente non c'è alcun visto dell'AUSL (ma a fine anno chiedo sempre ai partecipanti, compresi i resp aziendali pediatrici, una valutazione del corso e proposte per il successivo; nel momento della discussione, all'incontro di giugno, sono di solito presenti esponenti aziendali "istituzionali": Farneti, Tony, Pocecco,,); naturalmente 45 gg prima di ogni evento invio all'Uff Formazione aziendale un formale e dettagliato (spesso con l'aiuto della fantasia) programma della mattinata , per la richiesta dei Crediti ECM; tutti gli anni (tranne questo un pò più travagliato) invio ai resp aziendali il programma di formazione, senza ricevere alcun riscontro in merito (silenzio assenso? disinteresse totale ?)
- Dunque nessun "visto ufficiale" ma sicuramente il programma formativo è frutto di una collaborazione e di un "controllo di fatto" a + voci
-
- 2) non conosco alcun programma di aggiornamento regionale cui attenersi, anzi non ho rapporti con una sede regionale della formazione (se esiste); anni fa ho partecipato ad un convegno reg a Bologna sulla organizzazione ECM che stava partendo
-
- 3) a volte - raramente- arrivano input regionali proposti da Farneti o da altri (per il Progetto Sole: Ponti e Salines; per la quasipandemia è stato fatto un momento di formazione coi MMG in settembre, organizzato dal DCP - Salines); può essere che alcune proposte abbiano una genesi regionale senza che io lo sappia..
-
- come vede la navigazione è a vista, non solo sui contenuti formativi : io non ho ancora ricevuto risposte alle domande sul mio ruolo e relativa autonomia, e per la verità non vedo una lira da dicembre 2008; bella la deregulation, ha i suoi pro e anche contro (fra i pro : non so quante altre AUSL di qs o di altre regioni abbiano avuto una regolare attività di formazione pediatrica mensile da 23 anni)

Come sono le strutture delle cure primarie?

Piemonte	DMI ospedaliero
Lombardia	si
Emilia Romagna	DCP
Toscana	UCP
Marche	no
Umbria	no
Lazio Roma B	no
Lazio Roma C	DMI
Lazio Roma E	DMI
Molise	Distretto
Campania	no
Puglia	Distretto
Calabria	no
Sicilia	no
Sardegna	?

USA. Modalità del parto pretermine



Alcune vulnerabilità di oggi

Popolazione straniera residente 0-14 anni(%)

Previsione alta ISTAT

- 2009 19,4
- 2010 19,6
- 2011 19,8
- 2012 20,0
- 2013 20,2
- 2014 20,3
- 2015 20,5
- 2016 20,5
- 2017 20,5
- 2018 20,5
- 2019 20,4

La complessità del problema e Il sistema di comunicazione che non c'è

