

cepita come un'urgenza soggettiva costituiscono, nell'attuale panorama culturale, motivi che non possono essere considerati non validi.

In secondo luogo realizzare una buona accoglienza significa adottare interventi strutturali che migliorino gli ambienti di attesa e di lavoro e garantiscano la privacy, buon triage, gestione dei bisogni durante le attese, bisogni che non sono solo di tipo strettamente clinico. In altre parole il paziente va "accompagnato" durante l'intera permanenza in PS fino al momento della dimissione o ricovero che deve avvenire con messaggi chiari e comprensibili.

Obiettivo finale è rendere l'impatto difficile con il Pronto Soccorso un momento di rassicurazione per il cittadino e un viatico di fiducia per il successivo percorso all'interno del Sistema.

4.3 Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa

Ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità, propria di un sistema universalistico, richiede di tenere conto delle dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche della nostra Regione.

I DATI EPIDEMIOLOGICI DELLA CRONICITÀ

La tendenza all'invecchiamento della popolazione toscana, con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche, pone al sistema la necessità di far fronte alla modifica della domanda assistenziale attraverso una risposta ai bisogni complessi caratterizzata da una forte integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda l'indice di vecchiaia, infatti, la Toscana ha raggiunto valori tra i più elevati al mondo, stabilizzatisi, negli ultimi anni, attorno a 192 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni.

In Toscana, in particolare, l'analisi del profilo di salute contenuta nella relazione sanitaria ci permette di effettuare una stima di prevalenza su alcune patologie croniche di grande rilevanza:

Sono presenti:

- oltre 150.000 pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici, un quinto dei quali trattato con insulina;
- circa 770.000 pazienti sono in cura con farmaci antipertensivi;
- si verificano circa 11.000 infarti miocardici acuti (IMA);
- poco meno di 11.000 sono gli ictus cerebrali, che si verificano ogni anno;
- i pazienti toscani con più di 65 anni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono circa 100.000;
- gli anziani ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco sono circa 55.000.

Per quanto concerne la comorbidità, si può stimare che gli anziani residenti nella nostra Regione con almeno 3 malattie croniche siano circa il 9%, pari ad oltre 70.000 ultrasessantacinquenni.

LE CONDIZIONI SOCIALI

Particolare attenzione inoltre va posta verso le fasce di popolazione che, per condizioni socio-sanitarie, livello di istruzione e/o scarsa conoscenza dei servizi, si trova ad accedere al SSR con minore intensità e tempestività, oppure vi accede attraverso la rete dell'emergenza urgenza, con minori possibilità di recupero.

LA SANITÀ DI INIZIATIVA

Lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa: su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini e su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere

della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate.

Tale processo riguarda in maniera integrata i percorsi ospedalieri, la presa in carico del cittadino da parte del territorio, la integrazione multidisciplinare dei professionisti del SSR e la valutazione multidimensionale del bisogno.

Pertanto l'obiettivo strategico consiste in:

un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il cittadino, favorendo lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile; un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

Risulta determinante pertanto ripensare i modelli organizzativi puntando a definire contenuti assistenziali integrati in un contesto organico di ruoli e funzioni, rimuovendo gli ostacoli all'integrazione dei professionisti. In questa ottica assume una particolare valenza la "capacità" del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l'adozione di corretti stili di vita, ed in particolare l'attenzione all'esercizio della attività fisica, di corrette abitudini alimentari, che debbono comunque essere viste non solo come strumento di prevenzione ma anche come indispensabile sussidio alle terapie nella gestione della patologia nel caso di insorgenza della stessa.

Nella filosofia di adozione del modello, la prevenzione secondaria e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

4.3.1 La sanità di iniziativa in ambito territoriale. Il Chronic Care Model

La gestione dell'incremento della prevalenza di cronicità rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti che le società così dette evolute debbono affrontare; con l'aumento della speranza di vita della popolazione, la diffusione e la presenza delle malattie croniche sono in continuo aumento.

Attualmente i 4/5 delle prestazioni sanitarie sono richieste per il trattamento della cronicità ed i 2/3 dei ricoveri sono ad esse attribuibili; alcuni studi predittivi stimano che nel 2020 circa il 60% della popolazione sarà affetto da patologie croniche.

In media otto anziani su dieci soffrono di una o più patologie croniche caratterizzate da diversi stadi di gravità. Tale problema è particolarmente significativo per la Toscana dove l'indice di vecchiaia è tra i più alti di Europa.

Oltre ai costi diretti vanno ovviamente considerati i costi sociali che la cronicità induce, sia in relazione alle modifiche della struttura familiare che alla disabilità totale quale risultante dell'evoluzione delle patologie croniche.

SANITA' DI INIZIATIVA E CHRONIC CARE MODEL

La sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Il modello operativo prescelto, il Chronic Care Model, è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

Sulla base delle esperienze realizzate in varie aziende sanitarie toscane, il sistema utilizza il lavoro integrato di diversi professionisti chiamati ad assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale (disease management) e si basa su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica, ed le corrette abitudini alimentari, viste non solo come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione della patologia. In questa ottica è stata promossa l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia. Il modello della Società della Salute permetterà, inoltre, di inserire nella elaborazione dei Piani Integrati di Salute tutte quelle azioni legate agli stili di vita e alla qualità dell'ambiente in senso esteso, che sono finalizzate ad impedire l'insorgenza o a ritardare l'aggravarsi delle malattie croniche;
- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia
- l'attuazione degli interventi assistenziali presso il domicilio del malato o l'ambulatorio del MMG, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie con l'utilizzo del " Libretto Personale di Patologia", da inserire nella Carta sanitaria;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Tale registrazione dei casi, che potrà consolidarsi in uno specifico registro, permette la gestione di un sistema finalizzato ad almeno tre funzioni:

- la tracciabilità del percorso;
- la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile a tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza;
- la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia.

IL TEAM MULTIPROFESSIONALE NELLA SANITÀ DI INIZIATIVA PER LA CRONICITÀ

La centralità del cittadino nell'espletamento delle iniziative di salute risulta determinante per garantire a lui e ai suoi familiari un migliore stato di salute e la possibilità di gestire al meglio la malattia.

Risulta determinante come obiettivo strategico del presente Piano, mettere la maggior parte dei pazienti affetti da patologie croniche, o parenti o assistenti familiari, in condizione di autogestirsi per quanto attiene la corretta alimentazione, l'esercizio fisico, il monitoraggio dei parametri specifici e il corretto uso dei farmaci. Diventa pertanto importante sviluppare nel paziente o nel caregiver le competenze necessarie per gestire autonomamente i suoi bisogni a domicilio, anche mediante l'utilizzo di strumenti che valutino o misurino il possesso e la progressiva acquisizione di tali competenze.

Nel caso di pazienti non in grado di autogestirsi o che non usufruiscono di un care giver familiare, tali azioni dovranno essere garantite a domicilio.

Tali funzioni saranno svolte secondo una pianificazione specifica a domicilio del cittadino, presso le strutture ambulatoriali dei MMG o presso strutture specifiche dedicate dalla azienda sanitaria locale. Nella scelta andranno privilegiati momenti e aspetti aggregativi che aiutino l'interscambio di esperienze tra i cittadini evitando l'isolamento assistenziale.

A tal fine nel corso del primo anno di vigenza del Piano, e su base sperimentale, come azione di valenza strategica per la gestione della cronicità sul territorio, la Giunta regionale svilupperà azioni specifiche per garantire

questa innovativa modalità assistenziale con personale specificamente formato, anche con il contributo della Medicina Generale, per l'assistenza alla cronicità attraverso:

- la identificazione, attraverso la rassegna scientifica e l'analisi dei dati epidemiologici a disposizione nelle aree individuate per l'avvio della sperimentazione, del fabbisogno di personale sia dipendente che convenzionato, nei profili professionali adeguati alle patologie croniche;
- l'affidamento di questo personale che sarà attribuito, con destinazione vincolata, alla Unità Operativa Assistenza Infermieristica Territoriale del distretto. Il personale sarà assegnato in proiezione funzionale ai MMG sulla base dell'assorbimento di risorse legato alla casistica afferente agli stessi, in qualità di responsabili clinici ed assistenziali delle cure primarie. Tale personale disporrà di spazi adeguati alla funzione loro assegnata. I MMG assumeranno gli obiettivi assistenziali definiti nelle rispettive zone-distretto/Sds. Il Direttore dell'U.O. Infermieristica territoriale garantisce le risorse e le competenze professionali per l'erogazione dell'assistenza;
- la definizione e attuazione del percorso formativo specifico che relativamente alla alimentazione e alla nutrizione prevederà il coinvolgimento del personale dietista;
- sulla base della contrattazione regionale, la definizione della remunerazione di risultato dei MMG sarà vincolata al raggiungimento degli obiettivi assistenziali sopraenunciati
- la messa a regime dei registri dinamici di patologia, almeno nel triennio di vigenza di Piano, per: ipertensione, diabete mellito, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e BPCO, ictus;
- la definizione su base cartacea o informatica del " Libretto Personale di Patologia", da affidare al cittadino, sul quale saranno registrate le attività ed i monitoraggi effettuati. Tale libretto personale troverà evidenza nella carta personale sanitaria;
- la quantità/qualità delle prestazioni del personale a domicilio, presso lo/gli studi del/dei MMG o altra sede distrettuale e la definizione del sistema di relazioni tra questi soggetti e la rispettiva zona distretto;
- il sistema di monitoraggio dei risultati di efficienza e di salute per i cittadini assistiti anche con audit di primo e secondo livello pianificati con i dati informativi a disposizione.

Il primo anno di vigenza del Piano permetterà di mettere a regime il sistema; nel secondo anno sarà avviata l'attività su alcune aree del territorio regionale con relativa valutazione del processo.

I PERCORSI ASSISTENZIALI

L'erogazione di una uniforme e avanzata assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche nell'ottica di migliorare lo stato di salute dei cittadini e di ridurre alle situazioni di stretta necessità i ricoveri ospedalieri necessita di una nuova alleanza tra specialistica territoriale e ospedaliera e medicina generale. Tale alleanza è alla base del trasferimento di competenze cliniche e complessità assistenziale nel territorio, in un disegno diverso, e condiviso, dei confini di responsabilità clinica con riferimento a percorsi diagnostico-terapeutici definiti in ambito, e con responsabilità distrettuale. Tali percorsi sono volti ad assicurare, agli operatori impegnati nel fornire una assistenza ottimale ai pazienti cronici, standard operativi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni del SSR. Si determina pertanto la necessità di una forte integrazione tra l'ospedale e il territorio in tutte le sue valenze socio-sanitarie.

Tale obiettivo si persegue facendo crescere nel territorio e tra i professionisti pubblici e convenzionati una comune cultura dell'integrazione. Obiettivo del presente Piano è quello di definire i percorsi adattati alle singole realtà territoriali, introdotti ed attuati secondo quanto previsto dalla Delibera Regionale n. 1038 del 24.10.05, che vedano protagonisti tutti i professionisti coinvolti a partire da specifiche patologie quali:

- a) Ipertensione medio-grave;
- b) Diabete mellito;
- c) Scompenso cardiaco;

- d) Insufficienza respiratoria in BPCO;
- e) Ictus.

Si ritiene che, sulla base di risultati della presente programmazione, potranno essere estesi gli interventi anche a patologie, quali il morbo di Parkinson, la demenza senile, le gravi osteopatie cronico-degenerative, quale l'artrite reumatoide.

Saranno promosse azioni tese ad evidenziare il ruolo della nutrizione e dei corretti stili alimentari come presidi fondamentali nell'ambito dei percorsi di cura per pazienti affetti da ipertensione e diabete di tipo II.

I singoli percorsi definiti su base aziendale dovranno essere approvati e pubblicati, come strumento di trasparenza verso i cittadini e di confronto tra i professionisti delle varie realtà territoriali, sul sito della Azienda. Sarà compito del CSR provvedere alla elaborazione delle linee guida regionali sulle specifiche patologie anche per gli aspetti sociosanitari.

La definizione dei percorsi seguirà il seguente iter:

1. definizione dei percorsi su base aziendale;
2. formazione degli operatori sanitari;
3. avvio della fase di sperimentazione;
4. revisione e messa a regime con revisioni periodiche delle linee guida.

Il sistema di verifica e valutazione delle attività territoriali

I percorsi assistenziali nella fase gestionale dovranno essere supportati da un valido sistema di valutazione e verifica condiviso tra tutti gli attori del sistema. Il sistema di valutazione e verifica delle attività territoriali costituisce un elemento innovativo del presente Piano e presuppone una attenta programmazione del sistema.

La funzione e le attività delle "Cure Primarie" sono parte essenziale e costitutiva nell'organizzazione dell'assistenza territoriale; a tale principio si conformano gli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Locali e di conseguenza tutti i soggetti che hanno condiviso il sistema di verifica e valutazione.

La zona distretto e le S.d.S costituiscono il contesto ove si assicura il governo complessivo della sanità territoriale e la coerenza fra le varie funzioni assistenziali e gestionali che vi si svolgono. Sull'organizzazione distrettuale si basa, quindi, il sistema di valutazione delle attività rese dalle cure primarie.

Per supportare il processo di riorganizzazione dei servizi territoriali il sistema di valutazione della performance dovrà nel primo anno di vigenza del presente Piano, prevedere una reportistica specifica che possa sostenere il processo di programmazione e governo locale e dall'altro permetta alla regione di monitorare la capacità del sistema di perseguire le strategie in ambito territoriale.

Entro il primo semestre di vigenza del Piano, in coerenza con il sistema di valutazione delle aziende sanitarie, verrà individuato un data set di informazioni ed indicatori coerenti al nuovo assetto della medicina territoriale utili sia al supporto della gestione che all'analisi dei bisogni specifici.

Per tali indicatori, elaborati da parte dell'Agenzia Regionale di Sanità e del MeS, saranno definite le fonti, le modalità di rilevamento, la cadenza e il ritorno delle informazioni dal territorio alla Regione e ai professionisti coinvolti.

Nel sistema di indicatori del territorio permarrà la caratteristica di multidimensionalità dove la sostenibilità economica verrà monitorata a fronte della soddisfazione e partecipazione dell'utenza, dell'equità e della qualità dei servizi erogati.

Al fine di svolgere le attività di verifica sul territorio da parte delle S.d.S e delle zone-distretto, in sintonia con quanto previsto in termini formali e sostanziali dagli AA.CC.NN., Regionali e Aziendali, entro il primo

anno di vigenza del Piano sarà definito il sistema di verifica territoriale delle attività della medicina di base e dalla Pediatria di libera scelta.

Il sistema si articolerà e sarà organizzato con:

- audit di primo livello da svolgere da parte del personale delle aziende che in base all'analisi dei dati forniti dal sistema di rilevamento e valutazione permetta di programmare su base annuale quantità e qualità delle verifiche da svolgere in ogni azienda sanitaria;
- audit di secondo livello che in base all'aggregazione dei dati delle singole aziende e su base regionale permetta ai Settori regionali di competenza di verificare le azioni delle aziende sanitarie e la omogeneità del sistema regionale.
- audit civici, che vedano la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro associazioni.

Entro il primo anno di vigenza del Piano sarà programmata e realizzata specifica formazione di auditors per tutti i medici distrettuali dedicati, per i medici di medicina generale responsabili delle Unità di Medicina Generale, per gli infermieri responsabili di U.O. e per i funzionari regionali dei settori interessati secondo le seguenti linee di formazione:

1. contesti socio-sanitari in cui agiscono gli operatori distrettuali, (norme e scelte di Piano);
2. tecniche di audit;
3. contenuti degli audit della medicina territoriale;
4. uso delle informazioni per la gestione epidemiologica e gestionale del territorio.

A questa formazione ove attivate potranno accedere su valutazione regionale figure di coordinamento della medicina convenzionata.

4.3.2 La sanità di iniziativa nell'assistenza ospedaliera

È necessario che l'organizzazione sanitaria operi affinché i pazienti vengano mantenuti, per quanto possibile, in uno stato di salute tale da non richiedere l'ospedalizzazione, fornendo loro sul territorio quei servizi che possono prevenire il riacutizzarsi di patologie croniche e, quindi, evitare il ricovero.

Si intende qui rimarcare come anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sia indispensabile assicurare condizioni organizzative tali da rendere sistematico – e non occasionale o frutto della maggiore o minore attenzione alla qualità – un approccio coerente al principio della sanità d'iniziativa.

A tal fine vengono individuate figure professionali cui sarà affidato il compito di garantire “pro-attivamente” la presa in carico e la continuità assistenziale, ove sia opportuno.

Il tutor clinico, al quale va il compito di garantire un'assistenza appropriata, basata sull'evidenza dell'efficacia delle cure e sulla corretta informazione al malato e ai suoi familiari. Il tutoraggio riguarda la capacità del sistema sanitario di rendere consapevole il cittadino e di rispondere allo specifico bisogno assistenziale ospedaliero e territoriale a partire dal momento di primo contatto. Pertanto, con apposito atto di indirizzo della Giunta regionale, saranno individuate le caratteristiche essenziali per la definizione dello specifico percorso individuale a partire dalla valutazione specialistica. In questa fase il professionista dovrà comunque garantire la valutazione di tutti gli aspetti clinico ed assistenziali necessari per la corretta programmazione ed esito del suo bisogno. Il bisogno assistenziale dovrà trovare continuità nella fase ospedaliera con specifiche competenze e professionalità che a partire dal censimento del bisogno effettuato dal tutor clinico, per tramite di un tutor assistenziale, assicuri il progetto e la continuità assistenziale anche attraverso il collegamento con l'assistenza infermieristica territoriale della zona-distretto di residenza del cittadino. Tale percorso dovrà essere graduato secondo un Percorso Personalizzato Integrato più appro-

priato in relazione all'intensità del bisogno. Il terzo elemento da definire con l'atto regionale prima richiamato è costituito dal ruolo svolto in ambito ospedaliero dal servizio farmaceutico che informi il paziente, al momento della dimissione, sull'uso appropriato dei farmaci, sui possibili effetti collaterali, nonché sulla necessità di segnalare eventuali eventi avversi attraverso il proprio medico di fiducia.

Qualora il percorso preveda la necessità di successivi accertamenti specialistici ambulatoriali (follow up), questi dovranno essere programmati e prenotati d'iniziativa dal personale ospedaliero attraverso il CUP, così da non esporre il cittadino a potenziali difficoltà di accesso, garantendo la certezza della prenotazione. Per garantire infine una efficiente continuità assistenziale integrata fra ospedale e territorio, i tutor sopraindicati dovranno collaborare per predisporre un piano di dimissione che consenta al paziente ed al care giver di riferimento, un'ottimale gestione della assistenza a domicilio.

In tale contesto, il riconoscimento della specificità scientifica e metodologica della disciplina Psicologia può realizzarsi attraverso molteplici ambiti di intervento, indirizzati sia al personale sanitario, per migliorare la comunicazione medico-paziente e rendere maggiormente funzionale la relazione tra operatori, sia ai pazienti e ai loro familiari, per la gestione dei casi maggiormente complessi e per specifiche patologie, quali la fibrosi cistica, le malattie neoplastiche, lo scompenso cardiaco, le mielolesioni.

Una nuova collocazione della psicologia ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della Toscana, che realizzi spazi di autonomia professionale e organizzativa, potrà infatti meglio presidiare le complesse problematiche sopra descritte, assicurando l'apporto disciplinare, nell'ambito dei percorsi assistenziali, nonché l'opportuno raccordo con i management aziendale.

Nella fase di avvio del vigente Piano l'atto di Giunta, che sarà assunto entro il 2008, dovrà prevedere la integrazione con i percorsi ospedale-territorio prima richiamati a partire dalle seguenti condizioni o patologie: IMA, Ictus, Scompenso Cardiaco, Insufficienza Respiratoria in BPCO, Diabete e patologie correlate, Interventi di protesi d'anca.

4.3.3 La sanità di iniziativa nell'ambito materno infantile

I principi ispiratori del nuovo Piano ci inducono ad imprimere ancora più determinazione nell'impegnare il sistema regionale nello sforzo rivolto al raggiungimento dell'equità nelle modalità di accesso alle prestazioni in ambito materno infantile.

In base all'analisi dei dati a nostra disposizione, abbiamo individuato quattro linee assistenziali sulle quali promuovere l'approccio della sanità di iniziativa.

4.3.3.1 Contrasto all'obesità infantile e promozione di sani stili di vita in età pediatrica

La Regione Toscana effettua da anni un'attenta sorveglianza epidemiologica sul fenomeno dell'obesità infantile attraverso due programmi ormai consolidati:

- il Progetto integrato di sorveglianza nutrizionale, rivolto ad un campione rappresentativo regionale di ragazzi di 8-9 anni di età, condotto dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle Aziende UU.SS.LL. toscane, con il coordinamento scientifico dell'Università di Siena. L'indagine produce informazioni circa lo stato nutrizionale e le abitudini alimentari rilevate tramite questionari somministrati nelle scuole;
- il Progetto HBSC sugli stili di vita dei giovani (Health Behaviour in school – aged Children), condotto nell'ambito dell'Accordo quadro di collaborazione fra l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e la

Regione Toscana. Lo studio produce informazioni su alimentazione e attività fisica anche delle fasce di età di 11, 13 e 15 anni, con la possibilità di confronto dei dati con quelli nazionali e internazionali.

Sulla base dei contributi forniti da entrambi gli studi di sorveglianza attiva è possibile configurare un programma regionale di contrasto all'obesità infantile che fa perno:

- sulla mobilitazione e il coordinamento intersettoriale degli interventi per la promozione di corretti stili di vita in rapporto all'alimentazione e all'attività motoria;
- sulla costruzione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità, articolata in livelli di intervento territoriale (pediatri di famiglia, medici di medicina generale, centri ambulatoriali di riferimento) e ospedaliero.

Azioni e strategie regionali

Si prospetta quindi un programma d'azione secondo le seguenti direttrici, già definite dettagliatamente nella DGR N.657 del 17.09.2007, che riprendono le linee di indirizzo stabilite dal Piano Nazionale Prevenzione e dal progetto "Guadagnare salute":

- 1) prevenzione e promozione di corretti stili di vita ed in particolare educazione alimentare ed all'attività motoria;
- 2) definizione della rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità;
- 3) verifica della qualità dell'offerta alimentare interna in coerenza con gli obiettivi.

4.3.3.2 L'offerta consultoriale per le immigrate

I dati disponibili sull'indice di accesso ai servizi degli immigrati e all'influenza del grado culturale nell'utilizzo dei servizi stessi, dimostrano la necessità di agire in maniera proattiva su tale tipologia di potenziali utenti.

Uno degli ambiti nei quali attualmente si evidenziano le maggiori differenze nell'accesso ai servizi è l'applicazione della legge 194/1978, legge sulla tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

L'analisi dei dati dimostra che, sul totale dei concepimenti, la componente relativa alle donne straniere è passata dal 14,6% del 2001 al 23% del 2006. A fronte di tale aumento dei nati da donne straniere, non si è osservata la stessa riduzione percentuale rispetto al numero dei concepimenti, osservata nelle donne italiane, degli aborti in tale popolazione, che sono passati dal 31,84% al 32,17%.

Infatti il dato che ci preme sottolineare, emerge dal confronto fra la percentuale delle interruzioni di gravidanza nelle donne italiane, pari al 16,1 %, in diminuzione rispetto agli anni precedenti, con il dato degli aborti nelle donne migranti pari, come visto sopra, al 32,17 %.

Le azioni intraprese in termini di utilizzo dell'offerta, di informazione e crescita culturale hanno avuto presa sulla popolazione toscana, mentre nessun impatto hanno avuto sulle fasce più deboli della popolazione. Appare evidente, quindi, come di fronte ad un'unica modalità di offerta del servizio, ci sia una differente capacità recettiva da parte della popolazione, riconducibile da una parte alle ineliminabili differenze etniche e culturali, e dall'altra alla difficoltà del sistema sanitario di proporre un sistema che sia realmente equo ed a carattere universale.

In primo luogo bisogna prevedere l'offerta attiva dei servizi e rendere stabile l'erogazione di servizi territoriali di qualità (a livello consultoriale) definendo fasce di accesso compatibili con le esigenze di popolazioni, che per la precarietà ed atipicità delle forme di lavoro spesso non possono fruire delle agevolazioni previste dalla vigen-

te normativa per accedere ai servizi sanitari. In secondo luogo, utilizzare gli accessi in ospedale per facilitare la successiva fruizione dei servizi socio assistenziali da parte dei migranti (ad esempio, scelta del pediatra effettuata direttamente in ospedale al momento del parto, visita post partum a domicilio del pediatra e dell'ostetrica, indirizzo al consultorio, ecc).

Anche su questa materia le risorse della comunità devono essere mobilitate, per gli scopi e nei limiti previsti dalla legge, per venire incontro ai bisogni con azioni sincrone tra Aziende Sanitarie, SdS, Comuni, Provincia, Associazioni culturali e del Volontariato privilegiando in particolare modo le Associazioni Migranti che si occupano del problema.

L'obiettivo fondamentale è quello di concepire la *mediazione culturale* come un servizio trasversale necessario a soddisfare più esigenze (lavoro, casa, salute, scuola) e non limitato al momento dell'accesso in regime di urgenza, o di necessità, dei migranti al SSR.

Interpretando anche la mediazione in un'ottica di integrazione, il Piano propone la messa a punto di strumenti/iniziative per:

- la razionalizzazione della presenza dei mediatori culturali in relazione alle etnie prevalenti;
- la formazione dei mediatori al corretto svolgimento del ruolo in relazione alla conoscenza degli obiettivi della programmazione regionale dei percorsi ed alla loro semplificazione;
- la formazione del personale sociosanitario alle tematiche dell'integrazione;
- la creazione di una rete regionale della mediazione culturale;
- la realizzazione di interventi di prevenzione del ricorso all'IVG sia a livello individuale che di comunità.

Gli accessi in urgenza al SSR verranno utilizzati per inserire i migranti nei percorsi socio assistenziali, così come la scelta del pediatra effettuata direttamente in ospedale al momento del parto, la visita post partum a domicilio del pediatra e dell'ostetrica, l'indirizzo al consultorio per percorsi di prevenzione ed assistenza e per una sessualità consapevole, che contribuiscano all'inserimento organico delle diverse immigrazioni nella realtà della regione toscana.

Presso la sede consultoriale sarà inoltre possibile offrire alla popolazione migrante femminile i servizi di screening per la prevenzione oncologica.

4.3.3.3 Sordità infantile: diagnosi precoce e trattamento del deficit neonatale

Il deficit uditivo permanente neonatale è una condizione clinica frequente e rilevante, per i costi economici e sociali che comporta, poiché l'assenza di una adeguata stimolazione uditiva durante i primi mesi/anni di vita, periodo di massima plasticità celebrale, causa alterazioni irreversibili allo sviluppo del sistema uditivo periferico e centrale, condizionando in maniera determinante i risultati delle successive terapie protesico-riabilitative.

La Regione Toscana, che già da quest'anno ha reso obbligatorio lo screening audiologico neonatale, si propone di affrontare il problema della sordità infantile con i seguenti interventi:

- la conferma e l'implementazione dei programmi di screening audiologico neonatale;
- la precoce protesizzazione e, nei casi più gravi di sordità profonda, il trattamento precoce con impianto cocleare;
- l'attivazione di un percorso riabilitativo adeguato per consentire non solo lo sviluppo del linguaggio, ma un migliore inserimento scolastico e sociale;
- la promozione, di concerto con le tre università toscane, di attività di formazione del personale nell'ambito dell'eziologia, della prevenzione, screening, diagnosi e trattamento e riabilitazione della sordità infantile.

4.3.3.4 Prevenzione dentale in età evolutiva

Nell'obiettivo di migliorare il quadro epidemiologico e per la riduzione della carie in età pediatrica, già con il precedente piano sono state avviate una serie di azioni di prevenzione prenatale, di prevenzione primaria e secondaria.

Tra queste si segnalano le iniziative di educazione alla igiene orale e fluoroprofilassi effettuate alle donne in gravidanza e l'esecuzione delle prestazioni di individuazione del rischio prenatale, interventi di promozione della salute orale nelle scuole, per la classe di età di quattro anni, e l'erogazione di prestazioni per i bambini che hanno compiuto il settimo anno di età.

Tali azioni hanno visto il coinvolgimento delle Università toscane, dell'Ufficio Scolastico Regionale, dei Pediatri di Libera Scelta, ed hanno dato luogo, con il coordinamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, ad un Accordo con l'associazione maggiormente rappresentativa dei professionisti odontoiatri privati (ANDI).

Grazie a tale progettazione sono state promosse attività di prevenzione per i bambini (controlli gratuiti, sigillatura dei molari permanenti) e corsi finalizzati all'educazione alla salute orale per gli insegnanti delle elementari di tutte le province toscane.

Con il presente piano si vuole dare un ulteriore sviluppo a tali interventi, consolidando e dando diffusione alle azioni già intraprese, con il contributo degli odontoiatri privati anche coinvolgendo gli specialisti ambulatoriali a proseguire, nelle età successive a quelle individuate dal progetto prevenzione, gli interventi di controllo e sigillatura, eseguiti e da eseguire.

La diffusione di tali interventi va ad inserirsi in piena armonia tra le azioni che trovano impulso nell'ambito del nuovo approccio di iniziativa che il sistema sanitario intende darsi.

4.4 La rete ospedaliera

L'evoluzione delle tecnologie sanitarie e il nuovo quadro epidemiologico hanno prodotto, nel corso degli anni, un consistente cambiamento dell'offerta ospedaliera in tutti i paesi occidentali.

In Toscana, inoltre, l'evoluzione del sistema delle Aziende e il consolidamento del ruolo dell'Area Vasta, sta progressivamente producendo una migliore stratificazione della rete specialistica dell'offerta ospedaliera.

Sono tuttavia necessari ulteriori interventi verso l'appropriatezza clinica e organizzativa: introducendo nuove, più avanzate logiche di integrazione, nella ricerca costante di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Va in questa logica un nuovo indirizzo di piano sui piccoli ospedali e sull'adozione dell'organizzazione per intensità di cura nei presidi ospedalieri.

4.4.1 Riquilibrare i piccoli Ospedali

Da un'analisi condotta sulle attività svolte presso i piccoli ospedali della Toscana, emerge che essi ricoprono un ruolo assai rilevante sia nell'ambito della gestione dei ricoveri internistici (per riacutizzazione di patologie croniche, in particolare neurologiche e cardio-respiratorie), sia nell'ambito della patologia elettiva chirurgica.

Assai limitato, se non del tutto assente, appare invece il ruolo di tali presidi per le patologie chirurgiche che necessitano di un trattamento in emergenza non differibile.

Su questo tema il presente Piano torna con un apposito paragrafo (5.4.2), qui si anticipano alcuni spunti organizzativi dei quali tenere conto nel completare il processo di accreditamento.

Occorre un ripensamento organizzativo delle "funzioni di soccorso" di tali presidi che, per poter migliorare la capacità di risposta, saranno dotati di adeguata strumentazione diagnostica (24 h), anche utilizzando a pie-