

5. Un Piano per cogliere le nuove opportunità nei livelli di assistenza

5.1 Le scelte e le alleanze per la promozione della salute

Per “dare più anni alla vita e più vita agli anni” (OMS), il Servizio Sanitario intende sviluppare alleanze, azioni intersettoriali e sinergie per mettere in gioco tutte quelle opportunità che consentano di operare sui determinanti di salute, di migliorare gli stili di vita, avviando processi di promozione e di educazione alla salute basati sulla comunicazione e consensualità, dando valore alle politiche di genere.

Lo stato di salute di un individuo è influenzato, determinato, da molteplici fattori. Lo studio dei determinanti della salute è la base di una buona politica di sanità pubblica, perché consente di analizzare (e possibilmente modificare) i fattori che in varia misura influenzano l’insorgenza e l’evoluzione delle malattie. L’evidenza scientifica dimostra infatti come agendo sui determinanti di salute si possano contrastare e ridurre molte malattie.

Importante è dunque da un lato rafforzare la capacità del cittadino di fare scelte consapevoli per la salute (empowerment) favorendo l’acquisizione di stili di vita sani, dall’altro avviare strategie integrate e intersettoriali tra i diversi attori del sistema al fine di condividere obiettivi comuni sulla salute.

Già con il precedente piano sanitario è stata ampiamente riconosciuta la multifattorialità dei determinanti della salute. La collaborazione con l’OMS, avviata attraverso l’accordo quadro per il quinquennio 2003–2007, ha permesso di attivare una solida strategia per la promozione della salute della popolazione, basata sui determinanti sociali ed economici.

Nel documento di lavoro “Concetti e strategie per gli investimenti per la salute– Sfide e opportunità della Regione Toscana” (2005) l’OMS ben evidenzia come un sistema capace di posizionare la salute della popolazione in un contesto più ampio di sviluppo regionale, diventi un elemento essenziale per una strategia efficace nell’ambito degli investimenti per la salute; occorre cioè posizionare la promozione per la salute come una risorsa per lo sviluppo sociale, umano ed economico della Toscana.

I punti deboli del sistema, che impediscono un’azione sistematica per la promozione della salute, sono spesso collegati a aspettative non realistiche nei confronti di programmi “isolati” diretti solo al cambiamento comportamentale a livello individuale. Un’azione sostenibile per la promozione della salute non può realizzarsi solo tramite azioni individuali o programmi isolati su temi che riguardano la salute.

La maggiore opportunità nel creare guadagni in salute nella popolazione e garantire la salute come risorsa per uno sviluppo generale sta nella capacità del sistema complessivo di un paese o regione di strutturarsi su tali obiettivi. Una solida strategia di promozione della salute si deve pertanto considerare non solo come parte della spesa sanitaria, ma anche come parte degli investimenti per il benessere e lo sviluppo equo e sostenibile della regione, delle sue provincie e dei suoi comuni.

Un buon stato di salute della popolazione è indicatore di una società civile ed un fattore base di sviluppo. Per raggiungerlo è necessario non solo un esplicito impegno a tutti i livelli di governo locale e regionale, ma anche il sostegno di risorse finanziarie e umane, l’impiego di infrastrutture e sistemi adeguati.

Una società civile, che partecipa attivamente alle questioni pubbliche, è in grado di organizzarsi meglio e mobilitare le risorse da investire nei settori che influiscono maggiormente sulla promozione della salute. Allo stesso modo, le comunità con maggiore capacità di autogestione e leadership, e che agiscono per migliorare la salute ed i suoi determinanti, sono meno soggette ad un rapporto di dipendenza. Occorre in questo senso rafforzare le iniziative per coinvolgere, informare e consultare le comunità su come e dove si dovrebbero promuovere gli investimenti e le azioni per produrre migliori guadagni in salute nella popolazione.

Le opportunità per la promozione della salute e dello sviluppo dipendono in gran parte da situazioni e risorse locali. Le risorse per la salute si possono definire come capacità o fattori “salutogenici”, di protezione e/o di promozione, che contribuiscono allo sviluppo della salute della popolazione. Per esempio una delle risorse che la letteratura descrive come “protettiva” è il senso di appartenenza a una comunità. Una crescente evidenza scientifica indica che molte risorse che hanno un impatto di protezione/promozione della salute delle persone contribuiscono anche a uno sviluppo socioeconomico equo e sostenibile. Tra queste risorse si possono citare la qualità del capitale sociale toscano, la qualità e distribuzione delle reti civiche (social networks), la qualità dell’ambiente fisico, ecc. Tuttavia, il fatto di pensare in termini

di risorse per la salute e lo sviluppo non è un atteggiamento che nasce spontaneo. La maggior parte degli interventi per migliorare la salute della popolazione si concentra principalmente sui bisogni o sui problemi della popolazione (per esempio sulle risorse mediche). Senza un approccio che tende a massimizzare le risorse “salutogeniche” presenti in un determinato territorio non sarà possibile produrre guadagni in salute che siano equi, sostenibili ed efficaci.

STRATEGIE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Regione Toscana ha contribuito negli anni a promuovere la salute dei cittadini avviando processi di crescita culturale e civile, azioni intersettoriali e sinergie di livello internazionale, nazionale, regionale e locale.

Il livello internazionale

La collaborazione con l'OMS, attraverso il citato accordo quadro per il quinquennio 2003–2007, ha rafforzato la capacità di stabilire, implementare, monitorare e valutare le strategie per la promozione della salute nella popolazione, prendendone in considerazione prioritariamente i determinanti sociali, economici e ambientali.

Ciò ha rappresentato la prima cornice organica alla quale riferire i programmi e le iniziative di promozione della salute da parte delle organizzazioni sociali e di scelta consapevole di stili di vita da parte dei cittadini. L'accordo quadro con l'OMS ha permesso, infine, di aderire a reti internazionali (Network Regions for Health), di adottare modelli di sviluppo quali il CEHAPE (Piano europeo di Azione per l'ambiente e la salute dei bambini), di partecipare a studi e ricerche transnazionali quali l'HBSC sugli adolescenti (11–13–15 anni) e sui loro stili di vita.

In particolare: la Rete degli ospedali per la salute (HPH) ha accresciuto l'attenzione degli operatori sociosanitari sui temi di salute delle comunità locali, assicurando agli ospedali una responsabilità sociale e culturale nella promozione del benessere.

L'HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), ricerca condotta per la parte scientifica in collaborazione con l'Università di Siena, ha coinvolto direttamente le istituzioni scolastiche, dando ad esse la possibilità di acquisire un quadro organico e sistematico sugli stili di vita degli adolescenti toscani. Ciò ha permesso di cogliere l'influenza che alcuni contesti sociali, quali la scuola, la famiglia, la comunità, hanno sugli stili di vita e sulla salute degli adolescenti. Nello specifico è emerso che per gli adolescenti sono indispensabili azioni educative integrate con il territorio facendo leva sulle loro competenze abilità di vita facilitando relazioni per arricchire con nuove prospettive la convivenza sociale e civile.

L'adesione alla “Dichiarazione di Firenze, il benessere psichico dei bambini in Europa”, sottoscritta anche dall'OMS, per sviluppare la prevenzione delle malattie psichiche nell'infanzia e adolescenza.

Il livello nazionale

La Regione Toscana ha attivato dal 2005 collaborazioni con il Ministero della Salute all'interno del piano del Centro Controllo Malattie (CCM) per la prevenzione degli incidenti domestici e stradali.

Le sollecitazioni del programma ministeriale “Guadagnare in salute– Rendere facili le scelte salutari” si sono integrate positivamente nel percorso di sviluppo delle azioni della Regione Toscana sugli stili di vita sani.

L'azione del Ministero, in tal senso, è diventata elemento strategico ulteriore per alimentare un costante confronto e monitoraggio delle azioni di promozione della salute e di prevenzione nel campo degli stili di vita anche ai fini della progettualità delle Aziende sanitarie e delle Società della Salute.

Il livello regionale

Nel triennio del piano sanitario sono stati rafforzati i processi di integrazione e di operatività intersettoriale, sviluppando soprattutto collaborazioni con le istituzioni scolastiche e il mondo delle associazioni.

Le esperienze di livello internazionale e nazionale hanno favorito lo sviluppo di metodologie partendo anche dalle risultanze sugli stili di vita della ricerca HBSC.

Obiettivi per il triennio

Nel triennio saranno consolidati e rafforzati i processi culturali e strategici avviati con il precedente piano sanitario attraverso il finanziamento per progetti di promozione della salute.

In particolare si opererà per:

- rinnovare il Programma Quadro con l'OMS al fine di consolidare ed ampliare i risultati raggiunti in termini di sviluppo strategico e di miglioramento della salute in Toscana, attraverso il ruolo determinante dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di recente investita dall'OMS del ruolo di WHO collaborating center;
- dare continuità ai progetti che scaturiscono dalla collaborazione con l'OMS in particolare alla rete Health Promotion Hospital (HPH), accrescendo lo scambio e il confronto tra mondo sanitario, organizzazioni sociali e cittadini, finalizzandoli anche allo sviluppo di forme integrate di azione culturale in collaborazione con le Aziende USL e le Società della salute per la promozione della salute;
- proseguire lo studio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC);
- sviluppare progetti per il benessere dei giovani che tengano conto dei loro reali bisogni e valorizzi il loro protagonismo
- promuovere un raccordo strategico e funzionale con il Ministero della Salute nell'ambito del "Programma guadagnare salute";
- sviluppare forme organiche e sistematiche di collaborazione con le organizzazioni dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale per stimolare nei cittadini l'acquisizione di stili di vita salutari;
- favorire, tramite i Piani Integrati di Salute, lo sviluppo di azioni intersettoriali per sperimentare a livello territoriale percorsi formativi e culturali al fine di accrescere la conoscenza scientifica e far maturare motivazioni sociali per stili di vita sani e consapevoli;
- operare per favorire nella popolazione processi di inclusione sociale e attraverso la conoscenza, l'istruzione scolastica e la partecipazione sociale;
- creare e facilitare alleanze con i soggetti pubblici e del privato sociale per sviluppare intese e collaborazioni che permettano alle persone di guadagnare salute e accrescere il benessere nelle organizzazioni sociali;
- sostenere processi di sviluppo locale con obiettivi di salute misurabili e valutabili;
- definire un modello integrato di documentazione sulla promozione della salute che sostenga le iniziative regionali e locali, raccolga i risultati relativi alle buone pratiche sui temi della salute, degli stili di vita, sul contrasto alle malattie e alla povertà, prevedendo nell'arco del triennio una riorganizzazione dell'attuale istema di documentazione sulla promozione della salute con l'obiettivo di migliorarne l'offerta informativa e culturale.

45

Si citano di seguito alcuni temi paradigmatici:

1. STILI DI VITA: IL GOVERNO DEL SISTEMA

L'Organizzazione Mondiale di Sanità definisce la salute umana come una condizione di benessere fisico, psichico e sociale. L'evidenza scientifica considera gli stili di vita scorretti come i principali fattori di rischio e causa di molte patologie. L'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute, il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, secondo l'OMS, sono determinati da patologie che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, la scorretta alimentazione e la sedentarietà (cfr. Ministero della Salute, "Guadagnare salute – Rendere facili le scelte salutari").

Negli ultimi decenni si è affermata la consapevolezza che la salute pubblica è determinata, oltre che da fattori riconducibili al patrimonio genetico e allo stile di vita individuale, anche da determinanti di tipo sociale, culturale ed economico. Tale considerazione ci porta ad individuare un "sistema della salute" che necessita un approccio integrato a livello intersettoriale, istituzionale e territoriale che sia in grado di promuovere la salute della popolazione, influenzarne i determinanti e ridurre le disuguaglianze mitigando l'esclusione sociale.

È pertanto opportuno aprire e rafforzare canali di collaborazione tra il settore sanitario e le componenti sociali, economiche, ambientali e culturali della società toscana.

La promozione di corretti stili di vita deve essere mirata alle specifiche condizioni fisiche, psichiche, anagrafiche, sociali della popolazione: dall'adolescente non ancora fumatore al fumatore adulto, dalla donna in gravidanza alla donna in menopausa, dai bambini a rischio obesità ai soggetti diabetici, ecc.

In tal senso la promozione di corretti stili di vita, oltre che strumento di prevenzione, diventa supporto ai percorsi terapeutici in un modello assistenziale per la presa in carico “proattiva” dei cittadini che fa riferimento alla medicina d’iniziativa.

I risultati conseguiti a livello di alleanze e di adesione della Regione a reti e protocolli nel corso del precedente Piano, da una parte, hanno permesso di disegnare un quadro reale dei bisogni, delle criticità e delle opportunità presenti nel nostro territorio, dall’altra hanno reso più facile la individuazione di obiettivi possibili e delle modalità di azione trasversali per promuovere stili di vita sani nella popolazione.

In un’ottica di governo regionale risulta importante affrontare alcune criticità per:

- a. ricondurre a sistema la ricchezza delle esperienze in un’ottica di ottimizzazione delle risorse;
- b. aumentare la condivisione delle azioni messe in atto dai diversi attori sociali;
- c. disporre con continuità di dati comparabili a livello regionale, nazionale e internazionale.

Appare perciò indispensabile costruire una cornice progettuale regionale che indichi gli obiettivi generali da perseguire nei singoli contesti territoriali, prevedendo la massima integrazione e condivisione.

Le Società della Salute rappresentano l’ambito territoriale ideale per censire i bisogni delle comunità locali e per programmare e progettare le azioni specifiche di promozione della salute e gli interventi di sensibilizzazione sugli stili di vita; i Piani integrati di salute sono definiti con il concorso delle forze sociali presenti sul territorio e diventano pertanto lo strumento più idoneo per incidere anche sui determinanti non sanitari di salute.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano si individua, come obiettivo strategico fondamentale la integrazione tra le Direzioni Generali e le Agenzie regionali per la programmazione e l’attuazione di progetti e azioni verso un programma regionale di promozione di stili di vita sani, secondo quanto previsto dall’Accordo Quadro di collaborazione con l’OMS e dal programma del Ministero della Salute “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”.

46

Sono individuati come obiettivi specifici:

1. l’attuazione del programma ministeriale “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari” rivolto alla prevenzione delle malattie croniche attraverso la promozione dell’attività fisica, di una dieta sana ed equilibrata, il contrasto alla dipendenza dal fumo e ai consumi di alcol;
2. l’attuazione dei programmi operativi promossi dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) istituito dal Ministero della Salute finalizzati alla promozione di stili di vita sani ed alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute;
3. l’istituzione di un Osservatorio regionale permanente composto dai rappresentanti di: Direzioni Generali e Agenzie regionali, Società della Salute, medici convenzionati generici e pediatri, ufficio europeo dell’OMS, organismi istituzionali di Area Vasta, finalizzato a:
 - raccordo tra tutti i soggetti coinvolti;
 - elaborazione di un sistema permanente di raccolta dati da mettere in rete;
 - individuazione di indicatori per la validazione delle politiche regionali e rilevazione di eventuali criticità di sistema;
 - valutazione annuale dei risultati raggiunti attraverso l’utilizzo di specifici strumenti di lavoro da parte delle Società della Salute e degli organismi di Area Vasta;
4. la prosecuzione dei percorsi integrati attivati con il progetto speciale Alimentazione e Salute (PSR 2005–2007) per la sorveglianza epidemiologica, la prevenzione e la definizione di percorsi assistenziali delle patologie riferibili alla scorretta alimentazione.

2. UNA SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE

Tutti i bambini e i giovani hanno diritto e dovrebbero avere l’opportunità di essere educati in una “Scuola che promuove Salute”.

Una scuola che promuove salute, secondo l'OMS, risponde ai seguenti requisiti:

- offre un ambiente sano, dove poter lavorare e imparare;
- identifica obiettivi chiari per la promozione della salute;
- utilizza le risorse disponibili nella comunità per sostenere azioni di promozione della salute;
- recepisce i servizi sanitari e scolastici come risorsa educativa in modo che gli alunni e gli operatori ne diventino degli utilizzatori competenti;
- responsabilizza l'individuo, le famiglie e la comunità nei confronti della salute;
- incoraggia stili di vita sani offrendo opportunità che risultino attraenti sia per gli alunni che per il personale della scuola;
- promuove l'autostima degli alunni mettendoli in grado di realizzare le loro potenzialità fisiche, psicologiche e sociali (life skills);
- favorisce buoni rapporti tra il personale della scuola e gli alunni, tra gli alunni stessi e tra la scuola, la famiglia e la comunità;
- predispone percorsi curricolari coerenti con le finalità dell'educazione alla salute, la cui applicazione ricercherà metodi educativi che coinvolgano attivamente gli alunni;
- fornisce agli alunni le conoscenze e le capacità necessarie sia per prendere decisioni consapevoli riguardanti la loro salute.

Le scuole, i genitori, le organizzazioni non governative e le comunità locali, devono lavorare insieme per sostenere e rinforzare il l'istituzione scolastica che promuove salute e si impegna a sviluppare la coesione e il capitale sociale.

La Regione Toscana ha stipulato con l'Ufficio Scolastico Regionale – Direzione Generale il Protocollo “Promozione di azioni per favorire tra i giovani stili di vita sani e consapevoli per il benessere ed il successo formativo nella scuola e nella comunità”, il quale permetterà di comprendere al meglio il rapporto tra educazione, organizzazione scolastica e salute. La scuola che promuove salute, infatti, ha i suoi fondamenti in un modello sociale di salute che mette in evidenza da un lato, il ruolo dell'intera organizzazione scolastica nei confronti delle esigenze del territorio e dall'altro l'attenzione sugli individui e sulle loro competenze e capacità di scelta nell'intento di comprendere e favorire il rapporto tra l'educazione e la salute.

Come previsto dal protocollo è stato istituito un comitato di attuazione, composto dai rappresentanti delle diverse direzioni generali regionali, con l'intento di programmare annualmente azioni, interventi e strumenti innovativi non settoriali al fine di fornire alle istituzioni scolastiche un'unica proposta integrata di lavoro che prenda in considerazione il benessere complessivo dello studente, in linea con il Piano Nazionale del Benessere dello studente (2007 – 2010) elaborato recentemente dal Ministero della Pubblica Istruzione.

Nell'ambito del Piano sopradetto si prevede l'avvio di un'intesa tra il sistema regionale per la salute e il Ministero della Pubblica Istruzione, con l'obiettivo di realizzare azioni dirette a fornire agli adolescenti gli strumenti più adatti per conoscere ed evitare i comportamenti a rischio che possano danneggiare la salute, e soprattutto promuovere in loro la ricerca e la scoperta del valore positivo di una vita sana. In particolare si intende promuovere il consumo di frutta e verdura nelle scuole, azioni formative sul rischio dell'uso dell'alcool e di sostanze stupefacenti tra i ragazzi, e di interventi di educazione all'affettività e sessualità consapevole.

È stato dimostrato come le scuole che promuovono salute costituiscano un investimento sia per l'educazione che per la salute. Inoltre tale approccio ha un notevole impatto positivo nei confronti di tutti coloro che insegnano, amministrano, sostengono e sovvenzionano le scuole e le comunità in cui esse sono inserite. L'apprendimento e la salute sono strettamente legati. Il buono stato di salute degli alunni è un requisito essenziale per il raggiungimento degli obiettivi formativi così come lo stato di salute dei docenti è importante per lo sviluppo di scuole efficienti.

Una scuola che promuove salute mette al centro del programma il ragazzo che vive, lavora, gioca, e impara all'interno di un contesto dinamico che è la scuola.

L'educazione alla salute centrata sui ragazzi anziché sulle discipline significa sollecitare il mutamento per la costruzione di una nuova cultura della salute, una cultura che comprenda le interrelazioni, le interdipendenze dei fattori che determinano la salute.

Occorre un lavoro di squadra e un forte impegno collettivo perché la scuola possa effettivamente diventare “promotrice di salute” e assicurare ai giovani strumenti che permettano di promuovere scelte consapevoli e stili di vita sani, accrescere la responsabilità nell’autotutela, al fine di contrastare il disagio e il malessere con un’attenzione particolare verso chi ha meno opportunità.

3. LA SALUTE DELLE DONNE COME PARADIGMA DI CIVILTÀ

La salute delle donne conta (OMS, Dichiarazione di Vienna, 1994), ma l’approccio di genere non è ancora pienamente utilizzato come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute, persistendo da una parte stereotipi e pregiudizi, ad esempio nella ricerca biomedica, nello studio dell’eziologia dei fattori di rischio, ecc., dall’altra una sottovalutazione dei bisogni di salute delle donne, fatti derivare esclusivamente dalla sfera biologica–ormonale.

Il genere è, al contrario, un fattore determinante essenziale per la salute, in quanto lo stato di salute, la percezione del grado di benessere, l’insorgenza e il decorso delle malattie, l’approccio terapeutico sono diversi tra uomo e donna. Superare il pregiudizio scientifico che riconosce alle donne differenze esclusivamente di tipo biologico, focalizzando l’attenzione sulle differenze legate alla dimensione sociale e culturale del genere, durante l’intero corso della vita delle donne, diventa pertanto elemento essenziale preliminare ad ogni programma di intervento.

L’iniziativa “Investire nella Salute delle Donne” lanciata dall’OMS è guidata da sei principi:

- 1) investimenti in salute: le donne costituiscono una risorsa fondamentale per la società: molti studi effettuati dalle Nazioni Unite e dalla Banca Mondiale dimostrano con chiarezza che investire nelle donne offre ritorni più elevati sottoforma di sviluppo più rapido, efficienza elevata, maggior risparmio e riduzione della povertà. Attraverso i miglioramenti nella salute delle donne, i governi possono dare significativo impulso allo sviluppo economico e sociale, grazie al miglioramento della salute dei bambini, al miglior benessere della famiglia e della comunità, a costi sanitari inferiori, a una maggiore produttività;
- 2) diritti umani: gli interventi di sanità pubblica devono porsi l’obiettivo di riequilibrare una situazione di disuguaglianza fra uomini e donne la cui evidenza epidemiologica è confermata da numerosi studi. La dimensione di genere rappresenta un efficace strumento per contrastare le disuguaglianze nella salute, legate all’appartenenza a classi sociali svantaggiate, alla povertà, all’invecchiamento. Pertanto, la promozione della salute delle donne costituisce un indicatore da una parte di qualità, efficacia ed equità del nostro servizio sanitario, dall’altra della coerenza delle politiche sanitarie e non sanitarie, in un’ottica di intersettorialità e integrazione;
- 3) salute per tutta la durata della vita: una politica sanitaria che sia favorevole alle donne deve considerare la qualità della loro salute durante l’intero corso della vita e rispondere alle realtà sociali, politiche ed economiche della vita delle donne;
- 4) empowerment: deriva dalla capacità delle donne di unirsi per promuovere il cambiamento, assumendo un ruolo guida nella definizione delle politiche sanitarie, nell’assunzione di decisioni e nella realizzazione di programmi. Ciò costituisce un prerequisito essenziale per aumentare la priorità riservata alla salute delle donne;
- 5) servizi adatti alle donne: le strategie e i servizi rivolti alla salute delle donne devono rispettare e tutelare la dignità delle donne, senza discriminazioni o stigmatizzazioni, rispondendo ai bisogni specifici delle donne;
- 6) relazioni fra uomini e donne: cambiamenti significativi nella salute delle donne implicano una trasformazione nel rapporto fra uomini e donne che devono condividere le responsabilità della pianificazione familiare e dello sviluppo dei figli.

La Regione Toscana in conformità a quanto previsto dall’art. 59 della L.R. n. 41 del 24.02.05 riconosce che ogni tipo di violenza di genere, ivi compresa la minaccia, costituisce la violazione dei diritti umani fondamentali alla vita ed una autentica minaccia per la salute. Pertanto, con la L.R. n. 59 del 16.11.2007 “Norme contro la violenza di genere” promuove l’attività di prevenzione e garantisce adeguata accoglienza, protezione, solidarietà, sostegno e soccorso alle vittime, indipendentemente dal loro stato civile e cittadinanza.

Le Aziende Sanitarie assicurano, per quanto di competenza, l'attivazione di almeno un centro di coordinamento per i problemi di genere con funzioni di:

1. garantire l'immediato intervento di personale sanitario adeguatamente formato per l'accoglienza, l'assistenza e la cura alle vittime della violenza;
2. garantire la valutazione e l'attivazione immediata di un intervento multidisciplinare sulla vittima;
3. attivare una rete di protezione con le Società della Salute, gli Uffici scolastici regionale e provinciali, le forze dell'ordine, la magistratura, i centri anti violenza presenti sul territorio, al fine di assicurare l'immediata predisposizione di azioni e servizi necessari.

4. PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI MIGRANTI E MEDIAZIONE

Nell'attuale scenario sociale, ricco di elementi e attori che complessificano sia la definizione della salute quanto il suo raggiungimento, un'efficace programmazione di interventi di promozione della salute richiede una lettura approfondita del contesto, dei bisogni e delle caratteristiche sociali e culturali dei gruppi target. A questo proposito, si deve registrare il fenomeno della strutturalizzazione dei flussi migratori come uno degli elementi caratterizzanti l'attuale scenario con ricadute rilevanti: tra queste il dato che nelle statistiche Onu del 2005 ha portato l'Italia a figurare per la prima volta tra le prime 20 nazioni al mondo con il più alto numero di immigrati, con una trasformazione profonda del suo profilo sociale e demografico. Ciò comporta l'aumento della presenza degli stranieri, non solo sul territorio, ma anche nei servizi sociosanitari, e la conseguente necessità di far fronte a questo cambiamento in un'ottica di prevenzione e promozione della salute. Nel rapporto Assr del dicembre 2006 viene rilevata la crescita, nel triennio 2001-2004 di ricoveri di stranieri negli ospedali di tutto il SSN per oltre 415mila stranieri, di cui 395 mila regolari: il 46% in più rispetto al 2001 per una spesa di 659,543 milioni di euro. Il 20% degli stranieri regolari ricoverati afferivano al Lazio e in Toscana. Questo dato, collegato ad alcuni studi multicentrici prodotti in Italia (Zincone 2002; Morrone et Al. 2003), secondo cui le persone migranti non mettono in atto comportamenti preventivi, ma si rivolgono al medico o ai servizi solo quando la malattia è in atto, ricorda che più che mai come rispetto alle persone straniere sia necessario progettare modalità attive all'interno dei servizi, dotate di specificità ed efficacia.

49

Guardando alla Toscana, l'aumento dell'incidenza dei migranti sulla popolazione autoctona raggiunge alcune punte ben oltre la media italiana e delle altre regioni, caratterizzandosi, tra l'altro per una sempre più consistente percentuale di donne (già oltre il 50% secondo il Rapporto Caritas/Migrantes 2006), in particolare all'interno di alcuni gruppi.

La presenza strutturale dei migranti e la significatività del profilo femminile in Toscana richiama pertanto l'attenzione verso i bisogni di salute di questi soggetti. La necessità di progettare la promozione della salute dei diversi attori alla luce di una 'concezione integrale della salute' obbliga, inoltre, a non fare riferimento esclusivamente ai dati numerici, ma soprattutto alle criticità ancora ad esso correlate, quali la carenza di informazioni sull'offerta dei servizi e le risorse di salute, oppure le conoscenze parziali o non corrette di queste, anche in relazione al diritto alla salute di cui donne e uomini stranieri sono detentori nonché alle norme che lo tutelano.

Nel 2005 è stato istituito in Toscana presso l'Azienda USL 4 di Prato con delibera della Giunta regionale L'Albero della salute, Struttura regionale di riferimento per la mediazione culturale in sanità, con la finalità di porre al servizio dell'intero territorio toscano la sua funzione di analisi, modellizzazione, elaborazione di percorsi e pratiche finalizzate a favorire la promozione della salute dei migranti, affiancando le aziende sociosanitarie e ospedaliere nella sperimentazione e attuazione di quel modello di mediazione culturale, definito 'di sistema'. Tale modello prevede l'inclusione degli obiettivi sopra citati all'interno di un programma di comunicazione complessivo dei servizi locali che declina il rapporto significativo alla differenza culturale come funzione centrale dei servizi stessi, accanto e a supporto della presenza dei mediatori linguistico culturali.

Nel corso dell'intervento Mum Health (DRG 259/06) – realizzato in rete con le aziende sociosanitarie toscane e con la collaborazione di gruppi e associazioni migranti – e ispirato a tale modello, le priorità emerse nella promozione della salute dei migranti risultano quindi essere:

- il monitoraggio e la vigilanza anche sul piano della rilevazione di dati, in collaborazione con il Sistema informativo regionale relativamente ai bisogni di salute dei migranti, con particolare attenzione a quelli delle donne, dei bambini e dei gruppi particolarmente a rischio di esclusione dall'accesso ai servizi e di "fragilizzazione" sociale;
- lo sviluppo di una strategia comunicativa complessiva in rete tra le aziende, attraverso l'elaborazione dei materiali informativi in lingua, elaborati secondo protocolli condivisi e verificati con gli stranieri, finalizzati anche allo sviluppo di comportamenti preventivi;
- il monitoraggio e la diffusione di informazioni uniformi e conformi alla normativa relativa alle persone migranti sul diritto alla salute nei servizi sociosanitari;
- la razionalizzazione delle risorse di mediazione culturale nell'ottica dell'utilizzazione di tutti gli strumenti atti a favorire la comunicazione linguistica- culturale e a valorizzare la presenza e il ruolo dei mediatori possibilmente all'interno di progettualità comuni e condivise tra aziende per prossimità territoriale o bisogni;
- l'inserimento dell'obiettivo della formazione degli operatori sociosanitari alla transculturalità in un ruolo di preminenza all'interno dei piani formativi aziendali;
- l'utilizzo di metodi partecipativi che favoriscano l'inclusione dei migranti all'interno delle progettualità relative i bisogni di salute propri e condivisi con il territorio.

5. INIZIATIVE CONTRO LE DISCRIMINAZIONI DETERMINATE DALL'ORIENTAMENTO SESSUALE E DALL'IDENTITÀ DI GENERE

La Toscana è stata la prima regione in Italia ad adottare una specifica legge contro le discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere (L.R. 63/2004), dando disposizioni affinché sia rispettato il principio di non discriminazione per omosessuali, bisessuali e transessuali.

L'intervento legislativo è stato realizzato a partire dai dati emersi da una ricerca svolta con l'Istituto Superiore di Sanità, che ha messo in evidenza il permanere di atteggiamenti discriminatori nei confronti degli omosessuali, la mancanza di un contesto sociale che permetta loro di vivere la propria condizione in maniera "visibile", la carenza di buone pratiche di salute ed infine l'esistenza di un problema di relazioni con il sistema sanitario ed i suoi operatori.

Nel 2006 la sanità toscana ha dato attuazione alle disposizioni contenute nella legge, con delibera di Giunta n. 258.

L'atto ha consentito di sperimentare momenti formativi ed informativo/preventivi, finalizzati ad affrontare comportamenti ed atteggiamenti potenzialmente discriminatori nei confronti dei cittadini omosessuali e creare, allo stesso tempo, le condizioni per un'affermazione serena e consapevole del proprio orientamento sessuale, fornendo gli strumenti necessari per l'esercizio di una sessualità libera e responsabile.

Nel triennio 2008 – 2010, si intende proseguire l'attività intrapresa consolidando sia il livello formativo attraverso l'inserimento nei programmi di formazione del personale sanitario dei moduli sperimentati nel biennio ("Positivo scomodo" e "Discriminazione sessuale in sanità"), sia quello preventivo/informativo, stringendo veri patti di collaborazione con le associazioni toscane LGBT e il sistema sanitario regionale nel suo complesso, proseguendo così l'impegno della Regione Toscana nel garantire l'accesso agli interventi e ai servizi, a parità di condizioni e senza alcuna discriminazione.

6. AMBIENTE E SALUTE

La definizione di "ambiente e salute" dell'OMS comprende sia gli effetti patologici diretti degli agenti chimici, fisici e biologici, sia gli effetti indiretti sulla salute e sul benessere dell'ambiente fisico, psicologico, sociale ed estetico in generale, compresi l'alloggio, lo sviluppo urbano, gli ambienti lavorativi, l'utilizzo del territorio e i trasporti. Dunque, una definizione ampia che richiede un approccio globale ed integrato alla materia e l'elaborazione di politiche innovative. È necessario realizzare un nuovo sistema organizzativo integrato ambientale sanitario che assicuri livelli d'intervento professionale ed etico appropriati ai problemi ed i bisogni territoriali, attraverso la costituzione di un'efficiente "cabina di regia politico-programmatica" regionale finalizzata alla pianificazione ed all'incentivazione delle politiche di raccordo. La costituzione di un Coordinamento dei soggetti interessati, sia a livello di Direzioni Generali regionali, che degli operatori delle Agenzie e delle Aziende USL, permetterà la programmazione e l'at-

tuazione di interventi unificati e multifocali, suscitando una rinnovata partecipazione degli operatori, e una nuova visibilità delle attuali strutture coinvolte (ARPAT, ARS, Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL, Università e Centri di ricerca).

Il Coordinamento regionale in tema di ambiente e salute deve garantire che la risposta istituzionale alle istanze della popolazione sia veloce ed univoca; inoltre, deve supervisionare l'implementazione delle azioni previste dalla programmazione regionale, monitorando i risultati e progettando interventi di miglioramento, attraverso il contributo della ricerca.

Analoga collaborazione è auspicabile anche nell'ambito della biometeorologia umana per adottare interventi nelle attività di gestione e programmazione della assistenza e prevenzione delle malattie connesse al clima e ai fattori di rischio ad esso connessi.

Gli effetti delle condizioni meteorologiche sulla salute umana sono noti e recenti ed approfonditi studi sono in grado di valutare sia le azioni dirette (temperatura, umidità, vento), sia quelle indirette (pollini, inquinanti), offrendo informazioni utili a ridurre i rischi per la popolazione. I cambiamenti climatici in atto e previsti per i prossimi anni rendono questo settore di ricerca sempre più importante anche per la nostra regione. A questo riguardo, le ultime proiezioni sui cambiamenti climatici indicano un incremento della frequenza e persistenza degli eventi meteorologici estremi, che rivestono un grande significato in termini di salute pubblica e per i quali risulta indispensabile studiare e applicare interventi di adattamento. Sono ad esempio noti gli effetti delle sempre più frequenti ondate di calore e di freddo sulla popolazione e soprattutto su alcune categorie di soggetti (anziani e malati cronici). Non va trascurata, inoltre, la probabile comparsa di nuove malattie infettive (malaria, dengue) ad alto rischio per la salute, nonché la variazione dei calendari pollinici di specie allergeniche.

Lo sviluppo dei servizi biometeorologici a supporto delle attività di Governo Clinico può contribuire:

- al miglioramento dell'efficienza delle misure preventive per patologie riacutizzate o determinate dalle condizioni meteorologiche;
- alla messa a punto di interventi assistenziali specifici basati sulla reale entità del rischio biometeorologico;
- all'ottimizzazione delle risorse economiche del servizio sanitario regionale rivolte alla assistenza e prevenzione, attuando interventi mirati per l'intera popolazione e le categorie a rischio.

51

Nell'ambito di vigenza del piano vengono confermate le azioni di ricerca e intervento previste nel progetto "Meteo-Salute" svolte in collaborazione con il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia – Università di Firenze – per:

- individuare le aree regionali a rischio di ondate di calore e di freddo, integrando le informazioni con sistemi informativi geografici e con la possibilità di indicare i livelli di rischio per specifiche categorie di soggetti (fasce di popolazione a rischio), mediante modelli e indici biometeorologici per migliorare l'efficienza dell'intervento tramite interventi mirati;
- implementare modalità di trasferimento delle informazioni utili a gestire nel breve e lungo periodo situazioni di rischio biometeorologico indirizzata a diversi utenti finali (Istituzioni Regionali per il Governo Clinico, Operatori sanitari o socio sanitari, categorie specifiche di lavoratori, amministratori pubblici, ecc.).

Fra i fattori responsabili degli inquinanti aerei, particolati e gassosi, un ruolo di rilievo – com'è noto – è svolto dall'impiego dei combustibili fossili. Infatti, tale fonte di energia, utilizzata per il riscaldamento e l'illuminazione degli edifici, determina circa il 35 % delle emissioni complessive di gas serra. Da tale semplice valutazione scaturisce la grande importanza che il settore pubblico ponga particolare attenzione al problema, promuovendo progetti edilizi coerenti con le stesse normative promulgate sia a livello nazionale (con D.Lgs 192/2005 e 311/2006), sia a livello della stessa Regione Toscana (L.R. 1/2005). Se si considerano poi i costi per la salute che la produzione di energia determina, appare evidente la necessità di un impegno nel campo della bio ed eco sostenibilità, in particolare per l'edilizia sanitaria. Tale opzione, già incardinata nelle previsioni progettuali ed ancor prima nelle linee guida per la costruzione dei 4 nuovi ospedali toscani, rappresenta una scelta importante di per se e può costituire un elemento

di sensibilizzazione per migliorare le scelte progettuali, specie nel settore pubblico, orientandole verso il rispetto dell'ambiente e la salvaguardia della salute per la collettività.

In tale contesto riveste importanza la mappatura della concentrazione dei gas radon in Toscana negli ambienti di vita e di lavoro fatta in collaborazione tra la Direzione Generale delle Politiche territoriali ed ambientali e la Direzione Generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà.

7. LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NELL'ASSISTENZA E NELLE CURE

La sempre maggiore attenzione sui problemi della sicurezza del paziente degli operatori sanitari e delle associazioni dei cittadini è conseguente e coerente con gli indirizzi di politica sanitaria che, a livello internazionale e nazionale, sono stati indicati dalle maggiori istituzioni scientifiche.

Una scienza medica sempre più avanzata e che si spinge ai limiti delle possibilità tecnico-scientifiche e i crescenti bisogni di salute, hanno posto tra i temi prioritari degli interventi in sanità la sicurezza del paziente. È a tale fine che la Regione Toscana, una delle prime ad essere intervenuta su questo tema istituendo la figura del clinical risk manager in ogni azienda sanitaria, è interessata a perseguire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- promuovere e sviluppare la cultura della sicurezza mediante l'attivazione del sistema di incident reporting e la pratica dell'audit clinico e delle rassegne di mortalità e morbilità in ogni azienda sanitaria e sul territorio, garantendo la riservatezza agli operatori coinvolti negli audit e trattando in forma assolutamente anonima e confidenziale i documenti sui singoli eventi avversi, in ottemperanza al codice deontologico FNOMCeO;
- consolidare l'organizzazione della gestione del rischio clinico in tutte le aziende sanitarie mediante un potenziamento delle funzioni e delle strutture deputate ad occuparsene, sulla base dei dati della rischiosità forniti dal sistema informativo sui sinistri e di incident reporting;
- dare un ruolo attivo al cittadino mediante un suo maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio clinico, in particolare informandolo sull'applicazione delle buone pratiche per la sicurezza del paziente adottate nelle aziende sanitarie in ambito ospedaliero e territoriale;
- promuovere la trasparenza e la chiarezza nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti in tutte le fasi dei percorsi clinico-assistenziali, in particolar modo per quanto concerne la comunicazione del rischio prima, durante e dopo i trattamenti;
- promuovere forme di conciliazione e gestire al meglio, per Area Vasta, la committenza assicurativa.

52

5.2 La prevenzione collettiva

L'analisi dell'evoluzione dello stato di salute della popolazione evidenzia in modo inequivocabile che è indispensabile e urgente sviluppare gli interventi di prevenzione, soprattutto quelli tesi a contrastare le malattie croniche o a contenerne gli effetti. Vi è necessità di attivare interventi organici sia con azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze.

Fondamentale è l'integrazione dell'azione in quanto numerosi soggetti sanitari e non sanitari possono concorrere al raggiungimento degli obiettivi, inoltre particolare attenzione deve essere posta al contrasto delle disuguaglianze in modo che gli interventi efficaci siano estesi anche a quella parte di popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

L'offerta di servizi per la prevenzione, come l'offerta per un'attiva promozione della salute dei cittadini, si ispira ad alcuni principi fondamentali:

- censire e selezionare i bisogni di salute espressi ed inespressi, identificando le priorità; si deve partire dall'analisi dei dati epidemiologici per arrivare alla definizione delle iniziative, da sviluppare in tempi definiti, che devono essere condivise e partecipate il più possibile con i cittadini e le istituzioni rappresentanti interessi collettivi
- ricercare l'appropriatezza degli interventi con una continua verifica della loro efficacia attraverso gli strumenti della Evidence Based Prevention (EBP)
- proseguire nel percorso di miglioramento continuo della qualità dei servizi, già iniziato con l'apposito progetto previsto dal PSR 2005 – 2007, che si deve esprimere non in meri adempimenti burocratici ma

- in una reale crescita della cultura e dell'operatività dei servizi e degli operatori della prevenzione
- perseguire la riorganizzazione e la razionalizzazione delle attività puntando a creare un "sistema prevenzione" in cui le singole professionalità lavorano in modo integrato nella logica della rete, con l'obiettivo di migliorare la produttività garantendo comunque l'eccellenza della prestazione.

Tali principi sono stati largamente applicati negli ultimi anni, facendo registrare una notevole crescita nella "cultura della prevenzione" da parte degli operatori sanitari, grazie anche ad un percorso, portato avanti nel rispetto del Titolo V della Costituzione, di sviluppo della collaborazione fra Stato e Regioni che si è concretizzato in alcuni atti particolarmente significativi:

– il Piano Nazionale della Prevenzione approvato con Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005 individua le seguenti priorità di azione:

- vaccinazioni;
- prevenzione degli incidenti (domestici, sul lavoro e stradali);
- prevenzione della patologia cardiovascolare, in particolare sui determinanti obesità e diabete;
- screening oncologici

per le quali ciascuna Regione deve pianificare tenendo conto della propria realtà, secondo linee operative definite dal Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM). La Toscana ha sviluppato programmi in tutti gli ambiti ottenendo le relative certificazioni previste dal Piano stesso.

– il Piano "Guadagnare salute", applicazione italiana di un analogo programma OMS, ha l'obiettivo di agire sui principali fattori di rischio (fumo, abuso di alcool, scorretta alimentazione e inattività fisica) attraverso strategie che sostengono e favoriscono le scelte salutari individuali; per far ciò si punta sull'intersectorialità, cioè sul coinvolgimento di vari soggetti istituzionali (Ministeri, Regioni, Amministrazioni locali, Scuola, sistema sanitario e mondo produttivo) per facilitare le scelte salutari.

53

Centrale in questo ambito risulta il ruolo dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende USL che erogano prestazioni nell'ambito della prevenzione collettiva nelle seguenti discipline:

- prevenzione nei luoghi di lavoro;
- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e nutrizione;
- sanità pubblica veterinaria;
- medicina legale;
- medicina dello sport.

In tali ambiti essi forniscono all'utenza informazione, assistenza e formazione, partecipando quindi all'azione di promozione della salute, ed esercitano azioni di prevenzione, di vigilanza e controllo. Sia a livello regionale che a livello delle singole Aziende USL viene perseguita la massima integrazione operativa tra le diverse discipline afferenti, in maniera da fornire risposte e interventi coordinati ed esaustivi. Solo con questi presupposti può essere garantita una visione unitaria dei problemi della prevenzione, anche attraverso i Piani integrati di salute.

Le strategie della prevenzione collettiva

Considerato il percorso ormai consolidato nel corso dei precedenti Piani Sanitari si ritiene opportuno riconfermare per il triennio 2008–2010 gli indirizzi attuali sulle funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione: essi hanno quale obiettivo il miglioramento dello stato di salute e benessere della collettività e dei singoli, da realizzarsi attraverso la rimozione delle cause di malattia e la riduzione dei fattori di rischio, orientando la popolazione alla consapevolezza e all'applicazione di corretti stili di vita.

La Regione Toscana con il Piano di Sviluppo 2006–2010 punta sulla governance per rendere efficiente la pubblica amministrazione: è necessario individuare una strada che coniughi insieme l'esigenza di dare la massima semplificazione burocratica con quella di garantire la salute, la sicurezza dei lavoratori e dei

cittadini, di salvaguardare l'ambiente ed i beni culturali ed ambientali. Ciò comporta una profonda trasformazione dell'organizzazione della macchina burocratica che deve abbandonare la logica del controllo preventivo, valorizzando la responsabilità dell'imprenditore, dei professionisti, degli enti accreditati e riorganizzando le strutture e le risorse della pubblica amministrazione sotto l'attenta regia del sistema pubblico. Essa deve svolgere funzioni di programmazione e predisposizione degli strumenti semplificati per le imprese ed i cittadini e funzioni di controllo della veridicità delle attestazioni fornite dagli imprenditori e dai professionisti e dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

La Giunta regionale è impegnata a coordinare tutte le iniziative relative ad ambiente, attività produttive etc. che possono avere riflessi positivi per la prevenzione. Deve essere perseguita la massima integrazione possibile all'interno dei Dipartimenti della Prevenzione e con tutti i servizi aziendali con particolare riferimento a quelli territoriali.

Grande attenzione deve essere prestata al recepimento sostanziale delle normative comunitarie recentemente introdotte od in corso di introduzione e che riguardano tutta la filiera alimentare dalla produzione alla trasformazione, dalla vendita alla somministrazione degli alimenti e le tutele nei luoghi di lavoro.

Nel corso del precedente triennio in alcune Aziende USL sono stati creati poli unici della prevenzione collettiva finalizzati a fornire maggiore visibilità e facilità di accesso all'utenza che andranno ulteriormente sviluppati con il presente Piano.

Per il triennio 2008 – 2010 si individuano i seguenti ambiti prioritari di lavoro per i servizi di prevenzione nel loro complesso:

- a) sviluppare azioni di governo in sanità pubblica;
- b) sviluppare il percorso di miglioramento della qualità;
- c) implementare la “rete della prevenzione”.

54

a) Il governo dei processi in sanità pubblica

Alla luce dei cambiamenti avvenuti nel corso degli anni specie sul versante normativo, i dipartimenti della Prevenzione sono chiamati a dover svolgere di più un'azione di controllo sui processi che singoli soggetti pubblici o privati devono promuovere al fine di adottare misure idonee a tutelare il benessere dei cittadini, dei lavoratori, degli animali.

È perciò prioritario che il servizio pubblico eserciti la funzione di vigilanza e di controllo che la legge gli attribuisce nei vari settori (salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e di vita, sicurezza alimentare, sicurezza in ambito veterinario, nello sport) senza trascurare quella di regia mediante azioni di verifica sui percorsi decisionali propri di altri soggetti. Tale funzione potrà essere svolta mediante attività di coordinamento fra più soggetti e categorie, la produzione di linee di indirizzo, materiale informativo e quant'altro utile alla crescita culturale sulla materia, in modo da favorire un corretto rapporto con i soggetti controllati ed a ridurre la necessità di ricorso a provvedimenti amministrativi e penali.

L'esperienza del coordinamento–controllo sugli Accertamenti Sanitari Preventivi e Periodici, quella sulle valutazioni dei rischi nei luoghi di lavoro o nel settore degli alimenti possono essere implementate ed esportate in altri ambiti quali ad esempio la medicina dello sport o le strutture sanitarie.

Inoltre è centrale l'attività di promozione della salute mediante sinergie con altri soggetti pubblici o privati e con altre strutture del SSR allo scopo di ottimizzare le risorse per sviluppare azioni, anche innovative, capaci di incidere sulle scelte di singoli o di gruppi di cittadini. In tal senso il rapporto privilegiato con la Società della Salute potrà favorire una capillare diffusione di informazioni a vari livelli culturali.

L'esigenza di una programmazione delle attività che tenga conto dei vincoli normativi, degli indirizzi nazionali e regionali deve sapersi conciliare con le specificità locali che dovranno essere condivise ai massimi livelli favorendo la partecipazione a momenti di confronto con le parti sociali, le istituzioni, i professionisti operanti nel territorio, i medici di base e ospedalieri. Ciò potrà avvenire anche mediante intese in ambito di Area Vasta.

Infine nell'ambito dell'assistenza all'utenza dovranno essere assicurati quei servizi rientranti nei LEA con particolare attenzione alle categorie più deboli della società (invalidi, minori, stranieri) ed il supporto alle pubbliche amministrazioni in ordine alle scelte a maggior impatto sulla salute della popolazione.

b) Il percorso per il miglioramento della qualità

Con il precedente Piano 2005 – 2007 è stato finanziato e realizzato un progetto di miglioramento continuo della qualità finalizzato a omogeneizzare le conoscenze e le attività già in essere in molti Dipartimenti e ad aumentare la cultura e le iniziative in questa direzione. Per i Dipartimenti della Prevenzione il percorso intrapreso, attraverso un preciso programma, ha riguardato i seguenti aspetti: gestione e sviluppo dell'organizzazione del personale, gestione del processo di qualità, governo del rischio, gestione amministrativa, contabile e tecnica, gestione organizzativa dei singoli processi.

In particolare sono state sviluppate le procedure di qualità dei settori Veterinaria ed Igiene degli alimenti e della nutrizione in considerazione delle continue verifiche a cui questi servizi sono sottoposti da parte del Ministero della Salute e della Comunità Europea; l'obiettivo è di conseguire la certificazione secondo le norme ISO delle suddette strutture di tutte le Aziende USL entro il 2008.

Tale processo di qualità deve proseguire nel triennio di vigenza del presente Piano, anche nel rispetto del DPCM 21/12/2007 “Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro” coinvolgendo l'intero Dipartimento di Prevenzione prevedendo per tutti i settori la definizione dei requisiti di qualità organizzativi, strutturali e tecnologici, il conseguimento e la successiva certificazione almeno dei requisiti organizzativi, per il successivo perseguimento dell'accreditamento.

Occorre contestualmente dare avvio ad una progressiva revisione delle prestazioni direttamente erogate dalle strutture della prevenzione, là dove vi siano le possibilità legislative, promovendo l'assorbimento della domanda da parte di altri interlocutori aventi i necessari requisiti tecnico professionali ed il formale riconoscimento istituzionale; nei confronti di tali soggetti è opportuno avviare un'attività di coordinamento e controllo. In tale direzione potrebbero andare le scelte in materia di visite mediche per lavoratori a rischio, sulle verifiche di apparecchi ed impianti non di esclusiva competenza del SSN, di controlli sanitari per l'idoneità allo sport non agonistico o di atleti maggiorenni. Ciò potrà progressivamente favorire il recupero di risorse da destinare prevalentemente a prestazioni inserite nei LEA.

La Giunta regionale inoltre, nell'ambito del percorso per il miglioramento della qualità nei Dipartimenti di Prevenzione, si impegna a sviluppare alcune iniziative specifiche:

1. il sistema “Prodotti finiti”;
2. il progetto “PASSI”;
3. l'abolizione di procedure inefficaci ed obsolete;
4. il patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

1) Il sistema “Prodotti Finiti” è lo strumento per la registrazione dei dati relativi all'attività dei Dipartimenti di Prevenzione; sistema messo a punto, in collaborazione con il laboratorio “Management & Sanità” della Scuola S. Anna di Pisa, dopo un approfondito e condiviso esame dell'intero set di Prodotti/Attività (n. 72 prodotti) che ha portato alla loro pesatura per il consumo di risorse. Pesatura per ciascuna attività dei Dipartimenti di Prevenzione, basata principalmente sulla misurazione tempo/uomo diviso per categorie professionali coinvolte. Dal 2008 esso diviene il sistema ufficiale di rilevazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione e ne verrà assicurata una continua manutenzione per il suo miglioramento e adeguamento. Il sistema prodotti finiti si raccorderà inoltre con il progetto Mattoni e con le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza per la prevenzione collettiva in corso di definizione a livello nazionale.

2) La Toscana attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, in sintonia con il vigente Piano Sanitario Nazionale, ha già sperimentalmente adottato fra gli strumenti per la promozione della salute il Sistema di Sorveglianza “PASSI”, cioè l'attuazione di una sorveglianza continua dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi preventivi posti in essere per combatterli.

L'obiettivo è effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta (18–69 anni), attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita utilizzando come strumento di indagine un questionario telefonico, da rivolgere ad un campione rappresentativo della popolazione estratto dall'anagrafe sanitaria. Si tratta di un'iniziativa finalizzata ad individuare i bisogni di salute della popolazione, a promuovere l'adozione di stili di vita corretti e soprattutto a verificare l'efficacia degli interventi messi in campo. Si inserisce quindi a pieno titolo all'interno del percorso per il miglioramento della qualità

3) È indispensabile che anche nella nostra Regione si prosegua nel percorso di revisione delle pratiche preventive: normative ormai obsolete obbligano i servizi a procedure di non comprovata efficacia burocratiche e spesso inefficaci e inutili che è indispensabile eliminare per poter indirizzare gli sforzi verso le azioni che hanno dimostrato di poter effettivamente migliorare lo stato di salute. Con legge regionale sono già state abrogate alcune certificazioni (LISA, polizia mortuaria), ma alcuni studi in EBP ne hanno individuate molte altre e quindi, nell'ottica di appropriatezza che deve guidare la prevenzione, vi è l'impegno ad approvare una legge regionale che elimini i procedimenti inutili.

4) Il "Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro", approvato con DPCM del 7.12.2007 e pubblicato sulla G.U. n. 3 del 4.1.2008, costituisce un documento di straordinaria importanza che impegna Regioni, Province Autonome e Ministero della Salute, con il coinvolgimento del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, nella realizzazione di azioni dirette alla salvaguardia della salute e della sicurezza del "cittadino che lavora". Esso si colloca a pieno titolo nella più ampia strategia posta in essere dal sistema delle Regioni e finalizzata a individuare criticità e priorità della complessa attività di promozione della salute oltre che di prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro, attraverso la definizione di nuovi strumenti più efficaci e una presenza più puntuale dei sistemi sanitari regionali del nostro Paese.

Questo "Patto", che trova una conferma attraverso il "patto per la sicurezza e la regolarità del lavoro in Toscana" siglato il 21/12/2007 dai soggetti del "Tavolo di concertazione generale" istituito presso la Regione Toscana, deve innanzitutto garantire, attraverso il coordinamento strategico di tutti i soggetti istituzionali impegnati sul fronte della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, un apporto qualificato, anche di consulenza preventiva, che permetta di identificare le misure migliori da attuare contro il fenomeno, sempre più attuale, degli infortuni sul lavoro.

56

c) La rete della prevenzione

Punto strategico risulta il mantenimento e l'ulteriore sviluppo di una rete di strutture ed istituzioni che collabora alla realizzazione di progetti e programmi con obiettivi condivisi. A tal fine è indispensabile sviluppare:

- un lavoro integrato fra le diverse strutture settoriali del Dipartimento di Prevenzione; in tale ambito riveste priorità assoluta l'affrontare in maniera integrata i temi della sicurezza alimentare dei prodotti di origine animale e non, anche prevedendo, all'interno del modello previsto dall'art 67 della L.R.40/2005 soluzioni organizzative che facilitino l'integrazione di cui sopra,
- un forte raccordo operativo tra i diversi Dipartimenti della Prevenzione presenti nelle Aziende USL della Toscana, coordinato dalle competenti strutture regionali che si occupano di Prevenzione collettiva e che pure devono garantire un approccio integrato alle complesse tematiche della prevenzione,
- una forte integrazione funzionale tra le strutture organizzative del Dipartimento della Prevenzione, i distretti e gli ospedali; in particolare si individuano come interlocutori privilegiati i servizi di epidemiologia ed educazione alla salute, affinché la ricerca e la misura dei rischi e dei danni nelle popolazioni esposte indirizzino adeguatamente le iniziative di prevenzione. Debbono in particolare essere ricercate sinergie con l'assistenza sanitaria di comunità (vaccinazioni, interventi di educazione alla salute, medicina necroscopica e certificazioni medico legali obbligatorie), con i SERT (fumo di tabacco, alcool, droghe illegali), con i consultori materno infantili (educazione alla salute per fattori di rischio legati all'ambiente di vita e di lavoro ed agli stili di vita).

La Giunta si impegna sia a valorizzare il ruolo di coordinamento regionale tra i diversi settori che afferiscono alla prevenzione collettiva, sia ad individuare tutte le iniziative di altre Direzioni Generali regionali che hanno rilevanza per le attività di prevenzione al fine di costruire percorsi integrati che consentano un miglior impiego delle risorse regionali e da altri Enti pubblici, destinati alle imprese che hanno adottato significative iniziative per garantire la tutela dei lavoratori, dei consumatori, dell'ambiente.

Rientra in tale contesto logico la proposta, da condividere con gli altri settori regionali ed istituzioni coinvolte, di costituire un coordinamento permanente tra i soggetti, come meglio precisato nel paragrafo 5.1.

Deve essere assicurato inoltre il massimo raccordo dell'attività di prevenzione collettiva con Enti della Regione che hanno competenze utili alla tutela della salute collettiva (Laboratori di Sanità Pubblica, AR-

PAT, Agenzia Regionale Sanità, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ARSIA, CSPO/ISPO). Di particolare rilievo risulta la costruzione di una rete regionale dei Laboratori a vario titolo impegnati nel controllo ufficiale e nel sostegno alle attività di prevenzione. A tal fine nel triennio di vigenza del Piano Sanitario deve essere progettato e approvato un piano di riorganizzazione di tali laboratori che porti alla creazione di una rete integrata che eviti duplicazioni e favorisca la nascita di punti specialistici di eccellenza.

Strategico risulta lo sviluppo della collaborazione con le Università toscane, in particolare per la programmazione delle attività formative per l'accesso ai profili professionali del SSR, che dovrà essere caratterizzata da percorsi rispondenti alla necessità di acquisire operatori con specifiche capacità e competenze professionali, e per la ricerca e sviluppo delle attività analitiche di sanità pubblica al fine del miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni collegate soprattutto al controllo ufficiale. È necessario che nell'attuazione dei percorsi di laurea, venga prevista una forte integrazione tra le facoltà universitarie e i Dipartimenti di Prevenzione delle aziende USL toscane, per quanto riguarda la definizione dei programmi e la realizzazione degli stage formativi. Inoltre deve essere assicurata la collaborazione tra le Università ed il Sistema regionale della prevenzione, al fine di favorire la ricerca applicata, l'individuazione di soluzioni tecniche per il miglioramento delle condizioni di lavoro e per ogni altra iniziativa finalizzata a sviluppare in tutti i settori la "cultura della sicurezza", con riferimento ai settori più a rischio.

Nell'ottica dell'integrazione, quale strumento prioritario, sarà utilizzato il Piano Integrato di Salute (PIS). Con il PSR 2005–2007 è stata effettuata la sperimentazione delle SdS come nuovo modello di integrazione socio-sanitaria in cui tutti gli attori coinvolti convergono su obiettivi prioritari di promozione della salute, definendo i programmi ed i progetti finalizzati al loro raggiungimento in uno strumento unico di programmazione, il PIS. Il PIS, attraverso una programmazione concertata e condivisa, risponde alla necessità di raccordare ed integrare le strategie e l'operato di tutti i soggetti coinvolti: istituzioni, aziende USL, enti territoriali, istituzione scolastica, l'associazionismo (cittadini, consumatori, volontariato, operatori economici).

Il luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del PIS è il territorio; che rappresenta quindi l'ambito privilegiato per la programmazione di azioni integrate inerenti gli stili di vita.

Dall'analisi di alcuni PIS si evidenzia però, accanto al tentativo di lavorare nell'ottica dell'integrazione degli interventi sugli stili di vita a livello territoriale, la mancanza di una cornice regionale progettuale che consentirebbe, accanto alla possibilità di avere una regia unica dei progetti e dei programmi attivati sul territorio, di evitare ridondanza di iniziative e di armonizzazione i risultati sul territorio regionale e con i progetti nazionali ed internazionali.

La realizzazione delle azioni dovrà quindi trovare collocazione ed integrazione all'interno di una cornice progettuale regionale, pur rispettando le peculiarità in termini di bisogni ed opportunità nelle diverse aree del territorio regionale.

La prevenzione deve anche saper colloquiare con il cittadino e le imprese rendendo facilmente fruibili le informazioni sui servizi e le competenze degli enti preposti al rilascio degli atti amministrativi ed eliminando il più possibile inutili lungaggini burocratiche. Con questa finalità sono nati gli Sportelli Unici della Prevenzione (SUP) la cui funzione deve essere ulteriormente potenziata con l'obiettivo di creare una interfaccia sempre più accogliente e fruibile dall'utenza. Tali strutture forniscono anche un fondamentale supporto agli Sportelli Unici delle Attività Produttive dei comuni (SUAP) con i quali è necessario realizzare la massima sinergia possibile in maniera da consentire la più tempestiva e qualificata evasione delle domande di vario tipo provenienti dalle attività produttive. La situazione attuale presenta esperienze eccellenti, ma attualmente vi è una forte disomogeneità sul territorio nella modalità di presentazione delle pratiche, dei tempi necessari per la loro definizione, determinando di fatto una disparità di accesso.

Questo cambiamento organizzativo e culturale sia degli operatori che dei professionisti e delle imprese non potrà avvenire senza un processo di formazione che consenta l'ulteriore elevazione e valorizzazione della professionalità del personale pubblico ed un imponente scambio con gli operatori privati, del patrimonio di conoscenze. Bisogna che la PA locale, oltre a fornire informazioni esaustive ed omogenee, contribuisca a creare una "cultura comune" tra i professionisti che hanno la competenza di dichiarare la conformità alla legge degli impianti e del rispetto delle norme sull'avvio di attività ed i soggetti preposti ad effettuare i controlli e valutarne i risultati al fine di far sì che il processo di semplificazioni si attui nel rispetto dei principi sopra enunciati.

5.2.1 Igiene e sanità pubblica. Prevenzione e controllo delle malattie infettive

Durante l'ultimo triennio le strutture di igiene pubblica hanno proseguito nel processo di rinnovamento che ha portato ad orientarsi sempre più verso attività di valutazione del rischio e sorveglianza epidemiologica, con attenzione all'emergenza di nuove patologie, privilegiando i ruoli formativi ed informativi. Questo processo di trasformazione risulta ancora frenato dai compiti burocratici imposti da leggi ormai obsolete con scarse ricadute in termini di salute, inoltre sempre più frequentemente si assiste ad interventi di sanità pubblica in "emergenza". L'attenzione dei mass media verso rischi nuovi e importanti come fenomeno, ma spesso modesti in termini di rischio reale, impegnano i servizi distogliendoli da attività di prevenzione meno pubblicizzate, ma che risulterebbero più produttive in termini di salute. Per il presente Piano sanitario regionale si individuano quali macroaree di lavoro:

- epidemiologia e profilassi delle malattie infettive;
- Salute e Ambiente;
- prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di vita;
- incidenti domestici e stradali.

Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive

La sorveglianza sulle malattie infettive si basa già da anni su di un collaudato sistema informatizzato (S.I.M.I) che permette una vigilanza puntuale di tali patologie, attualmente in fase di aggiornamento. La Regione Toscana sta infatti sperimentando, per conto del Ministero della Salute, una nuova procedura via web, che a regime sarà adottata in tutta Italia e permetterà di avere informazioni in tempo reale. Oltre alla sorveglianza di tipo generale alcune azioni sono da considerarsi strategiche e quindi verranno individuate quelle atte a garantire una sorveglianza più stretta sui seguenti eventi o patologie:

- tossinfezioni: attraverso l'apposito Centro di riferimento regionale devono essere costantemente aggiornate le procedure omogenee di indagine e controllo in collaborazione con i servizi che si occupano di sicurezza alimentare,
- tubercolosi;
- malattie infettive per le quali la vaccinazione è prevista dal calendario regionale delle vaccinazioni;
- meningiti batteriche;
- legionellosi.

Da considerare che alcune malattie sono sottoposte ad una sorveglianza speciale sulla base di protocolli previsti da Comunità Europea, Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità o decisi a livello regionale in particolari situazioni. I principali protocolli individuati, che possono essere stabiliti ed aggiornati in base a direttive della Giunta regionale, si riferiscono in particolare alla sorveglianza della tubercolosi, della legionellosi, delle paralisi flaccide e dell'influenza.

La medicina dei viaggiatori rappresenta un settore nuovo ed in via di sviluppo, con funzioni di protezione nei confronti di coloro che per vari motivi (lavoro, turismo, migrazione) affrontano viaggi: tutte le Aziende USL hanno attivato centri specialistici che nel triennio debbono sviluppare un sistema di lavoro coordinato ed in rete, mirato particolarmente alla raccolta di dati epidemiologici, e alla promozione di tali servizi presso medici, pediatri e farmacisti che possono svolgere un ruolo importante nella corretta informazione dei viaggiatori sui rischi per la loro salute.

Se in Regione Toscana già dal 1996 esiste un calendario regionale, recentemente è stato approvato dalla Giunta regionale un atto di indirizzo che prevede un percorso di miglioramento globale dei servizi di vaccinazione territoriale. Per i prossimi tre anni quindi si deve procedere alla realizzazione di quanto previsto nella suddetta delibera, naturalmente la parte relativa al calendario deve essere periodicamente aggiornata, avvalendosi della Commissione regionale per le strategie vaccinali e la prevenzione delle malattie infettive, in base alle conoscenze scientifiche e alla disponibilità di nuovi vaccini il cui impiego andrà subordinato ad una accurata valutazione scientifica e all'assunzione di adeguati modelli organizzativi che consentano di fronteggiare le crescenti richieste.

Salute e ambiente

L'igiene pubblica è sempre più impegnata nella valutazione degli aspetti sanitari connessi con le problematiche ambientali. Alcuni eventi continuano ad essere gestiti in emergenza, mentre è necessario intervenire con attività che siano in grado di monitorare e valutare in continuo gli eventuali rischi per la salute connessi all'ambiente e alla realizzazione di infrastrutture. Il PSR 2005–2007 individuava già la qualità dell'ambiente fra i fattori condizionanti la qualità della salute e considerava l'integrazione ambiente– salute tra gli obiettivi strategici. Tale obiettivo si declinava per tematiche, fra le quali spiccavano il miglioramento della qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo, la sicurezza alimentare, la riduzione del rumore, la riduzione dei rischi legati ai campi elettromagnetici e la protezione dalle radiazioni ionizzanti. Esso ha trovato riscontro in alcune azioni delle Società della Salute e nel coordinamento ed integrazione fra strutture per la tutela dell'ambiente e la salvaguardia della salute.

Al fine di dare continuità ma anche di consolidare e rafforzare le attività del PSR precedente, sono individuate le azioni per il raggiungimento di un ambiente di qualità in accordo con gli obiettivi del PRAA 2007–2010. Funzionali a queste azioni sono:

- lo scambio sistematico di dati e conoscenze in materia ambientale con potenziali effetti sulla salute umana e animale, necessario anche per l'elaborazione di profili di rischio dei diversi comparti produttivi presenti sul territorio regionale;
- l'integrazione nei procedimenti di valutazione dell'impatto degli insediamenti produttivi nei confronti della salute e dell'ambiente;
- lo sviluppo della rete dei laboratori di sanità pubblica di area vasta, con funzioni di supporto per quanto riguarda azioni di prevenzione sull'ambiente di vita e di lavoro.

La presenza nei due strumenti di programmazione “verticali” (PSR e PRAA) di obiettivi e strumenti concordati ed integrati è la strada per attuare un coordinamento fra atti di indirizzo e di programmazione sanitari ed ambientali, che valutino la compatibilità e le conseguenze economiche e produttive delle scelte, anch'esse fondamentali componenti del benessere della popolazione. La collaborazione delle due Agenzie ARPAT ed ARS, il lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione ed il coinvolgimento delle istituzioni di ricerca qualificate nel campo, come il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO), permettono di promuovere la crescita culturale e tecnica integrata e condivisa degli operatori dell'ambiente e della prevenzione e di realizzare i Piani Integrati di Salute che rappresentano un'opportunità per l'attivazione e lo sviluppo di metodi e strumenti per l'integrazione delle conoscenze ambientali e sanitarie a livello locale.

59

Azioni prioritarie per il triennio di vigenza del Piano sono:

- riduzione dell'inquinamento atmosferico. L'inquinamento atmosferico nella nostra Regione, legato al traffico e viabilità, in particolare, ed anche alle emissioni di impianti di varia natura, è direttamente correlato con l'insorgenza e/o il peggioramento di stati patologici oncologici, cardiovascolari e respiratori, incidenti sia sui tassi di mortalità che sul ricorso ai servizi sanitari. Dovranno essere individuati indicatori di salute correlati agli indicatori ambientali sia in funzione dell'approfondimento conoscitivo delle relazioni tra fenomeni, sia per ridefinire i livelli accettabili delle emissioni, sia per verificare gli effetti delle misure e degli interventi;
- riduzione dell'inquinamento acustico. È noto che l'inquinamento acustico ha effetti negativi sullo stato psico-fisico della popolazione. È necessario qualificare e quantificare in modo sistematico gli effetti del rumore per la definizione delle soglie di accettabilità, per programmare il risanamento e per valutare gli esiti degli interventi;
- monitoraggio sull'inquinamento elettromagnetico. Anche se i dati epidemiologici sugli effetti dell'inquinamento elettromagnetico sono ancora poco consolidati, sulla base del principio di precauzione, vi è la necessità di sorvegliare i livelli di esposizione delle popolazioni, anche al fine di corretti processi comunicativi del rischio;
- attuazione del regolamento CE 1907/2006 in materia di sostanze chimiche (REACH). L'entrata in vigore del regolamento (1° giugno 2007) impone l'attuazione di interventi di controllo, informazione e

formazione che devono essere gestiti in modo coordinato con le Direzioni generali aventi le competenze ambientali ed economiche;

- sorveglianza ambientale-epidemiologica. Per ottenere un'efficace sorveglianza delle interazioni fra scelte ambientali, produttive e la salute nella nostra regione, emerge fortemente la necessità di operare sull'integrazione dei dati. La sorveglianza è finalizzata ad individuare eventuali "punti critici" del territorio regionale dal punto di vista dell'impatto sulla salute della qualità ambientale. Al fine di realizzare una sorveglianza sistematica, è necessario:
 - promuovere l'uso di indicatori di salute riguardanti in particolare le patologie acute o sub-acute, come quelle di tipo respiratorio, caratterizzate da bassa latenza, e di misure di esposizione umana ai tossici;
 - promuovere l'individuazione e l'utilizzazione di indicatori integrati ambiente-salute, che riescano a rilevare livelli di esposizione che non hanno ancora dato nessun danno, ma che potrebbero darlo;
 - procedere alla "georeferenziazione" dei dati sulla salute e sull'ambiente.

In relazione a quest'ultimo punto si evidenzia che è in via di realizzazione il progetto SIT dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali che sta provvedendo alla georeferenziazione delle utenze e strutture di valenza sanitaria. Tale tecnica permette di disegnare opportunamente intorno alle fonti inquinanti e relativamente ai periodi di interesse ed alle popolazioni suscettibili, microaree di residenza sia di soggetti esposti che di soggetti affetti da patologia, ottenendo con immediatezza ciò che prima era realizzabile solo con lunghi e complessi studi ad hoc.

- formazione. La logica dell'integrazione delle politiche impone il passaggio da un approccio di valutazione ambientale ad un approccio valutativo integrato. Al fine di permettere l'applicazione di adeguate metodiche conoscitive sulla relazione ambiente-salute, sulla definizione del rischio e sulla comunicazione, è necessario attivare corsi di formazione integrati fra operatori dei dipartimenti di prevenzione. Il supporto metodologico e la formazione epidemiologica sono realizzati con l'apporto della Agenzia Regionale di Sanità (ARS).

60

Controllo delle zoonofestazioni

L'esistenza sul territorio regionale di vaste zone umide naturali e seminaturali, sommata ai cambiamenti di stile di vita delle comunità, pone l'attenzione sulla necessità di una attenta sorveglianza epidemiologica sulle malattie a trasmissione vettoriale, attraverso indagini finalizzate alla conoscenza dell'ecologia degli agenti imputati della trasmissione ed alla loro distribuzione geografica. Il coordinamento delle attività di controllo e profilassi delle zoonofestazioni è effettuato con il concorso della struttura a valenza regionale di Zoologia ambientale di Grosseto.

I Dipartimenti della Prevenzione sono tenuti ad assicurare la specifica sorveglianza sulle attività di bonifica che implicano interventi di disinfestazione, disinfezione e derattizzazione e nel caso siano dotati di strutture in grado di fornire tali servizi, possono effettuare in proprio dette prestazioni a favore di soggetti pubblici e privati, applicando apposito tariffario o stipulando opportune convenzioni.

Considerata la recente epidemia di *chikungunya* in Emilia Romagna, particolare rilievo devono assumere nel triennio i progetti di lotta alle zanzare, con specifico riguardo alle attività di monitoraggio e controllo del territorio con l'uso di mezzi a basso impatto ambientale.

5.2.2 Lavoro e salute

Il Piano Sanitario Regionale 2005/2007, ha previsto all'interno dell'Azione programmata "Lavoro e Salute" interventi per piani mirati e/o progetti con lo scopo di qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per ottimizzare le risorse. In aggiunta ai progetti previsti dal "Nuovo patto per uno sviluppo qualificato e maggiori e migliori lavori in toscana" siglato nel 2004 dal Presidente Martini con le associazioni di Categoria, Sindacati, Enti locali ed Associazioni, sono in corso di realizzazione i piani Mirati e i progetti speciali che hanno riguardato:

- il programma d'interventi di vigilanza integrata in edilizia per contrastare il fenomeno degli infortuni e del lavoro irregolare concordato all'interno del coordinamento interistituzionale ex art. 27, D.Lgs. 626/94, di cui fanno parte la Direzione Generale del Diritto alla Salute, i dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL toscane, la Direzione Regionale del Lavoro, INPS ed INAIL;
- il protocollo di intesa fra la Regione e l'INAIL, per l'utilizzo dei dati sugli infortuni e sulle malattie professionali;
- il programma per migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi preventivi in agricoltura e selvicoltura;
- il programma di prevenzione nel comparto siderurgico che assicura un presidio incisivo in un settore produttivo che presenta forti elementi di criticità per la sicurezza e la prevenzione degli infortuni;
- interventi specifici a sostegno della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nelle grandi opere infrastrutturali quali la tratta ferroviaria alta velocità/capacità Firenze – Bologna, l'intervento di potenziamento del tratto autostradale A1 Milano – Napoli e la realizzazione dei nuovi Ospedali.

Analisi del quadro occupazionale e degli infortuni

La consistenza della popolazione lavorativa nel triennio 2004–2006 ha visto un tendenziale incremento (58.000 unità – dati INAIL – ISTAT) sia per quanto riguarda i maschi che le femmine, interessando soprattutto il settore dei servizi; si rileva una lieve flessione della forza lavoro impiegata nell'industria, resta invece stazionaria la forza lavoro impiegata nel settore agricoltura.

Per quanto attiene la dinamica occupazionale 2007 è previsto un incremento di circa 4.230 unità che riguarderà in gran parte le piccole imprese.

Le tipologie contrattuali interessate dall'incremento sono in particolare quella a tempo determinato e le varie forme di lavoro precario. Si prevede anche una riduzione del numero di collaborazioni a progetto. Particolare attenzione dovrà essere riservata al contrasto del fenomeno del lavoro nero, contro il quale peraltro esistono nuovi strumenti normativi (L. 123/07) per la gestione ottimale dei quali sarà opportuno ricercare la massima collaborazione con la Direzione Provinciale del Lavoro.

Rispetto al dato infortunistico toscano (report INAIL 2006), gli infortuni denunciati sono complessivamente diminuiti passando dai 75.362 del 2004 a 72.434 del 2006. La riduzione ha interessato tutti i comparti, in agricoltura siamo passati da 5.462 del 2004 a 4.881 del 2006, nell'industria e servizi siamo passati da 67.697 del 2004 a 65.395 del 2006.

Per quanto riguarda le malattie professionali il confronto tra quelle denunciate nel 2004 e nel 2006, sia in agricoltura che nell'industria, non mostra differenze significative per quanto attiene il numero totale; viene invece evidenziata una riduzione di quelle tradizionali ed aumento di patologie non tabellate, come quelle a carico dell'apparato muscoloscheletrico.

Le strategie socio sanitarie per la promozione della salute

Le priorità individuate dal presente piano sono finalizzate a dare attuazione alle indicazioni contenute nel "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" del 27 giugno 2007 con particolare riferimento al rafforzamento del sistema informativo per la prevenzione, al coordinamento dell'attività di vigilanza tra i diversi enti, al potenziamento degli interventi nei comparti a maggior rischio, al coinvolgimento di tutti i soggetti sociali prevedendo anche una azione di sostegno alle imprese ed alla valorizzazione della sorveglianza sanitaria.

Per tendere a più elevati livelli di salute è necessario associare agli interventi di prevenzione collettiva, politiche di *promozione della salute* finalizzate alla modifica di abitudini e stili di vita a rischio.

È noto che tra i lavoratori la prevalenza di alcuni di questi fattori di rischio è più elevata rispetto alla popolazione generale. Il primo tra tutti è il fumo di sigaretta, ma anche l'abuso di alcolici, la inadeguatezza della dieta e l'insufficiente esercizio fisico costituiscono importanti fattori di rischio.

Fattori legati al lavoro possono potenziare gli effetti negativi di questi comportamenti. Per es. l'esposizione ad agenti nocivi, fra i quali alcuni cancerogeni certi o sospetti, può potenziare in maniera notevole i rischi connessi al fumo.

D'altra parte le condizioni lavorative possono influenzare negativamente lo stile di vita o addirittura favorire l'insorgenza di comportamenti a rischio. È il caso, per es., del lavoro a turni che rende più difficile, interferendo con la regolarità degli orari dei pasti e con la vita familiare del soggetto, il mantenimento di

abitudini alimentari corrette; oppure gli orari prolungati o l'eccessiva fatica (fisica o mentale), che possono indurre abuso di stimolanti e rendere difficile la pratica di un regolare esercizio fisico.

È quindi necessario affrontare il tema della tutela della salute dei lavoratori in un'ottica globale che cerchi di coniugare interventi specifici di prevenzione dei rischi ambientali con interventi volti a promuovere un miglioramento degli stili di vita dei lavoratori. A tal fine il Servizio sanitario regionale si può avvalere di competenze sanitarie diffuse (UU.FF. P.I.S.L.L., I.A.N. e I.S.P., MMG, in particolare) e di competenze epidemiologiche necessarie per sviluppare protocolli di studio e di monitoraggio degli interventi (CeRIMP, ISPO, ARS, ITT, Laboratori di Sanità Pubblica).

L'ambiente di lavoro è un luogo, per certi versi, "ideale" per interventi di promozione della salute, in quanto costituito da un gruppo omogeneo di popolazione. Tuttavia, gli interventi volti a modificare i comportamenti individuali, interferiscono necessariamente con la sfera più privata dell'individuo e come tali necessitano di una particolare attenzione alla possibilità di espressione totalmente libera del consenso. Il contesto lavorativo si presenta, da questo punto di vista, particolarmente delicato, sarà allora indispensabile:

- non "prescindere" dalla priorità degli interventi sulle condizioni di rischio lavorativo specifico (strutturale, tecnologico e organizzativo);
- valutare quei fattori organizzativi che possono interferire negativamente con l'assunzione degli stili di vita corretti;
- validare e definire il piano di intervento insieme agli stessi lavoratori e i loro rappresentanti;
- coinvolgere pienamente sotto il profilo operativo il medico competente;
- collaborare con le Società della Salute per realizzare piani integrati di salute;
- collaborare con le aziende che devono sentirsi incentivate ad adottare politiche di valorizzazione delle "persone" che tendono a diminuire il rischio di malattia e di infortunio ed a incrementare il benessere lavorativo e con esso le capacità produttive dell'impresa;
- promuovere interventi di vigilanza integrata in altri settori oltre a quello dell'edilizia;
- prevedere sistemi di verifica dei risultati;
- dare piena attuazione al Patto per la sicurezza e la regolarità del lavoro in Toscana.

62

Di conseguenza non sarà possibile pensare a questi interventi in tutti luoghi di Lavoro, mentre sarà opportuno sfruttare le sinergie tra tutti i soggetti sociali che possono concorrere a tutelare la salute dei lavoratori (organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, istituzioni che hanno competenza in tema di sicurezza e regolarità del lavoro (AA.UU.SS.LL, Direzioni provinciali del lavoro, INAIL, INPS, VV.FF, ISPEL), istituzioni locali che hanno competenza in tema di politiche del lavoro, di politiche industriali, di assetto del territorio di concessioni edilizie (Comuni e Province), associazioni di cittadini.

Verrà inoltre favorita la ricerca e la sperimentazione di azioni integrate di vigilanza ed assistenza per l'adozione e la diffusione di "buone pratiche" e per la promozione della salute, della sicurezza e dell'ergonomia soprattutto nelle micro, piccole e medie imprese che rappresentano la gran parte del tessuto produttivo toscano.

Importanti sinergie tra Enti locali e AA.UU.SS.LL. possono essere conseguite nell'ambito della prevenzione degli infortuni in edilizia, che anche nella nostra Regione rappresentano un tema di grande importanza per la frequenza e la gravità degli stessi; le azioni che possono essere realizzate dalle Istituzioni sono:

- assicurare le migliori condizioni di sicurezza nei cantieri dei quali sono committenti;
- sensibilizzare l'utenza, che accede a propri uffici per presentare DIA od ottenere licenze o concessioni edilizie, sugli obblighi in tema di sicurezza del lavoro che incombono sui datori di lavoro e sui committenti;
- esercitare con la polizia municipale, raccordandosi con i servizi specialistici delle Aziende Sanitarie e con le Direzioni provinciali del lavoro un'azione di capillare vigilanza sul rispetto delle norme di sicurezza e regolarità dei rapporti di lavoro.

Il ruolo di regia regionale e il coordinamento interistituzionale

La Regione Toscana ha costituito il Comitato di Coordinamento Interistituzionale previsto dall'articolo 27 del D.Lgs. 626/94 di cui fanno parte tutti gli enti e gli organismi della pubblica amministrazione che operano nel settore della prevenzione e sicurezza sul lavoro. Il Comitato ha compiti di formulare proposte, esaminare i problemi applicativi della nuova normativa, proporre linee guida ed indirizzi tecnici, promuovere il coordinamento tra le diverse strutture operative ai fini di una maggiore omogeneizzazione delle attività di vigilanza e controllo. La Regione Toscana ha provveduto ad articolare il Comitato a livello territoriale istituendo in ogni ambito provinciale specifici organismi incaricati di definire e realizzare piani ed azioni a livello locale.

In riferimento all'approvazione della L. 123 del 3 agosto 2007, la Giunta regionale si impegna ad emanare gli atti attuativi del DPCM del 21/12/2007 che prevede la partecipazione di n.4 rappresentanti del sindacato e n.4 rappresentanti dei datori di lavoro nell'ambito del Comitato regionali di coordinamento.

I Piani mirati

Per qualificare e rendere più incisivi gli interventi di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di ottimizzare le risorse, la Regione intende confermare la metodologia di azione per Piani mirati, dando continuità e diffusione alle esperienze positivamente realizzate in alcuni settori, quali ad esempio l'edilizia, l'agricoltura, il settore siderurgico e quello estrattivo. L'approccio scelto per la definizione di strategie su Piani mirati intende affrontare in maniera organica i problemi dello sviluppo e della qualificazione del sistema produttivo regionale, del sostegno e della qualificazione delle capacità lavorative, del miglioramento delle relazioni sociali, delle condizioni di lavoro e di tutela della salute, cui si aggiungono anche altri interventi sul versante della trasparenza e della regolarità degli appalti.

La modalità d'intervento per Piani mirati rappresenta lo strumento per un'azione organica e sistematica in uno specifico settore produttivo e su di esso vengono indirizzate le risorse professionali interdisciplinari, logistiche e strumentali per:

- effettuare un'analisi dei rischi, degli infortuni e delle cause che li determinano;
- verificare lo stato di salute dei lavoratori, anche con programmi di verifica e revisione di qualità dell'appropriatezza degli accertamenti svolti, con particolare riferimento agli accertamenti laboratoristici e strumentali, in un processo partecipato con i medici competenti;
- contribuire alla crescita di un modello di gestione aziendale del fenomeno infortunistico e tecnopatologico;
- collaborare alla ricerca di soluzioni tecniche, organizzative e procedurali;
- favorire il miglioramento dei sistemi di gestione aziendali, andando anche verso "certificazioni sociali" delle imprese e dei processi produttivi, promuovendo la sicurezza come indicatore di "qualità" d'impresa;
- sviluppare relazioni con i soggetti responsabili per la sicurezza e la prevenzione delle imprese e delle aziende, in primo luogo con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- sviluppare un'ampia azione di "cultura della prevenzione" e l'adozione di specifici piani per evitare il rischio e adottare comportamenti idonei alla protezione, interessando in primo luogo i lavoratori, gli studenti, i cittadini;
- rendere più incisiva l'attività degli organismi pubblici attraverso il coordinamento interistituzionale, intensificando le funzioni di vigilanza e controllo integrati, anche attraverso interventi e campagne straordinarie come previsto dall'articolo 25 della legge regionale 13 luglio 2007 n. 38;
- proporre nei singoli comparti lavorativi, oggetto degli interventi mirati, i livelli di prevenzione standard verso i quali le imprese devono tendere, adattandoli poi alla propria specifica realtà lavorativa;
- fornire in sintesi un concreto contributo tecnico per la definizione e l'applicazione dei livelli di prevenzione possibili.

I settori prioritari di intervento sono:

- edilizia;
- grandi opere infrastrutturali;
- settore estrattivo;
- settore cartario e cartotecnico;
- agricoltura e selvicoltura;

- meccanica e siderurgia;
- cantieristica navale e porti;
- strutture sanitarie.

Con successivi atti regionali verranno definiti gli indirizzi tecnici di programmazione e definizione dei piani mirati regionali e locali comprendenti le modalità di rendicontazione annuale dell'attività svolta e dei finanziamenti utilizzati, prevedendo momenti di confronto e verifica con le parti sociali.

Nell'ambito dei Piani mirati, ma più in generale di tutta l'attività di prevenzione, sarà riservata un'attenzione particolare:

- ai problemi di sicurezza e attività di verifica per il controllo su impianti e macchine; assicurando lo sviluppo di collaborazioni integrate con Enti competenti alla sorveglianza di mercato sui prodotti soggetti a direttive comunitarie e la crescita, anche in collaborazione europea, della raccolta dell'esperienza degli utilizzatori, mediante il metodo "feed-back", per il miglioramento degli standards delle macchine e delle modalità d'utilizzo;
- alle tematiche connesse all'igiene del lavoro con particolare riferimento ai rischi chimico e cancerogeno;
- al controllo di filiera sugli agenti chimici pericolosi per la tutela della salute dei lavoratori e dei consumatori in relazione ai rischi che possono derivare dall'uso di agenti chimici pericolosi non correttamente classificati/etichettati, oppure soggetti a limitazioni d'uso o rilasciati in quantità non consentita da semilavorati e prodotti finiti;
- alla salute delle donne lavoratrici ponendo attenzione non solo ai rischi sulla salute riproduttiva, ma anche al rischio aggiuntivo connesso al doppio carico di lavoro e ad alcune malattie professionali per le quali è ipotizzata una maggiore suscettibilità nella donna (es. dermatosi, disturbi muscolo-scheletrici derivanti da movimentazione manuale dei carichi), agli infortuni ed alla specificità della cinetica delle sostanze tossiche;
- alle specificità della condizione lavorativa dei migranti;
- agli aspetti connessi all'organizzazione del lavoro, che sempre maggiore importanza assume come determinante di infortuni e malattie professionali;
- alla salute e sicurezza nelle strutture sanitarie toscane anche attraverso il coordinamento dei servizi di prevenzione e protezione aziendale ed il coordinamento dei medici competenti;
- a garantire il coordinamento delle attività di prevenzione e sicurezza sul lavoro correlate alla cantierizzazione e realizzazione dei 4 nuovi ospedali (Prato, Lucca, Pistoia e Massa Carrara) tra le aziende USL interessate. La regione, nel corso del triennio, tramite gli uffici della Giunta, assicura la costituzione di una task-force che operi in diretto rapporto con la competente struttura della Giunta regionale. A tal fine vengono previste risorse finalizzate per il potenziamento della struttura di coordinamento regionale e per la promozione di piani e progetti mirati, con il coinvolgimento delle direzioni generali delle Az. USL interessate dagli interventi.

64

Formazione informazione e assistenza

Per rispondere efficacemente alle trasformazioni in atto nel mondo del lavoro è necessario potenziare l'attenzione verso processi formativi che favoriscano o sviluppo di competenze e professionalità dei soggetti coinvolti nel processo produttivo.

La Giunta regionale si impegna ad adottare i provvedimenti finalizzati a realizzare quanto previsto dalla legge n. 123/2007 che prevede la realizzazione di un sistema di governo per la definizione di progetti formativi, iniziative di informazione ed assistenza, con particolare riferimento alle piccole, medie e micro imprese, nei confronti di tutti i soggetti del sistema di prevenzione aziendale, da realizzare con la collaborazione degli enti bilaterali quali rappresentanti delle confederazioni nazionali, delle imprese e dei lavoratori.

La formazione nei dipartimenti di prevenzione

In linea di continuità con le esperienze realizzate dovrà essere assicurata la formazione del personale dei dipartimenti di prevenzione con specifici progetti regionali con l'intento di rafforzare, oltre che le

competenze professionali degli operatori, il carattere multidisciplinare dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione, favorendo scambi di conoscenze, l'integrazione delle competenze e l'omogeneità dei comportamenti. Le attività formative esterne potranno essere rivolte anche a soggetti esterni, facendo riferimento alla realizzazione di piani mirati o a indirizzi regionali.

La promozione di progetti di prevenzione rivolti alla scuola

La promozione e la divulgazione della cultura della salute e della sicurezza sul lavoro dovrà trovare forme di collaborazione nei percorsi di formazione all'interno dell'attività scolastica ed universitaria da realizzarsi nel rispetto delle disposizioni vigenti e dei principi di autonomia didattica con lo scopo di:

- educare i giovani sviluppando piani di intervento volti ad integrare la cultura della sicurezza del lavoro nella formazione scolastica e professionale;
- coinvolgere la scuola ed i centri di formazione professionale in azioni volte a garantire una forza lavoro più sana e sicura.

La Legge n. 123/2007 intende incentivare la realizzazione di attività di prevenzione, di sensibilizzazione in ambito scolastico. La Regione Toscana, a partire dalle esperienze realizzate nella precedente fase di programmazione (Progetti "Sicurezza in cattedra" e "Scuola sicura") svolgerà un ruolo di promozione alla realizzazione di esperienze di prevenzione a livello territoriale tramite Tavoli Interistituzionali, creazione di Reti tra Istituzioni scolastiche, EE.LL., Aziende USL ecc., muovendosi in un'ottica di governance e di sussidiarietà, ed in sintonia con il livello nazionale e con le esperienze più avanzate realizzate in altre regioni. Un'attenzione particolare dovrà essere riservata alla formazione dei docenti in qualità di formatori sui temi della sicurezza, ed alla valorizzazione dei soggetti della prevenzione interni alla scuola. Ciò al fine di ottenere una maggiore ricaduta nelle attività didattiche e di favorire un processo culturale di crescita della cultura della sicurezza all'interno della scuola.

Il ruolo delle Università

La Giunta regionale è impegnata ad adottare iniziative finalizzate ad assicurare che i corsi di laurea riferiti alla professioni tecniche della prevenzione siano sempre più adeguati alle esigenze del servizio sanitario regionale e delle imprese sia per quanto attiene i programmi che per l'organizzazione degli stage formativi. Tale risultato potrà essere conseguito attraverso una forte integrazione tra le facoltà universitarie ed il sistema regionale della prevenzione collettiva.

Tale collaborazione dovrà estendersi anche alle scuole di specializzazione ed ai master attivati nel settore della prevenzione collettiva ed a tutte le facoltà che possono utilmente contribuire alla prevenzione nei luoghi di lavoro.

Collaborazione con il sistema regionale delle politiche formative e lavoro

Nell'ambito di vigenza del presente piano sanitario regionale, anche in relazione agli indirizzi applicativi che emergeranno dai decreti delegati previsti dalla L. 123/07, la Giunta regionale si impegna a favorire iniziative finalizzate ad assicurare la formazione delle figure della prevenzione con particolare riferimento ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione aziendale, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e addetti a compiti speciali.

Informazione ed assistenza

Nell'ambito dell'informazione e dell'assistenza che i servizi sono chiamati a fornire, dovrà essere svolta un'azione di stimolo alle imprese per l'applicazione delle procedure di prevenzione previste dalla normativa vigente che, in base ai risultati dell'indagine sull'applicazione del dlgs. 626/94, sono risultati carenti, soprattutto per quanto attiene la formalizzazione dei compiti dei vari soggetti della prevenzione. Tali attività dovranno prevedere lo sviluppo di sinergie e forme di collaborazione con i comitati paritetici territoriali, espressione delle organizzazioni datoriali e dei lavoratori.

Lo stato di salute dei lavoratori

I dati a disposizione permettono una buona conoscenza dell'andamento del fenomeno infortunistico,

mentre quelli relativi allo stato di salute dei lavoratori ed alle patologie professionali sono assolutamente insufficienti. Le patologie professionali dovute ad un solo fattore di rischio presenti in passato sono sempre meno frequenti mentre emergono con sempre maggiore frequenza patologie dovute alla azione concomitante di più agenti nocivi la cui diagnosi è estremamente difficoltosa. I dati messi a disposizione dall'Ufficio Internazionale del Lavoro affermano che viene diagnosticato un solo caso di decesso dovuto a patologia professionale ogni 80 decessi realmente accaduti. È quindi assolutamente prioritario migliorare le conoscenze sulla patologia lavoro correlata; questo risultato può essere conseguito mediante:

- il potenziamento dei flussi informativi che utilizzi i dati già esistenti con particolare riferimento a quelli proveniente dall'attività dei medici competenti, dei medici specialisti, ospedalieri e territoriali e dei medici di medicina generale, previa definizione di protocolli diagnostici condivisi applicati da tutti i professionisti che operano nel settore sia in ambito privato che pubblico; di particolare importanza può risultare il ruolo dei medici competenti che seguono lo stato di salute di tutti i lavoratori che svolgono mansioni potenzialmente nocive per la salute. In particolare dovranno essere realizzate nell'ambito di vigenza del presente piano iniziative finalizzate a raccogliere le relazioni sullo stato di salute delle singole imprese elaborate su modulistica concordata in maniera da consentire una efficace elaborazione statistica. Verrà inoltre facilitata l'adozione di programmi informatici rispondenti ad indicazioni regionali per ottenere una archiviazione omogenea dei dati. Per il conseguimento di tale obiettivo si prevede la costituzione presso ogni Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL di un *Osservatorio* sullo stato di salute dei lavoratori che avrà il compito di raccogliere i flussi informativi, verificare l'adozione di protocolli diagnostici omogenei, provvedere alla elaborazione epidemiologica dei dati, assicurare la qualità complessiva delle attività di sorveglianza sanitaria svolta;
- l'avvio di progetti di ricerca attiva delle patologie professionali, a partire da quelle ritenute più frequenti quali le affezioni a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, respiratorio, cardiocircolatorio ed i tumori, sulla cui insorgenza esercita un ruolo rilevante l'esposizione professionale. Tali indagini vanno condotte sulla base di progetti a carattere regionale che possono prevedere l'approfondimento di tematiche differenziate nei diversi ambiti territoriali anche in considerazione delle caratteristiche produttive dei territori di competenza delle singole Aziende UU.SS.LL. La ricerca attiva delle patologie professionali passa ovviamente attraverso un'azione di informazione e sensibilizzazione dell'attenzione a singole tematiche e di definizione ed applicazione di protocolli condivisi da parte di tutti i sanitari che possono essere coinvolti (medici PISLL, medici competenti, reparti ospedalieri, medici di base, specialisti, medici INAIL);
- l'approfondimento specialistico del nesso causale esistente per alcune patologie, per lo più di natura oncologica, tra le stesse e l'esposizione lavorativa. A tal fine può essere particolarmente utile la collaborazione con il CSPO, l'ITT, l'ARS e l'Università che in collaborazione con i SPISLL possono condurre ricerche applicate.

66

La Giunta regionale si impegna, entro sei mesi dall'approvazione del PSR, ad elaborare, con il coinvolgimento delle Organizzazioni sindacali, dei Dipartimenti di Prevenzione, delle Categorie Produttive e delle Associazioni dei Professionisti interessate, un piano mirato finalizzato a conseguire gli obiettivi sopra riportati valorizzando il ruolo che il Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali (CeRIMP) deve avere nell'assistenza e supporto a tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto, nell'acquisizione, verifica di qualità ed elaborazione dei dati trasmessi.

Igiene occupazionale

Una parte consistente della patologia professionale è legata ad esposizioni a sostanze potenzialmente tossiche per l'organismo umano; si rende necessario quindi potenziare le iniziative finalizzate ad individuare e quantificare le esposizioni lavorative, sia stimolando e verificando il rispetto della legge 25/2002 da parte delle imprese, che effettuando direttamente determinazioni dell'esposizione negli ambienti di lavoro sfruttando al massimo e potenziando ulteriormente le capacità di risposta delle strutture di Igiene occupazionale presenti nei Laboratori di Sanità Pubblica, che sempre di più devono operare secondo un sistema di rete regionale in grado di fornire risposte altamente specialistiche nei diversi settori. La puntuale determinazione delle esposizioni a sostanze tossiche nelle diverse situazioni lavorative permetterà

la messa a punto di buone prassi finalizzate al loro contenimento, individuando livelli di prevenzione realmente e concretamente attuabili. Un intervento informativo da realizzare con la collaborazione delle forze sociali faciliterà l'applicazione delle buone prassi da parte delle imprese.

Dovrà essere attivata un'azione di controllo/assistenza dei professionisti esterni ai servizi PISLL, che svolgono le misure e le valutazioni del rischio, anche in collaborazione con gli "enti intermedi" interessati (associazioni di imprese e degli stessi professionisti).

Rischi organizzativi ergonomici e psicosociali

Nella realtà toscana, caratterizzata da un quadro infortunistico che pur evidenziando segnali di miglioramento presenta ancora aspetti di criticità e da una forte frammentazione del tessuto produttivo, che vede la presenza di moltissime imprese di piccole e piccolissime dimensioni, dovrà essere sviluppata l'attenzione alla tutela del lavoro per quanto attiene gli aspetti organizzativi, ergonomici e di prevenzione dei rischi psicosociali. Sarà necessario attivare iniziative finalizzate ad aumentare l'attenzione su questi temi, da parte delle imprese toscane, anche attraverso l'attivazione di progetti specifici finalizzati al miglioramento del benessere organizzativo, allo studio di condizioni di lavoro ergonomiche che possono essere diffuse nelle imprese con caratteristiche produttive simili, alla sensibilizzazione delle imprese nei confronti dei rischi psicosociali che possono creare condizioni di grave disagio lavorativo, talvolta di entità tale da non rendere più possibile l'inserimento del lavoratore nel contesto lavorativo. I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende UU.SS.LL. sono pertanto impegnati ad affrontare anche le problematiche connesse con questo fattore di rischio che richiede interventi multidisciplinari e multifunzionali. L'approccio ai rischi psicosociali da parte dei Dipartimenti di Prevenzione deve essere soprattutto di tipo preventivo favorendo la crescita della cultura imprenditoriale con l'adozione di codici di comportamento in grado di prevenire il concretizzarsi dell'evento dannoso. È tuttavia importate anche affinare le capacità diagnostiche dei servizi pubblici di prevenzione, sia attraverso specifici percorsi formativi rivolti agli operatori, che tramite l'attivazione di centri di riferimento regionali.

La Giunta regionale è pertanto impegnata a costituire un centro di riferimento a carattere regionale per l'approfondimento degli aspetti ergonomici ed un centro di riferimento a carattere regionale per le problematiche connesse al disagio lavorativo.

67

Indicatori

Il periodo di vigenza del piano sanitario regionale 2005–2007 è stato caratterizzato da un lavoro intenso sul tema della costruzione degli indicatori e della aderenza dei dati dai quali questi sono calcolati.

Attori principali del servizio sanitario regionale in questo processo, sono stati i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, che, con i loro servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza sui luoghi di Lavoro, hanno contribuito, anche grazie alla collaborazione del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, alla definizione di queste grandezze. Tra gli indicatori delineati:

- frequenza degli infortuni (tassi grezzi e standardizzati);
- copertura del territorio (cantieri edili visitati, unità locali visitate);
- efficienza (Sopralluoghi riferiti al personale impiegato).

Questi ambiti necessitano comunque di ulteriori studi ed approfondimenti a cui si rimanda con atti futuri della Giunta, anche alla luce del progetto regionale miglioramento qualità nei Dipartimenti di Prevenzione che ha individuato per il primo semestre 2008 come obiettivo prioritario l'individuazione di indicatori prestazionali, di qualità gestionale, di qualità tecnica e di risultato per la prevenzione collettiva.

Il raggiungimento degli obiettivi sarà altresì posto in relazione alle risorse dedicate (2% delle risorse del fondo). Tale sistema di indicatori, sia per una migliore definizione delle priorità, sia per una trasparente verifica dei risultati conseguiti deve prevedere un sistematico coinvolgimento delle parti sociali.

Il risultato e la piena, corretta finalizzazione delle risorse sono elementi di valutazione per i Direttori Generali. Entro 120 giorni la Regione definirà: un sistema di valutazione delle modalità con le quali le ASL devono assicurare la completa contabilizzazione dei fattori di costo connessi alle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro e un sistema per disincentivare comportamenti gestionali non coerenti con le finalità sopra indicate.

5.2.3 Igiene degli alimenti e della nutrizione

L'igiene degli alimenti e della nutrizione riveste un ruolo essenziale nell'ambito delle politiche di prevenzione da sempre perseguite dal Sistema Sanitario Regionale. Le competenze nel tempo hanno avuto un'evoluzione graduale, partita dalle semplici attività di vigilanza sulla salubrità di alimenti ed arrivata ad affrontare un sistema complesso, che vede i servizi di prevenzione strettamente interconnessi con il mondo produttivo e dei consumatori, al centro di una rete che deve assicurare in primo luogo la qualità di ciò che si consuma ma anche favorire informazione, educazione alla salute e crescita culturale del sistema agroalimentare.

In un quadro caratterizzato dalla globalizzazione e dalla liberalizzazione dei mercati, dall'introduzione di nuove tecnologie e contemporaneamente dalla salvaguardia delle nostre tradizioni alimentari, gli operatori della prevenzione devono acquisire nuove competenze, rispondere ai mutamenti produttivi, adattarsi a svolgere compiti che richiedono, accanto alle conoscenze professionali di tipo scientifico, anche capacità di comunicazione e di relazione con la realtà della produzione e del consumo.

In questo contesto le strutture di Igiene degli alimenti e della nutrizione, istituite con la riforma del Sistema Sanitario Nazionale (D.Lgs.502/92 e successivi), sono ormai una realtà consolidata e conferiscono un valore qualificante nel panorama della sanità pubblica orientata attivamente a promuovere la salute e il benessere della popolazione, attraverso la puntuale attuazione delle disposizioni comunitarie e la completa integrazione tra le politiche per la salute e le altre politiche territoriali.

Pertanto è necessario che, sia per l'ambito di igiene alimentare che per quello nutrizionale, la Giunta regionale approvi apposite linee che definiscano i contenuti e le modalità di intervento, forniscano strumenti metodologici e criteri uniformi di valutazione delle attività. In particolare deve essere sviluppato lo strumento rappresentato dai Piani Integrati di salute, quanto mai appropriato in questi ambiti in cui gli obiettivi sono raggiungibili solo attraverso il coinvolgimento attivo delle famiglie, delle istituzioni scolastiche, dei Comuni e delle Associazioni dei consumatori e di categoria.

68

Igiene della nutrizione

Gli aspetti prioritari sono sviluppati nel successivo paragrafo "Alimentazione e salute" e sono soprattutto focalizzati sulle attività di:

- sorveglianza nutrizionale, quale strumento attraverso il quale descrivere lo stato nutrizionale della popolazione e le patologie correlabili con la dieta;
- promozione di abitudini alimentari e stili di vita corretti da perseguire attraverso azioni di informazione mirate alla promozione di consapevolezza e sviluppo delle capacità di cambiamento.

Accanto ai tradizionali interventi di monitoraggio sui menù e di valutazione dei capitolati di appalto in ambito scolastico devono essere sviluppati metodi, strumenti, linguaggi efficaci e mirati. Gli obiettivi individuati sono i seguenti:

- 1) prevenire lo sviluppo del sovrappeso in soggetti di peso normale;
- 2) prevenire la progressione verso l'obesità di soggetti già in sovrappeso;
- 3) prevenire il recupero del peso in soggetti che hanno affrontato con successo un trattamento per la perdita di peso.

Di conseguenza, i destinatari degli interventi di prevenzione sono:

- 1) la popolazione generale (prevenzione universale);
- 2) i gruppi a rischio più elevato (prevenzione selettiva);
- 3) gli individui a rischio più elevato (prevenzione mirata).

La combinazione delle tre strategie rappresenta il modo più efficace di organizzare l'intervento di sanità pubblica. In tutti i target devono essere conseguiti risultati nell'ambito dell'incremento della attività fisica e del controllo dei consumi alimentari.

La strategia di prevenzione universale deve avere inizio dalle epoche più precoci, ossia a partire dalla prima infanzia ed indipendentemente dal livello di rischio.

La strategia di prevenzione selettiva sarà diretta ai gruppi a più alto rischio individuati sulla base di fattori di rischio: età (es: periodo prepuberale, adolescenza, prima età adulta); sesso (femminile); razza, gruppo etnico, status socioeconomico; dati epidemiologici di popolazione che riportano prevalenza di obesità, morbosità e mortalità per malattie cronico degenerative; abitudini alimentari e stile di vita (consumo di grassi >40%, consumo di frutta e verdura < 200 g/die).

Le informazioni esistenti suggeriscono pertanto di indirizzare gli interventi di prevenzione selettiva verso: i bambini, gli adolescenti, gli adulti in sovrappeso, le donne in gravidanza e in menopausa.

La strategia di prevenzione mirata è diretta agli individui a rischio, caratterizzati in base ad indicatori biologici (familiarità per obesità, diabete, dislipidemie) e comportamentali. Ad esempio i bambini in sovrappeso con genitori obesi sono da ritenersi ad alto rischio di obesità.

Gli interventi di prevenzione selettiva e mirata possono utilizzare in parte gli stessi canali e materiali usati nella prevenzione universale, da supportare con iniziative sociali e con strategie di counseling nutrizionale. A tutti i livelli devono essere selezionati strumenti e metodi che agiscano non solo sul livello di informazioni possedute, ma sulla loro concreta applicazione nella vita quotidiana.

La Giunta regionale, con proprio atto, fornisce le linee di indirizzo individuando i target di intervento, gli strumenti da adottare e le misure con cui valutare l'efficacia di quanto attuato.

I Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) sono i servizi deputati a mettere in atto strategie di prevenzione nutrizionale, coinvolgendo tutti gli attori interessati e valutando l'efficacia delle azioni svolte.

Per questo i SIAN avranno un ruolo importante nei Piani Integrati di Salute, che si dovranno necessariamente confrontare con le evidenze epidemiologiche ed i bisogni espressi dai cittadini in questo ambito.

Esigenze irrinunciabili sono le seguenti:

- integrazione con il territorio;
- coordinamento degli interventi;
- formazione continua degli operatori.

Igiene degli alimenti

Gli aspetti prioritari sono sviluppati nel successivo capitolo "Sicurezza alimentare" e si incentrano sui nuovi Regolamenti Comunitari, che richiederanno un ulteriore grande sforzo culturale e organizzativo ai Dipartimenti di Prevenzione per la loro applicazione sul campo. L'attività di vigilanza e controllo, cardine del sistema che garantisce la salubrità dei prodotti, deve quindi adeguarsi alle novità normative e soprattutto rimanere al passo con i progressi scientifici, utilizzando gli strumenti più adeguati per la programmazione quali la valutazione e la comunicazione del rischio. I Laboratori di Sanità Pubblica devono completare il processo di accreditamento richiesto dal D.Lgs.156/97, ricercando la massima integrazione con le altre strutture di controllo.

La Giunta regionale fornisce attraverso il Programma pluriennale regionale, che dovrà interfacciarsi con il relativo Piano nazionale, gli indirizzi programmatici più puntuali. Si ritiene di individuare alcuni ambiti specifici in considerazione di alcune novità normative già presenti o in via di definizione, attività da effettuare in collaborazione e coordinamento con le altre Unità Funzionali del Dipartimento di Prevenzione competenti:

- produzione e vendita di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare, con riguardo a quelli per la prima infanzia;
- attuazione e monitoraggio sugli alimenti contenenti allergeni di cui alle direttive CE 89/2003 e 77/2004 recepite con D.lgs. 114/2006;
- indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari di cui al regolamento CE 1924/2006 e sugli alimenti "fortificati" di cui al regolamento CE 1925/2006;
- utilizzo ed impiego di prodotti fitosanitari;

- autorizzazione e sorveglianza sui laboratori che effettuano analisi per l'autocontrollo;
- agriturismo di cui alla L.R. 30/2003 e al suo regolamento di applicazione;
- monitoraggio sull'applicazione della L.R. 38/2004 "Norme per la disciplina della ricerca, della coltivazione e sull'utilizzazione delle acque minerali, di sorgente e termali".

Le attività di vigilanza di cui sopra saranno eseguite sulla base di linee guida e modelli regionali al fine di disporre di dati confrontabili ed aggregabili, con la predisposizione di report finali di livello aziendale e regionale.

Certificazione e Miglioramento della Qualità delle strutture Igiene Alimenti e Nutrizione

Il settore ha quale obiettivo principale il raggiungimento della certificazione, a norma ISO 9001:2000, per l'anno 2008 da parte delle strutture territoriali del settore in questione, coerentemente con il percorso intrapreso dalla Sanità Pubblica Veterinaria a partire dall'anno 2006 e come previsto nell'ambito del progetto di miglioramento della Qualità promosso da parte della Regione Toscana (D.D. n.6758 del 29.11.2005) che è compiutamente in fase di attuazione da parte strutture appartenenti all'Igiene Alimenti & Nutrizione delle Aziende Sanitarie toscane.

Sviluppo di modelli di miglioramento della qualità e di condivisione della conoscenza in ambito della Prevenzione

Lo sviluppo di sistemi di miglioramenti della Qualità nell'ambito delle strutture dell'Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti della Prevenzione delle Az.UU.SS.LL. toscane rappresenta un argomento di rilevante interesse per la struttura regionale del Settore Igiene Pubblica. Ciò richiede un forte impegno da parte di questa organizzazione al fine della realizzazione del processo di allestimento e sviluppo di sistemi di qualità in coerenza con le prospettive di crescita strategica regionale, sia per favorire l'attuazione degli obblighi recentemente imposti dall'Unione Europea in materia di igiene degli alimenti sia per promuovere la circolazione delle informazioni e delle conoscenze e supportare la rete delle strutture sanitarie.

I principali obiettivi di risultato attesi dall'attuazione del progetto nel triennio di vigenza del Piano sono i seguenti:

- attivazione di un sistema di supporto finalizzato al coordinamento e all'indirizzo delle strutture SIAN delle Az.UU.SS.LL. toscane per la definizione di un modello di miglioramento continuo della qualità, per il raggiungimento della certificazione ISO9001 VISION 2000 e la definizione dei requisiti specifici di accreditamento regionale;
- attivazione di un sistema di verifica Ispettiva della qualità (Audit) per il Settore Igiene Pubblica della Regione Toscana;
- individuazione di un modello che favorisca lo sviluppo della "cultura della rete", supportato dalle nuove tecnologie, tra professionisti che operano nel settore sanitario.

5.2.4 Alimentazione e salute

Sulla base di quanto realizzato con il precedente Piano Sanitario Regionale vengono individuati i seguenti obiettivi per la prosecuzione del progetto "Alimentazione e salute":

- prosecuzione della sorveglianza nutrizionale, secondo progetti regionali e studio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC);
- partecipazione ai progetti interregionali promossi dal Centro Controllo Malattie (CCM) in tema di alimentazione e salute;
- applicazione delle linee guida già approvate dall'apposito gruppo di lavoro, e in particolare:
 - realizzazione di progetti mirati di promozione di stili di vita salutari;
 - promozione dell'attività fisica;
 - promozione dell'allattamento al seno;
 - valutazione dell'efficacia dei progetti e individuazione delle best practice;
 - creazione in tutte le ASL di un percorso assistenziale per il soggetto obeso.

Un ruolo di rilievo sarà svolto dal Piano Integrato di Salute, quale strumento di programmazione condivisa e integrata, in cui gli attori, ovvero il sistema sanitario locale, i comuni, la scuola, le associazioni dei cittadini, il volontariato, il terzo settore ecc. sono chiamati a convergere su obiettivi prioritari che incidono sul comportamento volto al mantenimento dello stato di salute e benessere.

Nell'ambito del percorso assistenziale per il soggetto obeso le strategie dovranno prevedere il raccordo con il coordinamento regionale e di area vasta dei Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.)

- Applicazione della deliberazione della G.R. n. 279 del 18.4.2006 “Linee di indirizzo per la rete integrata di servizi per la prevenzione e la cura dei DCA” ed in particolare:
 - completare la rete integrata fra ASL e Aree Vaste dei servizi per la cura e la prevenzione dell’obesità e dei D.C.A. ;
 - valutare l’opportunità di avviare la sperimentazione di una struttura residenziale terapeutico riabilitativa specificatamente dedicata ai DCA;
 - favorire il coordinamento delle azioni a livello di area vasta e regionale per superare la frammentazione degli interventi e per garantire percorsi integrati con il coinvolgimento di tutti i soggetti della rete compreso le Associazioni di volontariato ed i gruppi di auto aiuto;
 - monitorare l’attuazione delle linee guida su tutto il territorio regionale attraverso i livelli di coordinamento di Area Vasta e regionale;
 - promuovere il coordinamento di modalità di prevenzione nell’ambito della salute psichica;
 - sperimentare modalità di cura attraverso terapie complementare in giovani pazienti affetti da DCA;
 - promuovere azioni di sensibilizzazione e informazione sul tema in collaborazione con le Associazioni di volontariato e i gruppi di auto aiuto presenti sul territorio, anche attraverso l’organizzazione di un evento regionale;
 - promuovere la valutazione del rischio nutrizionale al momento dell’ammissione in ospedale.

Tali progetti saranno inseriti e armonizzati nell’ambito di progetti nazionali, in particolare con il Piano Nazionale Prevenzione e “Guadagnare Salute”.

71

5.2.5 Sicurezza alimentare

Sulla base di quanto realizzato con il precedente Piano Sanitario Regionale vengono individuati i seguenti obiettivi per la prosecuzione del progetto “Sicurezza alimentare”.

Il governo istituzionale del sistema

Nel corso del vigente Piano occorre consolidare il sistema di relazioni definito dalla Delibera n. 412 del 5 giugno 2006 attraverso:

- la definizione e l’entrata in vigore entro il 2008 delle nuove procedure autorizzative per il riconoscimento degli stabilimenti a bollo CE;
- la ridefinizione nel triennio, secondo i criteri di snellimento burocratico, di cinque atti di competenza regionale inerenti i sistemi autorizzativi e gestionali delle imprese operanti nel settore della sicurezza alimentare;
- la definizione di almeno tre linee guida inerenti la produzione primaria.

Il governo tecnico operativo del sistema

Nel corso del triennio si punta a migliorare i risultati conseguiti attraverso:

- la certificazione entro il 31 dicembre 2008 del sistema regionale di controllo degli alimenti (Sanità Pubblica Veterinaria e Igiene degli Alimenti e Nutrizione);
- la implementazione del Piano Pluriennale previsto dal regolamento 882/2004 standardizzando i sistemi di vigilanza e campionamento secondo criteri di valutazione del rischio connesso agli allevamenti ed alle imprese;
- il consolidamento e lo sviluppo del sistema di audit regionale della Sanità Pubblica Veterinaria e dello

IAN secondo le procedure indicate dalle normative comunitarie. Il sistema degli audit rappresenta uno strumento di verifica delle attività svolte dai vari soggetti privati e pubblici che operano lungo la catena alimentare. Le procedure degli audit codificate con la Decisione 2006/677/CE del 29 settembre 2006 richiedono di comunicare ai cittadini gli esiti degli stessi audit. Nel triennio proseguirà l'attività di audit definendo in maniera dinamica il "Profilo di rischio Regionale e Aziendale" derivante dall'analisi delle attività degli organismi aziendali, regionali, nazionali ed internazionali. Nel corso del primo anno di vigenza del Piano con apposito atto di Giunta saranno definite le procedure regionali degli audit della loro pubblicazione sul sito web della Regione;

- la standardizzazione entro il 31 dicembre 2008 dei flussi informativi relativi al sistema di allerta e al sistema di rilevamento delle tossinfezioni alimentari, anche attraverso un rafforzamento delle azioni interdisciplinari tra lo IAN e la Sanità Pubblica Veterinaria;
- lo sviluppo di studi epidemiologici mirati a identificare per tipologia di attività le principali cause di tossinfezioni in termini di germi coinvolti e di errori di produzione/conservazione definendo al contempo procedure di prevenzione ed i relativi sistemi di comunicazione e informazione;
- lo sviluppo di una sempre più stretta collaborazione con iniziative di informazione e controllo effettuate tramite le Associazioni dei cittadini-utenti e altri soggetti coinvolti mirato alla riduzione delle tossinfezioni di origine casalinga;
- riorganizzazione nel triennio della rete dei Laboratori deputati al controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

Il governo formativo/informativo

Si punta nell'arco della vigenza del Piano a:

- definire e rendere usufruibile entro il 31 dicembre 2008 di concerto con le associazioni dei consumatori, le Organizzazioni di categoria e professionali i contenuti, le modalità gestionali della sezione del sito web regionale dedicato alle "Allerta Alimentari" in grado di fornire in caso di emergenze sanitarie, ai cittadini toscani e al sistema delle imprese in tempo reale informazioni istituzionali e sanitarie;
- costituire nell'ottica della politica regionale orientata all'eccellenza e sulla base della Convenzione sottoscritta dalla Regione Toscana con la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Ateneo di Pisa e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana il "Centro Regionale per la Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare".

Il "Centro" con sede presso la Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa, avrà per finalità il miglioramento delle competenze specifiche in questo settore strategico, attraverso il potenziamento e l'ottimizzazione delle risorse offerte dagli enti pubblici e privati coinvolti.

Il "Centro", per la formazione gestionale aziendale si correlerà al laboratorio MES della scuola S. Anna di Pisa.

Funzioni del "Centro" sono: rafforzamento dei rapporti d'interscambio fra le parti interessate; connessione con le reti d'eccellenza regionali, nazionali ed internazionali; monitoraggio dei bisogni formativi; valutazione delle competenze specifiche; progettazione e gestione di eventi formativi; servizio di consulenza e supporto nel campo della formazione professionale per le imprese e le Organizzazioni Professionali e di Categoria.

5.2.6 Sanità Pubblica Veterinaria

La Sanità Pubblica Veterinaria nel corso del triennio di vigenza del PSR 2005–2007 ha consolidato il sistema organizzativo sia a livello centrale che territoriale; sono state adeguate le norme regionali in materia di sicurezza alimentare ai cambiamenti normativi derivanti dal "Pacchetto Igiene" anche attraverso il ruolo di direzione svolto nell'ambito della Conferenza Stato–Regioni.

I risultati di salute per i cittadini toscani quale indicatore degli interventi di sorveglianza e vigilanza sull'intera filiera della produzione di alimenti di origine animale possono essere misurati con la significativa diminuzione delle tossinfezioni alimentari.

Gli audit effettuati da organismi internazionali e nazionali nella Regione, hanno evidenziato un alto li-

vello di efficienza del nostro sistema di controlli in grado di garantire la salute dei cittadini toscani e di assicurare alle imprese esportatrici elevati standard sanitari indicando al contempo i margini di miglioramento in particolare sul versante della omogeneizzazione territoriale e nella integrazione con i sistemi di controllo degli alimenti di origine vegetale.

Sulla base dei risultati raggiunti e delle criticità emerse sono state individuate le seguenti dieci opzioni strategiche:

1. **salute animale e prevenzione delle zoonosi:** nel triennio 2008–2010, accanto al consolidamento delle anagrafi delle varie specie animali, sarà completato il risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi, dalle brucellosi e dalla Leucosi Enzootica Bovina; saranno mantenute le qualifiche sanitarie già acquisite e sarà completato il risanamento nelle Province di Arezzo e Firenze e Massa. Tale risultato costituisce un fattore di tutela della salute pubblica, di prestigio ed economicità per le aziende zootecniche e permette alle aziende sanitarie una razionalizzare delle risorse dedicate. Particolare attenzione sarà posta alle strategie di controllo delle malattie infettive/stive presenti sul territorio regionale, emergenti o riemergenti ed in particolare per le malattie zoonotiche e per quelle trasmesse da vettori. È obiettivo del presente Piano la riduzione della prevalenza della scrapie negli allevamenti ovi-caprini e il conseguimento della qualifica di territorio regionale indenne da trichinosi. Nel corso della di vigenza del Piano sarà effettuato uno studio retrospettivo tra i casi di echinococcosi-*idatidosi* identificati in Toscana e i casi nella specie umana;
2. **il controllo degli alimenti di origine animale**, collegato alle azioni previste dal progetto “Sicurezza Alimentare”, deve prevedere una forte integrazione con la componente SIAN del Settore Igiene Pubblica definendo programmi annuali di vigilanza e controllo basati sul principio della unitarietà delle azioni e la programmazione sulla base della categorizzazione del rischio delle imprese e dell’analisi del rischio secondo criteri organizzativi concordati con il livello territoriale; tale procedura riguarderà anche il controllo degli alimenti zootecnici. In base alla analisi epidemiologica delle attività di controllo svolte, saranno avviati piani straordinari su specifiche matrici o filiere;
3. **le informazioni sanitarie** costituiscono la base per le attività epidemiologiche e per la programmazione regionale ed aziendale. Tali informazioni devono essere integrate con le altre banche dati regionali e della pubblica amministrazione e rese disponibili alla “platea degli utenti” pubblici e privati. Sulla base del lavoro preliminare definito nell’ambito della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà nel corso della vigenza del Piano sarà strutturato e reso operativo un sistema unico regionale per la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare basato su tecnologia web che sostituirà recuperandone le informazioni gli attuali sistemi presenti nelle aziende sanitarie;
4. **le politiche di intersectorialità** hanno permesso di creare relazioni di sistema con gli altri settori della Regione ed in particolare con la Direzione Generale Sviluppo Economico, e con le Organizzazioni agricole e Professionali che si sono fatte carico dei processi di ristrutturazione delle aziende agricole toscane. Nell’ambito dei percorsi di salute previsti dal presente Piano e della promozione dei prodotti a Km 0, si intende promuovere gli aspetti sanitari delle filiere corte e la integrazione nei progetti “Guadagnare salute”;
5. la Provincia di Grosseto costituisce il territorio con il più significativo patrimonio zootecnico della Toscana svolgendo peraltro specifiche azione progettuali di supporto del livello regionale. Pertanto viene ribadita la scelta, già prevista dal precedente Piano, di destinare specifiche risorse per le attività sanitarie da svolgere nel “**distretto rurale grossetano**”;
6. l’Istituto Zooprofilattico, attraverso la propria rete di laboratori accreditati ai sensi della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005 e Centri di riferimento regionali e nazionali contribuisce a perseguire gli obiettivi del presente Piano in ordine a: sicurezza alimentare, salute animale e tutela dell’ambiente. Nel corso del triennio di vigenza del piano proseguendo le azioni già attuate saranno attivati i seguenti progetti:
 - “Salute delle acque e prodotti ittici” a partire dalle specifiche funzioni attribuite al laboratorio di ittiopatologia di Pisa si intende costruire una rete di competenze integrate tra Soggetti del SSR, Assessorati competenti in materia di Ambiente e Sviluppo Economico ed i laboratori ARPAT e di Sanità Pubblica al fine di gestire ognuno per le specifiche competenze ma in maniera unitaria azioni di monitoraggio e sorveglianza, di gestione delle emergenze, di formazione, di condivisione delle

banche dati e di comunicazione ai cittadini;

- progetto per l'applicazione del risk assessment nel settore del controllo degli alimenti di origine animale, mangimi e allevamenti;
- progetto di sviluppo dell'impiego delle medicine complementari in medicina veterinaria attraverso il centro studi per le terapie alternative e tutela del benessere animale presso la Sezione di Arezzo.

7. le **imprese alimentari toscane** per qualità sanitaria dei loro prodotti e per il valore aggiunto del "made in Tuscany" hanno aumentato la loro presenza sui mercati comunitari ed internazionali con significative presenze anche nei Paesi asiatici. Importanti collaborazioni tecniche sono state avviate tra Regione Toscana, Facoltà di Medicina Veterinaria di Pisa, IZS delle Regioni Lazio e Toscana e la Provincia di Guangxi della Repubblica Popolare Cinese. Tale collaborazione, anche in virtù della presenza in Toscana della più numerosa comunità cinese in Italia, è inserita nell'ambito della garanzia sanitaria degli alimenti e costituisce una potenziale base per ulteriori collaborazioni di tipo sanitario e commerciali. Nella prima fase di vigenza del Piano saranno definite le modalità di collaborazione tra la Regione e la Provincia di Guangxi che sarà sviluppata nel prosieguo del Piano sui contenuti di scambio di conoscenze sanitarie e di sviluppo degli interscambi.

8. i **Centri di riferimento**: Sono cresciute nel sistema regionale specifiche competenze professionali in termini di conoscenza, di capacità operativa e di relazioni. Tali competenze, sono utilizzate dalla Regione come supporto alla propria attività di programmazione e verifica. Si ritiene di organizzare tali competenze quali "Centri di riferimento" previo accreditamento da parte di una specifica commissione terza. Per acquisire tale qualifica dovranno essere definiti criteri strutturali, scientifici ed organizzativi generali e criteri legati alla specifica richiesta. I Centri, definiti nell'ambito delle attività strategiche del presente Piano, opereranno in stretto rapporto gerarchico con il Settore competente della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà e per le funzioni svolte potranno acquisire risorse dedicate. Dovranno garantire: a) attività di supporto per la programmazione e la verifica del livello regionale b) costituire un interfaccia operativo e di omogeneizzazione con le altre aziende sanitarie c) essere strumento di sviluppo e innovazione per la Regione Toscana d) essere interfaccia per le categorie economiche e professionali e) essere interfaccia per i cittadini consumatori.

9. il **benessere animale e farmaci ad uso veterinario**: costituisce uno degli elementi del nuovo sentire della collettività. Gli interventi in tale ambito, nel garantire che le modalità di allevamento siano rispettose dei principi di protezione degli animali, rappresentano uno dei fattori che concorrono alla sicurezza alimentare. Una adeguata gestione degli animali in allevamento è garanzia di un migliore stato sanitario.

I progetti regionali riguardanti il benessere degli animali zootecnici saranno sottoposti a valutazione di risultato e riprogrammati con particolare attenzione al benessere durante il trasporto. Analogamente a tutela della salute umana e del benessere degli animali sarà obiettivo del Piano la definizione di un programma straordinario di controllo sulla commercializzazione del farmaco veterinario.

10. le **attività di Igiene Urbana Veterinaria**, mirano alla tutela della salute umana, al controllo del randagismo, alla promozione di una equilibrata coesistenza uomo animale. Infatti, le competenze in materia non sono strettamente veterinarie, ma spesso investono anche altri enti in particolare i Comuni. Gli inconvenienti derivati hanno spesso un forte impatto mediatico coinvolgendo, oltre ai soggetti istituzionali, anche l'associazionismo animalista, le associazioni di categoria nonché i singoli cittadini. Attualmente l'Igiene Urbana Veterinaria è una branca della Sanità Animale dalla quale dipende sia professionalmente che funzionalmente, ma essendo un settore emergente e come detto non completamente di competenza veterinaria, spesso viene penalizzato nella destinazione delle risorse e nella programmazione delle attività, in contrasto con una sempre maggiore richiesta di attenzione alle problematiche ad essa connesse. Nel corso del triennio di vigenza del nuovo PSR, anche alla luce degli impegni normativi che il Consiglio Regionale si appresta a promulgare in materia, verranno esaminati anche gli aspetti di assetto organizzativo connessi alla necessità di assicurare a questa attività le migliori condizioni per operare.

5.2.7 Sport e salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha richiamato l'attenzione sulla sedentarietà quale problema sanitario emergente, sottolineando che ormai numerose evidenze scientifiche dimostrano come l'attività fisica fornisca, a tutti gli individui, sostanziali benefici sanitari, psicologici e sociali.

Ambito ideale per la promozione dell'attività fisica risultano essere i Piani Integrati di salute, vista la necessità di uno stretto coordinamento e concorso di molti soggetti ed Istituzioni.

In accordo con quanto previsto nel Piano Regionale dello Sport, per favorire l'attività fisica quale corretto stile di vita è necessario intraprendere azioni per:

- realizzare e rendere fruibili le infrastrutture per svolgere attività motoria e sportiva, promuovendo e valorizzando in particolare l'attività non agonistica;
- consolidare nella popolazione giovanile la cultura dello sport come strumento per il mantenimento del benessere psicofisico della persona anche in età adulta;
- promuovere manifestazioni ed iniziative volte a coinvolgere la popolazione e a farla aderire ai programmi che le comunità locali e le associazioni vorranno organizzare;
- creare le condizioni per favorire una maggiore attività fisica degli anziani, delle donne, dei disabili e degli immigrati.

La L.R. 9 luglio 2003 n.35 "Tutela sanitaria dello sport" ed il successivo atto di indirizzo approvato con deliberazione della G.R. 17 maggio 2004 n.461 forniscono precise disposizioni in questo senso.

La Medicina dello sport, ormai inserita all'interno del Dipartimento di Prevenzione, con evidenti finalità di disciplina preventiva, deve sviluppare gli aspetti di educazione all'attività motoria di tutta la popolazione e la valutazione dei soggetti praticanti attività agonistiche e professionistiche con i seguenti obiettivi:

- l'avviamento alle attività fisiche e motorie di quelle fasce e di quei gruppi di popolazione che non svolgono alcuna pratica motoria;
- lo sviluppo delle iniziative già in essere per migliorare il livello di salute dei soggetti che praticano attività sportiva;
- la prosecuzione delle azioni di prevenzione e contrasto al fenomeno doping.

75

In relazione a quest'ultimo punto si segnala il raggiungimento dell'Accreditamento nazionale (primo in Italia) rilasciato dall'Istituto Superiore di Sanità al Laboratorio Regionale Antidoping della Toscana collocato presso il Laboratorio di Sanità Pubblica di Firenze;

- l'utilizzazione della "Sport terapia" come strumento terapeutico in soggetti affetti da patologia nei quali l'esercizio fisico può essere utilizzato come "farmaco".

Negli ultimi anni la Medicina dello Sport si è infatti caratterizzata come disciplina specialistica polivalente che opera nell'ambito di attività valutative multidisciplinari, che vanno ben oltre la semplice visita di idoneità sportiva, come avveniva in precedenza.

Esiste infatti l'evidenza primaria che l'attività fisica regolarmente praticata è in grado di proteggere contro le malattie cardiovascolari e di avere effetti benefici su fattori di rischio ancora modificabili quali l'ipertensione lieve moderata, la dislipidemia, la resistenza all'insulina, l'obesità, le malattie osteoarticolari, ma anche nei confronti dei tumori, che tanto incidono sulla morbilità e mortalità nella popolazione generale. Ma esistono anche forti evidenze di come l'attività fisica possa essere considerato un intervento terapeutico di prima scelta in moltissime patologie croniche.

Le attività di medicina dello sport dovranno quindi svilupparsi su campi di applicazione e ricerca che permettano, al fine di prevenire eventuali effetti collaterali, la valutazione degli effetti dell'attività fisica nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi e consentano la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico sportiva.

In particolare, nell'ottica del perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e miglioramento della qualità, verrà effettuata dalle UU.FF. di Medicina dello Sport una revisione dei protocolli di valutazione al fine di eliminare le prestazioni di scarsa o nulla utilità, che non hanno ricadute positive di salute.

Gli obiettivi prioritari per il triennio di vigenza del Piano sono:

- il consolidamento dell'implementazione dell'anagrafe degli atleti, istituita con la delibera della G.R. 19/12/2005, n. 1247;
- la prosecuzione del programma di sorveglianza sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico, istituito con la delibera della G.R. 19/06/2006, n. 445;
- la conclusione della fase sperimentale del Secondo Programma triennale per i controlli antidoping di cui alla delibera della G. R. 16/10/2006, n. 741 e l'avvio del successivo Programma definitivo di controlli ufficiali, da adottarsi con specifico atto normativo, che preveda:
 - a) l'organizzazione di eventi e campagne per la formazione, l'informazione e l'aggiornamento degli atleti, dei genitori, degli allenatori e preparatori atletici, degli insegnanti, dei Pediatri di Famiglia e dei Medici di Medicina Generale;
 - b) la promozione di progetti, sul modello del "Patto di Sesto", al fine di operare una forma di controllo etico e di sviluppo di azioni destinate ad Enti locali ed al Mondo sportivo, volte all'impiego delle strutture finalizzate alla promozione di iniziative di apertura ai soggetti svantaggiati e di contrasto delle condizioni culturali che alimentano il doping;
 - c) il mantenimento della rete di relazioni con le Federazioni e le Società Sportive, gli Enti di Promozione Sportiva e le Istituzioni scolastiche, attraverso i lavori della Commissione regionale di coordinamento, per concordare strategie comuni e per l'effettuazione dei controlli analitici in accordo con la Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive del Ministero della Salute;
 - d) lo sviluppo delle attività analitiche del Laboratorio Regionale Antidoping, in funzione anche del suo ruolo di laboratorio regionale di riferimento per la Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive del Ministero della Salute;
 - e) lo sviluppo della Valutazione di categorie "a rischio" per l'attività sportiva: alcune patologie di carattere cardiovascolare metabolico, respiratorio, osteoarticolare e tumorale sono infatti attualmente in forte aumento nella popolazione attiva. In questi soggetti, l'attività sportiva non è controindicata, anzi può essere considerata anche un valido presidio "terapeutico". Ne consegue che la valutazione medico-strumentale deve essere in grado di permettere a questi soggetti di svolgere attività sportiva nel più sicuro dei modi;
 - f) il monitoraggio degli effetti di attività fisica prolungata in particolari categorie di soggetti. L'attività fisica prolungata e intensa può in alcuni gruppi di soggetti-giovani in fase di accrescimento, anziani ed obesi, produrre effetti collaterali potenzialmente negativi fino ad oggi non sufficientemente chiariti.

76

5.2.8 Medicina legale

I servizi di medicina legale si trovano ad affrontare mutamenti profondi a causa di molteplici fattori, che hanno agito esternamente ed internamente al servizio sanitario regionale. Si pensi al complesso principio d'autonomia decisionale, che ha riflessi profondi in campo etico, deontologico, giuridico e medico legale e che ha trasformato il tradizionale rapporto medico-paziente e quello del servizio sanitario-utente, cambiando il quadro d'intervento dei servizi sanitari da monodisciplinare a multidisciplinare o spesso a multiprofessionale. Questo ha portato alla richiesta di percorsi e prestazioni appropriate nel quadro più complesso di un'organizzazione sanitaria costruita su percorsi assistenziali, dove la centralità dell'utente significa la realizzazione del consenso informato e degli altri diritti fondamentali che fanno capo alla persona umana per tutto il percorso assistenziale.

In questo quadro la medicina legale è ormai chiamata non più solo ad erogare prestazioni, ma ad agire su aree di lavoro complesse, quali quelle della tutela dei disabili, della sicurezza sociale, della certezza dell'accertamento della morte, del diritto al lavoro, della bioetica, della tutela dei diritti dei cittadini, della formazione degli operatori sanitari, dell'appropriatezza delle prestazioni e della prevenzione dei conflitti e gestione del contenzioso professionale, attualmente prevalentemente ospedaliero.

La medicina legale agisce pertanto all'interno dell'organizzazione sanitaria con una funzione trasversale, assicurando il proprio intervento in ambito territoriale ed ospedaliero e a favore di tutti i settori dell'organizzazione aziendale.

Costituiscono obiettivi specifici per il triennio:

- razionalizzare e ridurre i tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap e la disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e comunque nel rispetto delle normative vigenti;
- unificare e semplificare, sul territorio regionale, le procedure di accertamento sanitario di invalidità civile, cecità e sordomutismo, handicap ai sensi della legge 9 marzo 2006, n. 80 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione”);
- realizzare un sistema di comunicazione telematica, volto alla semplificazione dei procedimenti amministrativi in materia di invalidità civile, tramite la cooperazione dei sistemi informativi della Regione Toscana, Aziende Sanitarie, Amministrazioni Comunali, INPS, ognuno per la parte di propria competenza. (Progetto operativo invalidità civile–Delibera G. R. n. 381 del 29.05.2006);
- promuovere l'accoglienza e l'informazione al cittadino al momento della presentazione della domanda di accertamento sanitario sulla base di un progetto unificato regionale;
- mantenere una costante partecipazione ai Comitati Etici Aziendali;
- garantire l'attività di consulenza medico legale nelle singole Aziende Sanitarie tramite gli Osservatori Medico Legali Aziendali, coordinati tra loro a livello di Area Vasta ed afferenti al coordinamento dell'Osservatorio Regionale Permanente sul Contenzioso, in collaborazione costante e continua con U.O. Affari Legali, Ufficio Relazioni con il Pubblico, Difensore Civico Regionale, Sistema Gestione Rischio Clinico con sviluppo dei collegamenti con le strutture interessate delle Aziende Sanitarie ed in specie delle Strutture Ospedaliere anche a fine di prevenzione dei conflitti;
- istituire secondo le finalità contrattuali assicurative di Area Vasta, i nuclei per la valutazione della sinistrosità e del contenzioso allo scopo di monitorare e presidiare i legittimi diritti risarcitori nella logica di un corretto utilizzo delle risorse assicurative e in armonia con i principi di equità deontologica nei confronti delle parti interessate, favorendo risoluzioni stragiudiziali;
- sviluppare le collaborazioni nell'ambito delle attività di accertamento della morte cerebrale;
- sviluppare le collaborazioni nell'ambito dell'organizzazione e coordinamento delle attività di medicina necroscopica

77

Le attività innovative da svolgere sono pertanto:

- messa a punto di approcci per la valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte, al fine di poter ottenere nel corso di un'unica visita collegiale, su richiesta dell'interessato, accertamento e valutazione per l'invalidità civile, handicap e collocamento al lavoro (L. 68/99), anche attraverso l'adozione di linee guida e protocolli, ai quali dovranno far riferimento le commissioni medico-legali deputate all'accertamento;
- messa a punto, anche a carattere sperimentale, della cartella medico-legale unica nella prospettiva che venga istituita in ogni azienda;
- attuazione della normativa regionale, al fine di ridurre gli adempimenti sanitari e burocratici per il conseguimento dei benefici inerenti lo stato invalidante, per aumentare l'omogeneità di comportamenti e procedure sul territorio regionale, per promuovere percorsi formativi e di aggiornamento professionale mirati ad ottimizzare la qualità del lavoro e quindi al raggiungimento di standard di efficienza ed efficacia;
- facilitazione ai Comuni dell'acquisizione telematica in tempo reale dei verbali di invalidità civile al fine di velocizzare l'istruzione della pratica e conseguire risparmi amministrativi;
- definizione di protocolli legati all'accoglienza ed informazione al cittadino che presenti istanza di accertamento, anche con la produzione di documentazione divulgativa da consegnare al richiedente, come da progetto regionale;
- collaborazione della Medicina Legale nei Comitati Etici e con gli Uffici Relazioni con il Pubblico per lo sviluppo dei contenuti deontologici della formazione del personale e nell'esame delle criticità presentate dall'organizzazione sanitaria in rapporto ai percorsi assistenziali e alla diffusione della cultura della tutela dei diritti fondamentali dell'utente del Servizio Sanitario con finalità di miglioramento del rapporto medico utente;

- consulenze per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico, educazione sanitaria e bioetica, nonché costante raccordo con i reparti di degenza nelle sede ospedaliera per supportare i Clinici e le Direzioni di Presidio sulle problematiche emergenti nella gestione delle prassi assistenziali;
- partecipazione alle politiche aziendali in materia di Rischio Clinico e Sicurezza del paziente attraverso gli Osservatori Medico Legali operanti in raccordo con l' Osservatorio Regionale Permanente sul Contenzioso, attraverso le seguenti azioni:
 - miglioramento continuo della pratica del consenso informato e della gestione della cartella clinica;
 - analisi critica dei casi di responsabilità professionale allo scopo di trovare soluzioni extragiudiziali in collaborazione con gli operatori sanitari coinvolti e con gli Uffici Affari Legali nell'ambito delle finalità dei contratti assicurativi;
 - salvaguardia dei legittimi diritti risarcitori nella logica di un corretto utilizzo delle risorse assicurative, anche in riferimento alla collaborazione con le U.O. Affari Legali per la definizione delle riserve e per la prevenzione dei conflitti, favorendo risoluzioni conciliative e stragiudiziali;
 - sistematico monitoraggio del contenzioso.

Le funzioni non territoriali sopra richiamate sono esercitate anche presso le Aziende Ospedaliere Universitarie.

5.2.9 Prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita

Sia l'OMS che la Comunità Europea stanno attribuendo sempre maggior valore alle azioni rivolte alla prevenzione e al benessere negli ambienti di vita: migliorare la qualità e la salubrità degli ambienti abitativi è una priorità che l'Igiene e Sanità Pubblica dovrà perseguire con sempre maggiore energia, in linea e a completamento delle politiche tese a divulgare migliori stili di vita.

78

Questo implica una maggiore capacità di analisi e valutazione dei rischi sanitari, rivolta anche verso possibili scenari futuri, a tutela della salute dei cittadini ed a supporto dei processi decisionali per prevenirli. Il mondo della sanità non può essere il solo ad affrontare le problematiche derivanti dall'ambiente, è necessario vi sia corralità nelle azioni di più soggetti a più livelli, con la strutturazione di una strategia di rete tramite un sistema di relazioni, protocolli di intervento, strategie comuni del settore economico, sanitario e ambientale e dei cittadini, con i vari enti ed istituzioni come ARS, Aziende USL e Ospedaliere, ARPAT, CSPO, CNR, Università, Comuni e Regione Toscana.

I livelli di inquinanti presenti influiscono sulla salubrità e sul benessere che si registra negli ambienti confinati. L'aria subisce alterazioni e modificazioni dovute in particolare: alla presenza di persone, ai materiali e ai rivestimenti con cui sono costruiti gli edifici e gli arredi, ai sistemi di trattamento dell'aria, alle operazioni di pulizia dei locali, degli uffici, scuole e abitazioni. La temperatura, l'illuminazione, il rumore, gli agenti chimici (naturali e quelli derivanti da attività umane) e gli agenti biologici (es. batteri, virus, parassiti, insetti) possono essere potenziali fonti di inquinamento o causa di un peggioramento del benessere degli occupanti. La difficoltà è conoscere e quantificare la pericolosità di questi agenti, singolarmente ed in combinazione; infatti, prodotti o materiali contenenti sostanze o composti tossici nei limiti normativi, li rilasciano nel tempo nell'ambiente, e sommati insieme possono determinare rischi per la salute soprattutto nei soggetti che permangono nell'ambiente molte ore. Con il "Progetto Indoor" (studio sul comfort e sugli inquinanti fisici e chimici nelle scuole), la Regione Toscana è la prima in Italia ad affrontare ed approfondire in modo articolato l'inquinamento indoor nelle scuole disponendo così di una serie di dati orientativi sulle caratteristiche degli ambienti scolastici del territorio regionale, attraverso sopralluoghi e misure specifiche nelle due stagioni con la valutazione della percezione della qualità dell'ambiente indoor da parte degli occupanti tramite un questionario rivolto ad alunni e insegnanti. Lo studio della materia a livello multidisciplinare (Igiene e Sanità Pubblica e Laboratori di Sanità Pubblica delle AUSL toscane) con soggetti diversi, come ARPAT e CSPO, ha permesso di formare competenze e di mettere in rete conoscenze, con l'adozione di una metodologia di lavoro omogenea degli operatori sanitari e la determinazione della reale consistenza rilevata dell'inquinamento indoor e del comfort microclimatico. Ha permesso inoltre l'individuazione di alcune soluzioni e la predisposizione di reports di sintesi del progetto messo a disposizione dei Comuni, delle autorità scolastiche e del Ministero della Salute.

L'urbanizzazione delle città, il maggiore uso di impianti e apparecchiature tecnologiche contribuiscono alla presenza di inquinamento acustico, che risulta fra le principali cause del peggioramento della qualità della vita. Il rumore provoca una reazione negativa in chi lo subisce, con la possibilità di sviluppare disturbi e patologie da stress. La salubrità di un ambiente abitativo deriva anche dal comfort e quindi dall'assenza di disturbi acustici, tuttavia per un uso non corretto dei materiali impiegati in edilizia e dell'installazione di impianti nelle abitazioni si propagano rumori da calpestio, dall'installazione ed uso di impianti di sollevamento, dagli impianti di condizionamento e autoclavi, ubicati nei locali a comune o presso abitazioni confinanti o vicine. È necessaria quindi una profonda revisione dei criteri e dei metodi costruttivi che tengano conto delle tecniche edilizie adeguate per il rispetto dei requisiti acustici. Questo tema riveste un ruolo di primaria importanza per l'Igiene Pubblica che per questo ha affrontato la problematica, tradotta poi con il documento di studio "L'Acustica in edilizia-Linee guida per la valutazione dei requisiti acustici passivi degli edifici- D.P.C.M. 05/12/1997", approvato dalla Giunta con DGR n. 176 del 12/03/2007 promosso dalla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, in collaborazione con la Direzione Generale delle Politiche Territoriali ed Ambientali della Regione Toscana.

Infine l'attuale mercato globale porta nelle nostre case prodotti potenzialmente rischiosi per la salute: dai giocattoli pericolosi per la salute dei bambini, ad oggetti di uso comune contenenti amianto. In Italia ed in Europa dopo anni di campagne di informazione, di leggi e di controlli, è stata data come acquisito che la produzione ed importazione di prodotti si svolgono nel pieno rispetto delle norme. Assistiamo invece a questo nuovo fenomeno di prodotti e materiali pericolosi, provenienti per lo più da Paesi Extraeuropei, dove l'attenzione alle problematiche di salute, ambientali e di tutele sociali è in gran parte disattesa, ma il basso costo ne determina la presenza anche nel territorio toscano. I cittadini sono sempre più informati ed esigenti e la Toscana, regione aperta alla globalizzazione del mercato, deve vigilare e pretendere che i prodotti e i materiali presenti nel proprio territorio siano sicuri.

È in definitiva necessario riconvertire l'attività di controllo burocratico e sistematico in campo autorizzativo in controlli a campione ed in attività di studio di problemi a carattere generale ed a maggiore contenuto scientifico, con prevedibile maggiore possibilità di incidere sulla qualità degli ambienti di vita.

79

Si individuano quindi come obiettivi prioritari:

- a) progetto Indoor: l'approfondimento della natura delle concentrazioni rilevanti di PM 2,5 in alcune scuole e l'effettuazione di un'indagine conoscitiva sugli allergeni e principali inquinanti chimici presso alcune abitazioni;
- b) vigilanza sulle attività interessate dalla L.R. 31/05/2004 n. 28 "Disciplina delle attività di estetica e di tatuaggio e piercing" e dalla L.R. 09/03/2006 n. 8 "Norme in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio", in vista dell'approvazione dei relativi regolamenti. Infatti, la Toscana è la prima Regione a livello nazionale ad avere disciplinato con legge attività che hanno un importante risvolto sulla salute e sicurezza dei cittadini, quali l'attività di estetica, di tatuaggio e piercing e le piscine;
- c) azioni sull'inquinamento acustico: presentazione e divulgazione delle linee guida relative ai Comuni e ai professionisti, per raccogliere le loro osservazioni (Delibera GRT n.176 del 12/03/2007). Il momento è propizio in quanto quasi tutte le amministrazioni comunali toscane hanno completato la classificazione acustica del proprio territorio, e le linee guida supporteranno la conseguente pianificazione urbanistica attraverso l'inserimento nel regolamento edilizio ed urbanistico dei procedimenti necessari ad una preventiva valutazione dei requisiti acustici passivi degli edifici.
- d) prevenzione degli incidenti domestici: rappresentano un settore di notevole rilevanza sanitaria visto il costo per la collettività in termini sia di morbosità sia di mortalità. Per la attuale normativa, il Dipartimento di Prevenzione ha il compito, in collaborazione con i servizi territoriali, materno infantile e con la medicina di base di individuare e valutare i rischi presenti o che si possono determinare, promuovere e coordinare iniziative di educazione sanitaria nei confronti della popolazione. È importante inoltre che venga valutata localmente la situazione dal punto di vista epidemiologico, sia per poter riconoscere eventuali situazioni di rischio specifiche (ad esempio abitazioni vetuste sprovviste dei più elementari sistemi di sicurezza degli impianti, parti della popolazione particolarmente vulnerabili come anziani, bambini, ecc.) sia per monitorare l'efficacia delle azioni preventive intraprese. La Giunta regionale, in

stretta collaborazione con gli Enti locali e le Associazioni, è impegnata a emanare indirizzi e interventi mirati per la promozione della sicurezza in ambienti di vita, privilegiando le attività di assistenza e informazione verso la cittadinanza.

5.2.10 Incidenti stradali

Secondo il rapporto OMS *World report on road traffic injury prevention*, gli incidenti stradali sono la seconda causa di morte in tutto il mondo nei giovani fino a 29 anni e la terza nella fascia di età 30–44 anni. Anche in Italia gli incidenti stradali sono la prima causa di morte per la popolazione maschile sotto i quarant'anni: in Italia ogni anno provocano circa 7.500 morti e 20.000 invalidi gravi. Il target più vulnerabile è costituito dai giovani tra i 15 e i 29 anni, che rappresentano circa un terzo dei 300.000 soggetti morti dal 1970 ad oggi. I costi sociali ed economici che il Paese sostiene sono elevatissimi, intorno ai 13 miliardi di euro l'anno. In Toscana, mediamente, si verificano circa 17.000 sinistri con almeno un ferito rilevato; ogni anno in media si hanno 24.000 feriti e 450 decessi. Dal 1987 al 2002 la mortalità per traumatismi è la prima causa di morte negli uomini tra i 10 e i 40 anni e per le donne tra i 10 e i 30 anni. L'effetto dell'introduzione della patente a punti, nonostante abbia contribuito alla diminuzione degli incidenti nel periodo immediatamente successivo (luglio 2003), sembra aver perso parte della sua efficacia a partire dagli ultimi mesi del 2004 (Osservatorio epidemiologico della Regione Toscana).

Al fine di affrontare a livello integrato gli aspetti legati agli incidenti stradali nel 2006 le Direzioni Generali del Diritto alla Salute e politiche di solidarietà e delle Politiche territoriali ed ambientali hanno costituito un gruppo di lavoro congiunto con il compito di integrare le azioni promosse. È stato realizzato un confronto degli atti d'indirizzo, di programmazione e degli obiettivi delle due Direzioni generali per individuare un percorso di lavoro comune.

Sono stati individuati tre principali fattori critici:

80

1. comportamento umano: è il fattore di maggiore rilevanza nella causa di incidenti stradali, da qui l'importanza di porre attenzione alle azioni legate all'informazione ed educazione degli utenti;
2. ambiente stradale: legato allo stato dell'infrastruttura, nel senso che l'ambiente stradale deve essere reso sicuro, in termini di manutenzione dell'infrastruttura (manto stradale, segnaletica, ...) oltre che in termini di percezione dei rischi da parte dell'utente;
3. veicolo: fattore legato prevalentemente agli aspetti tecnologici di aiuto alla guida e di difesa passiva dei passeggeri, rappresenta un elemento sul quale la Regione ha minori possibilità di disciplina. Tale fattore è maggiormente legato alle norme di omologazione dei mezzi e alla normativa nazionale legata al Codice della Strada.

In particolare l'analisi del gruppo di lavoro si è concentrata sulle azioni legate al fattore umano, evidenziando come certe pratiche possano essere mitigate da interventi di educazione stradale e di promozione della salute. Ad esempio nel caso di:

- eccesso di velocità;
- guida distratta e pericolosa (autoradio, telefono cellulare);
- mancato rispetto della precedenza e della distanza di sicurezza;
- assunzione di alcol, sostanze stupefacenti e farmaci;
- difese passive quali uso del casco, cinture di sicurezza e dei seggiolini per bambini.

Dal 2005 le azioni regionali sulla sicurezza stradale rientrano nel monitoraggio predisposto dal Centro Controllo Malattie (CCM).

Sono state individuate alcune azioni per la sicurezza stradale che rappresentano il programma di lavoro per il triennio di vigenza del piano:

- programmi di educazione stradale, in collaborazione con le istituzioni scolastiche; a tale proposito va ricordato che la tematica degli incidenti stradali è considerata prioritaria nell'ambito degli obiettivi del protocollo definito congiuntamente tra la Direzione Scolastica Regionale e Regione Toscana;

- informazione del pubblico sui rischi dell'alcool, delle droghe e dei farmaci in relazione alla guida;
- attenzione sui comportamenti di guida pericolosa;
- progetti di identificazione e rimozione dei punti critici della strada;
- azioni per favorire l'uso delle cinture di sicurezza, l'uso dei seggiolini in auto per i bambini, l'uso del casco anche fra i ciclisti;
- diffondere conoscenze operative di primo soccorso.

5.2.11 Il coordinamento interistituzionale

La necessità di un forte raccordo tra le Istituzioni che operano nel campo della tutela della salute Collettiva è stato raccomandato sia all'interno di questo capitolo del Piano (p. 5.2 e p 5.2.1), sia nell'ambito relativo alle necessarie " Alleanze per la promozione della salute" trattato nel paragrafo 5.1.

Di seguito vengono invece delineate due aspetti puntuali e di grande rilievo in tema di integrazione funzionale.

Integrazione funzionale fra i laboratori per la prevenzione

Attualmente i laboratori pubblici che svolgono nella Regione Toscana una collaborazione tecnico-scientifica ed un supporto alle diverse attività dei Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende USL sono quelli dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana (ARPAT), dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) di Toscana e Lazio e il sistema regionale dei Laboratori di Sanità Pubblica (LSP) di Area Vasta. La rete dei LSP è considerata "Centro di eccellenza" in base alla delibera della GRT n° 1177 del 10.11.2003, in recepimento dell'Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24.07.2003. Le principali criticità dell'attuale organizzazione generale dei laboratori per la prevenzione collettiva sono rappresentate a) dall'eccessiva frammentazione delle strutture e delle competenze; b) dalla separazione della competenza delle analisi microbiologiche su acque, alimenti, farmaci e cosmetici affidata ai LSP da quella delle analisi chimiche sulle stesse matrici affidata ad ARPAT.

Obiettivo prioritario è realizzare l'integrazione funzionale tra i laboratori per la prevenzione collettiva, con il coinvolgimento delle Università toscane, per contribuire al miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni (ambito di ricerca e sviluppo), e perseguire la necessaria razionalizzazione delle attività e l'adeguata valorizzazione delle risorse esistenti in ambito regionale.

Nel particolare campo laboratoristico ad alto investimento tecnologico sono indispensabili periodici e significativi investimenti per l'acquisizione e l'adeguamento delle tecnologie strumentali. È da ricercare perciò, attraverso corrette relazioni sindacali, la massima integrazione funzionale tra laboratori ARPAT, IZS, LSP. Va in questo senso la decisione della Giunta regionale n. 10 dell'11.09.2006 con cui si è formalizzato un percorso di integrazione tra le politiche sanitarie ed ambientali, sia nella fase di programmazione che in quella di organizzazione delle attività. Attraverso l'azione di razionalizzazione e riorganizzazione di attività e risorse, l'obiettivo, nel medio periodo, è di ottenere un sistema a rete dei laboratori in grado di produrre economie gestionali e di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.

Sono azioni da perseguire:

1) Governo centrale del sistema regionale dei laboratori

L'integrazione funzionale tra i laboratori per la prevenzione, l'uso integrato a livello regionale e di area vasta di tecnologie strumentali ad alta complessità e lo sviluppo della rete regionale necessitano di un gruppo centrale di coordinamento, avente la funzione di regolare i rapporti di collaborazione tra i diversi laboratori (LSP, IZS, ARPAT), garantire quotidianamente un'adeguata logistica interna al sistema e realizzare le azioni di coinvolgimento delle strutture universitarie toscane per la ricerca e sviluppo delle attività analitiche di sanità pubblica.

2) Programmazione delle attività analitiche e determinazione dei finanziamenti ordinari

Per ottenere un uso ottimizzato delle rete dei laboratori è necessario ricorrere ad una puntuale programmazione delle attività analitiche da concordare con le utenze istituzionali. La programmazione è funzionale a determinare l'entità delle risorse economiche necessarie alla rete dei laboratori da

destinarsi attraverso un finanziamento ordinario dedicato.

Ne sono indicatori: riduzione del numero dei laboratori, diminuzione dei tempi di risposta analitici, diminuzione dei costi di gestione delle strutture.

La realizzazione degli obiettivi sopra citati richiederà l'intera vigenza del piano a causa della complessità delle azioni da adottare e che comprendono il trasferimento e la rimodulazione di risorse umane, economiche e strumentali.

Gli obiettivi individuati sono coerenti con le linee di indirizzo generali del Piano, quali la definizione di percorsi di ottimizzazione dell'impiego delle risorse e la ricerca continua di una maggiore efficienza e sostenibilità del sistema, in grado di portare ad una razionalizzazione della spesa e funzionali a liberare risorse utili ad aumentare i servizi.

Gli obiettivi sono compatibili anche con le linee di indirizzo del PRAA 2007–2010 (Piano Regionale di Azione Ambientale) in relazione all'integrazione tra le politiche ambientali e sanitarie.

Il sistema della protezione civile

L'esigenza di assicurare la collaborazione e l'integrazione dei servizi di emergenza urgenza ed in generale di tutto il sistema sanitario regionale all'interno del complesso delle attività poste in essere dalla protezione civile deve essere registrata come necessaria ed ineludibile.

Sulla base delle indicazioni fornite a livello nazionale per la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera e per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi, nonché delle disposizioni regionali in materia (L.R. 67/2003 e Regolamento 69/R del 2004) rivolte nello specifico:

- all'organizzazione del sistema di protezione civile, tra le cui componenti figurano le Aziende USL ed in generale tutte le strutture facenti parte del servizio sanitario;
- al coordinamento delle risorse disponibili nel territorio regionale;
- alla approvazione di piani operativi regionali che disciplinano l'organizzazione e le procedure per assicurare il concorso della Regione in emergenza;
- alla definizione delle procedure operative di competenza, relative anche alla elaborazione di specifiche procedure operative per fronteggiare i rischi Nucleare Biologico Chimico Radiologico (NBCR).

Le aziende sanitarie della Toscana hanno provveduto ad assumere i "piani sanitari Aziendali per le emergenze" e ad assicurarne il coordinamento e l'integrazione con i piani e le attività di protezione civile, secondo le disposizioni della Del.G.R. 1390 del 2004.

Le attività di competenza del livello regionale, in parte attribuite al Coordinamento sanitario regionale per l'intervento nelle emergenze, attengono alle necessità di raccordo, interno al sistema sanitario regionale, ed esterno nei confronti del Sistema Regionale di Protezione Civile, nonché allo svolgimento di tutti quei compiti che richiedono verifiche e ricognizioni, sviluppo di modelli di omogeneità in termini di procedure e di formazione, collegamenti e relazioni con altre Regioni e con il Dipartimento Protezione Civile.

Sono state altresì individuate specifiche risorse per assicurare la disponibilità della Regione Toscana, in maniera strutturata, a partecipare ad interventi attivati dal Dipartimento della Protezione Civile anche per eventi calamitosi fuori dal territorio nazionale.

L'impegno del triennio 2008–2010 si rivolge pertanto ad un consolidamento della programmazione aziendale in termini di rispondenza alle risposte che il sistema sanitario regionale è chiamato a fornire, sia sul territorio che in ospedale, a seguito di eventi calamitosi o comunque straordinari.

La programmazione dovrà necessariamente allinearsi, anche in questo settore di particolare rilievo, al modello di area vasta e individuare o consolidare tutte le integrazioni con i soggetti a vario titolo deputati ad operare all'interno del sistema di protezione civile.

5.3 I servizi territoriali per le comunità locali

All'interno del capitolo relativo ai nuovi grandi progetti che il SSR intende attivare, si è delineata la strategia di fondo che il sistema si darà (p.4.3), strategia che vede nei Servizi territoriali la risposta appropriata e qualitativamente più adeguata sia in considerazione del mutamento, anche epidemiologico, delle patologie prevalenti nella popolazione toscana, sia all'esigenza di raccordare fra loro gli strumenti in dotazione nelle varie istituzioni, la cui influenza, nell'ambito dei determinanti di salute, è ormai ampiamente condivisa.

Il Piano sanitario regionale rappresenta, quindi, il primo momento di definizione delle strategie per la salute, definendo il sistema delle responsabilità e l'individuazione di condizioni volte a sperimentare nuove forme di integrazione istituzionale e operativa.

In parallelo, il Piano integrato degli interventi sociali e sanitari consente di completare la definizione del sistema di welfare regionale, in modo che esso si caratterizzi per la sua natura solidaristica e universalistica, nonché per la sua capacità di dare risposte unitarie ai bisogni emergenti dal territorio. Attraverso l'unificazione della programmazione socio-sanitaria regionale si intende dare un unico riferimento alla programmazione locale, che, a sua volta, è chiamata a diventare momento programmatico unitario per i diversi soggetti pubblici e sociali, che, a diverso titolo, partecipano alla definizione delle scelte e sono chiamati a collaborare per realizzarle.

Il sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari trova nelle Società della Salute la modalità più adeguata a realizzare percorsi integrati di programmazione e governo.

Tale livello di governo integrato dei servizi territoriali sarà sostenuto dal necessario raccordo che Azienda sanitaria e Comuni dovranno garantire nella fase di costruzione del sistema e nella predisposizione degli atti costitutivi della Società della Salute.

La programmazione delle politiche socio-sanitarie integrate deve coniugare il governo dell'offerta assistenziale con la promozione dello stato di salute (vedi Punti 7 e 7.1 del PISR 2007–2010).

Il sistema dei servizi socio-sanitari integrati si avvale, sia a livello regionale, che di Zona-Distretto, di una programmazione basata sulla conoscenza dei bisogni e dei problemi di salute del territorio, delle opportunità e delle risorse disponibili, tanto da costruire il profilo di salute in base al quale si definiscono i progetti e le azioni operative contenute nel PIS.

Il livello di programmazione di Zona-Distretto si intreccia inevitabilmente, nell'ambito delle singole aziende sanitarie, con quello di Area vasta, rendendo possibile la valorizzazione dell'apporto delle varie professionalità sanitarie e sociali operanti nel sistema dei servizi socio-sanitari.

Anche il sistema dei servizi socio-sanitari integrati dovrà sottoporsi, quindi, alle procedure gestionali tipiche delle realtà produttive (contabilità analitica, controllo di gestione, budgeting) ed alla introduzione nei programmi di sviluppo territoriali della valutazione dei risultati e della produttività. Perseguire l'obiettivo della massima efficienza dei servizi socio-sanitari significa anche operare una radicale ottimizzazione delle attività gestionali, attraverso l'economia di scala e la semplificazione delle procedure.

5.3.1 Il sistema delle cure primarie integrato ed evoluto

L'associazionismo

L'intensità del fenomeno "associazionismo", per entità e per rapidità del suo manifestarsi, esprime un bisogno profondo della medicina generale e degli stessi utenti.

La Regione Toscana in questi anni ha sviluppato un sistema delle cure primarie evoluto ed articolato.

Nella nostra Regione, il 71% dei MMG opera in forma associativa e gestisce circa il 79% degli assistiti.

Circa il 20% dei professionisti lavora in "cooperativa"; nel periodo 2005–2007 sono state avviate 17 Unità di Cura Primaria coinvolgendo 240.000 assistiti.

Gli elementi che seguono sintetizzano i principali risultati conseguiti nell'ambito delle varie forme associative richiamando l'ulteriore evoluzione del modello:

- migliore accessibilità del bisogno; apertura continua, fino a 12 ore diurne;
- strutturazione, e visibilità, dei presidi di cure primarie;
- crescita professionale dei MMG e valorizzazione delle altre professionalità specialistiche del SSR;

- produttività di scala per l'organizzazione del lavoro rispetto al professionista non associato;
- efficienza dei processi di responsabilizzazione dei professionisti rispetto agli obiettivi definiti congiuntamente alle aziende sanitarie.

A partire dalla fine della sperimentazione delle U.C.P. che si conclude nei primi mesi del 2008 e in relazione agli esiti della contrattazione nazionale del A.C.N. dell'assistenza primaria, con atti di Giunta e di concerto con le OO.SS. saranno ridefinite le varie forme associative secondo un percorso di semplificazione del modello e di valorizzando delle organizzazioni che garantiscono i migliori esiti di salute per i cittadini.

L'Unità di Medicina Generale

La corretta attuazione del modello costituisce un processo di superamento dell'isolamento culturale ed organizzativo dei professionisti; è la riaffermazione di un ruolo di cura e presa in carico dei bisogni di salute dei propri assistiti che una organizzazione specialistica ed ospedale-centrica delle cure, e la complessità delle relazioni necessarie alla sua soddisfazione, avevano affievolito, con un tendenziale confinamento ad un ruolo burocratico/amministrativo.

Limitare la lettura del fenomeno dell'associazionismo ad esclusive dinamiche contrattuali/economiche è pertanto riduttivo ed impedisce di cogliere le dinamiche di modernità che attraversano e possono, se promosse, ulteriormente avvantaggiare il sistema sanitario toscano.

La funzione sanitaria territoriale si connota, per gli aspetti clinici, come funzione operativa prevalente della Medicina Generale, mentre per gli aspetti organizzativi, integrativi e complementari agli aspetti clinici, è funzione operativa della zona-distretto.

La funzione operativa clinica della Medicina Generale afferisce alla struttura organizzativa Unità di Medicina Generale, in sigla UMG.

La struttura organizzativa UMG. è la struttura organizzativa professionale della Medicina Generale; i criteri e parametri di accesso sono definiti nell'ambito degli ACN; i criteri di assegnazione dall'Accordo integrativo regionale.

84

Con apposito atto di Giunta, in ciascuna zona-distretto/SdS è costituita una o più UMG in funzione della popolazione assistita; dei parametri di riferimento, (numerosità, epidemiologia del bisogno...).

La responsabilità funzionale (intesa come garanzia della omogenea presa in carico di tutti gli utenti e degli obiettivi concordati) e gestionale della Unità di Medicina Generale è attribuita ad un Coordinatore, scelto tra i medici assegnati alla UMG. La funzione di coordinatore della UMG può prevedere forme di compensazioni in relazione all'impegno dedicato.

Le caratteristiche ed i contenuti di nomina a coordinatore della UMG, sono definite con atto della Giunta regionale in base ad apposito accordo con le OO.SS. della medicina generale.

Nell'ambito della programmazione strategica ed operativa della zona-distretto/SdS, la UMG costituisce l'interfaccia unitaria di relazione, di negoziazione degli obiettivi e di remunerazione per i risultati raggiunti, nonché riferimento professionale per i processi di integrazione ospedale-territorio.

Il ruolo della pediatria di libera scelta

Con il presente Piano si vuole sottolineare il ruolo di rilievo svolto dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) nell'ambito dell'assistenza territoriale. Ruolo che si ritiene debba ulteriormente consolidarsi attraverso l'attivazione di percorsi orientati a sviluppare gli obiettivi del piano stesso, con particolare riferimento ai grandi progetti della Sanità di iniziativa (4.3) e del Progetto Obiettivo Materno infantile (5.6.2.5) al fine di: contrastare l'obesità infantile e promuovere sani stili di vita, predisporre i Bilanci di salute rivolgendo proattivamente l'attenzione alla popolazione infantile socialmente svantaggiata, sviluppare azioni tese ad una maggiore integrazione dell'assistenza pediatrica territoriale con la rete specialistica ospedaliera.

Tali iniziative saranno assunte nel quadro della riorganizzazione in esito alla contrattazione nazionale.

La Medicina di Comunità nel sistema delle Cure Primarie

Fra i servizi territoriali assicurati dalla zona-Distretto, trova collocazione la Medicina di Comunità, disciplina specialistica costituita come branca della Sanità Pubblica, appositamente formata nell'organizzazione dei servizi sanitari di base e con specifica esperienza nel coordinamento dei servizi territoriali.

I medici di comunità operano nel campo della programmazione e gestione a livello di zona distretto e SdS in particolare per:

1. migliorare l'organizzazione complessiva dell'assistenza territoriale in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza per rispondere ai bisogni della popolazione;
2. valutare i bisogni di assistenza sanitaria della comunità e contribuire alle individuazione delle priorità;
3. studiare tecniche e modalità innovative di intervento su gruppi di popolazione a maggior rischio e svantaggiati, in particolare utilizzando ed integrando banche dati diversamente collocate, al fine di favorire il passaggio dalla medicina di attesa a quella di iniziativa;
4. applicare modelli assistenziali orientati alla comunità, di alta qualità e misurabili nei risultati prodotti attraverso sistemi informativi dedicati;
5. facilitare il lavoro di gruppo all'interno dei team delle Cure Primarie, contribuendo a costruire una rete di professionisti e di servizi;
6. contribuire a definire gli indicatori di valutazione;
7. favorire la continuità delle cure, nonché l'integrazione socio-sanitaria;
8. migliorare l'accessibilità al sistema in modo da limitare le disuguaglianze e favorire l'equità;
9. programmare interventi di educazione, promozione della salute e supporto all'auto-cura;
10. promuovere verifiche ed audit organizzativi, in particolare sui percorsi assistenziali, allo scopo di orientare il sistema al miglioramento continuo della qualità dei servizi.

La medicina specialistica ambulatoriale nell'assistenza territoriale

Si sottolinea la rilevanza della risposta specialistica assicurata a livello territoriale dai medici specialisti ambulatoriali. Tali specialisti, chiamati a rispondere sotto il profilo gestionale al direttore della zona – distretto e/o al direttore tecnico della SdS, professionalmente collegati alla struttura organizzativa professionale della ASL corrispondente per disciplina specialistica, svolgono un ruolo coerente con l'obiettivo di evitare il ricorso inappropriato, alle strutture specialistiche ospedaliere sia in elezione sia, ove organizzato e su libera scelta del cittadino, in urgenza.

85

La cabina di regia dei servizi territoriali

Affinché sia assicurata l'efficacia ed efficienza dei processi assistenziali, l'organizzazione della zona – distretto deve dotarsi di coerenti linee di governo gestionale, in analogia alle modalità da sempre presenti nel sistema ospedaliero. Inoltre, occorre che sia rinforzato il collegamento tra le UU.FF. presenti sul territorio per favorire multidisciplinarietà e multiprofessionalità negli interventi.

A tal fine la legge di organizzazione del SSR prevede la costituzione di un organismo con funzioni di coordinamento e supporto alla direzione della Zona Distretto.

Ferma restando l'autonomia delle singole professioni, come previsto dalla L.R. 40/2005, tale organismo è lo strumento a disposizione del Direttore della Società della salute/Zona Distretto attraverso il quale vengono condivisi la programmazione, gli indirizzi, l'organizzazione e la valutazione delle attività socio sanitarie del territorio di riferimento.

Pertanto esso costituisce lo strumento attraverso il quale vengono determinate le risorse necessarie al perseguimento degli obiettivi di programmazione nonché il luogo dove vengono verificati i risultati ottenuti. A tale strumento non attiene la definizione delle buone pratiche, linee guida e protocolli da adottare rimanendo tali funzioni prevalentemente a carico delle strutture professionali, così come la rilevazione dei bisogni formativi.

Di esso fanno parte, oltre a un rappresentante delle UMG di zona, le principali filiere funzionali e professionali che determinano la operatività e la corretta applicazione della programmazione a livello territoriale.

Oltre al personale dipendente risulta altresì determinante la presenza in questa struttura delle principali figure delle professioni convenzionate in un quadro definito di ruoli e funzioni, con particolare riferimento al rapporto e alle funzioni della medicina generale.

La continuità assistenziale e il bisogno sanitario urgente

Il concetto di continuità assistenziale, e l'organizzazione della relativa risposta, necessita di una definizione più puntuale dei suoi contenuti; tale necessità è il risultato di un profondo cambiamento, e di una precisa individuazione, delle caratteristiche del bisogno urgente, ancorché soggettivo.

Le cure erogate dal Pronto Soccorso e dal Sistema 118, hanno assunto in termini culturali e sanitari, la dimensione rassicurante della efficacia, diagnostica e terapeutica; tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere il bisogno di salute percepito come urgente.

Oggi, la sfida dell'appropriatezza dell'accesso al P.S./118 è affidata alla capacità di organizzare una reale integrazione assistenziale tra il Sistema 118/Pronto Soccorso ed i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio, tale da garantire l'equilibrio delle cure urgenti assicurate, in via di principio, dal 118 o nel P.S, con la continuità delle cure collocata nella medicina generale.

Viste le modalità di consumo delle risorse sanitarie nel settore dell'emergenza urgenza, che non è, a differenza delle restanti modalità di consumo, direttamente collegato all'aumento dell'età, non è efficiente né efficace strutturare l'utilizzo di due diversi modelli di intervento per lo stesso problema.

La continuità assistenziale, ex guardia medica, nella attuale modalità organizzative, è funzione da ripensare nell'ambito del ruolo svolto dalla medicina generale. La continuità assistenziale è una funzione sanitaria essenziale per un sistema sanitario che tende a ospedalizzare con sempre minor frequenza in condizioni di ricovero continuativo e a trattenere nel territorio la gestione di condizioni e patologie sempre più impegnative.

Si tratta di una funzione professionale che richiede "un sapere e un saper fare" diverso dalle competenze necessarie per la gestione del bisogno urgente, ed è altresì evidente come tale competenza sia naturale competenza del medico di medicina generale.

Il territorio dovrà adottare modalità organizzative simili al modello ospedaliero per garantire una continuità assistenziale di qualità 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno, tale da assicurare il mantenimento del riferimento assistenziale, e quindi le cure migliori, soprattutto a quei pazienti già inseriti in programmi di terapia domiciliare, ADI, o altre forme di presa in carico da parte del sistema delle cure primarie, mentre il bisogno urgente quale bisogno di nuova insorgenza, inatteso, sostanzialmente in un soggetto in buona salute o comunque in sostanziale stabilità clinica, è in linea generale di competenza del sistema 118, indipendentemente dal periodo di occorrenza, notturno e festivo o prefestivo.

86

5.3.2 Il punto unico di accesso. Unità di valutazione multidisciplinare

Nella prospettiva di un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona, dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato di bisogno, il primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari passa attraverso l'individuazione dello stato di bisogno e la conseguente traduzione in adeguate offerte assistenziali.

Le persone e le famiglie, con particolare riferimento a coloro che hanno situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità devono essere messe in grado di poter accedere ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati.

Coloro che hanno più bisogno, e perciò più titolo ad accedere al sistema integrato, non devono risultare esclusi o, comunque, ostacolati da barriere informative, culturali o fisiche nell'accesso ai servizi universalistici e agli interventi loro dedicati.

In tal senso non è sufficiente definire graduatorie di priorità che potrebbero, da sole, avere un effetto di segregazione sociale: occorre sviluppare azioni positive, miranti a facilitare e incoraggiare l'accesso ai servizi e alle misure disponibili.

Tali azioni dovranno riguardare la messa a punto di strumenti di informazione adeguati, di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità e delle competenze dei soggetti, di misure di accompagnamento, anche valorizzando il contributo dei vari soggetti espressi dalla società civile che operano sul territorio, che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino le capacità delle persone e delle reti sociali e familiari.

L'obiettivo generale del sistema integrato è quindi l'organizzazione, a livello di Zona/distretto di un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda.

Le principali figure di riferimento sono il medico di medicina generale, l'assistente sociale e l'infermiere,

che, oltre a valutare la domanda, creano le condizioni per attivare progetti personalizzati di intervento coerenti con la natura del bisogno.

In presenza di bisogni complessi, tali da richiedere competenze professionali integrate, l'accoglienza della domanda è assicurata dall'unità di valutazione multiprofessionale, cui partecipano, tenendo conto della natura dei bisogni da affrontare, le professionalità sanitarie e sociali necessarie. L'unità di valutazione multiprofessionale gestisce in modo globale il percorso, che va dall'analisi della domanda alla definizione del problema, dalla definizione del problema alla predisposizione del progetto personalizzato di intervento, alla sua attuazione e valutazione. La stessa U.V.M. individua un case manager che segue le diverse fasi attuative del progetto personalizzato.

L'apporto della competenza geriatrica, al di là dei modelli organizzativi presenti nella singola Zona Distretto, dovrà assicurare livelli funzionali idonei per supportare l'attività valutativa e progettuale dell'UVM.

Nell'intento di snellire al massimo la fornitura di prestazioni socio assistenziali per bisogni non complessi e visti i buoni risultati ottenuti dalla sperimentazione delle cosiddette microequipe e da strumenti informativi di collegamento delle tre figure professionali maggiormente implicate nell'erogazione di tali prestazioni (MMG, infermieri ed assistenti sociali), tali modelli, attivati attraverso i PUA potranno diventare uno strumento da utilizzare a livello territoriale in tutti quei casi nei quali necessitino risposte in tempi brevi, per una casistica non complessa.

L'organizzazione degli interventi assistenziali dovrà essere assicurata attraverso le seguenti azioni:

- la lettura tempestiva del bisogno al momento della presentazione della domanda di intervento, in modo da orientare la presa in carico e da assicurare le prime risposte.
- la valutazione delle condizioni di bisogno che orienta, in una logica di soddisfacimento dei diritti dei beneficiari, verso la risposta assistenziale più appropriata;
- la definizione di un progetto assistenziale personalizzato, con riferimento al criterio della unitarietà della gestione, cui concorrono apporti professionali sanitari e sociali in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse,
- l'individuazione della figura dell'operatore di riferimento che ne è il responsabile organizzativo;
- la certezza della dotazione organica delle figure professionali coinvolte nel programma assistenziale;
- la individuazione dei livelli di gravità del bisogno per l'assegnazione delle risorse adeguate: (*ISO gravità bisogno*) = (*ISO risorse*).

87

L'attribuzione dei livelli di responsabilità

Entro il 2008 verranno determinate le linee guida regionali dovranno determinare i livelli di responsabilità funzionale che devono essere assicurati in ogni Zona distretto per il governo dell'accesso integrato alle prestazioni sociosanitarie e per la presa in carico permanente delle persone non autosufficienti.

5.3.3 La rete delle “Cure intermedie” – l'offerta per livelli di intensità

La continuità del percorso assistenziale, che garantisce al cittadino l'appropriata graduazione delle risposte al suo bisogno in un continuum ospedale territorio, ha il suo perno nell'assistenza al domicilio del paziente.

Per poter essere correttamente svolta deve avvalersi di più strumenti di risposta che tengano conto della complessità della casistica in dimissione e della necessità di rispondere con ricovero soltanto ai casi appropriati.

La valutazione del bisogno deve tenere conto, oltre che delle condizioni sanitarie, anche delle condizioni sociali e delle caratteristiche dei nuclei familiari composti sempre più da anziani soli.

Le cure intermedie sono quindi un ventaglio di opzioni di intervento, che spaziando dalla assistenza programmata, all'ADI nei suoi vari gradi di complessità, alla risposta residenziale nelle sue varie forme, temporanee o meno, all'ospedale di comunità, all'hospice, consentono, nell'ottica di una sanità di iniziativa, di assolvere al compito di gestire al meglio la fase di dimissione e ricercare una miglior appropriatezza nei ricoveri. Le cure intermedie sono quindi spesso caratterizzate anche dalla necessità di gestire un bisogno composto socio-sanitario che si aggiunge alla maggiore o minore complessità del singolo bisogno sanitario o sociale.

Il bisogno composto socio-sanitario è talvolta correlato ad elevata complessità assistenziale e la sua valutazione può avvalersi dei criteri già definiti nella Delibera 402/2005. Questi consentono di poter valutare

il bisogno assistenziale unitamente al bisogno sanitario e di renderlo oggettivabile attraverso l'utilizzo di scale per la valutazione multidimensionale (organico funzionale, cognitivo comportamentale, socio relazionale).

Attraverso l'utilizzo di questo strumento di valutazione e perseguendo a livello regionale criteri di omogeneizzazione per ogni zona-distretto/SdS, il fabbisogno prevedibile di assistenza dovrà essere valutato con l'obiettivo specifico di garantire, sul territorio, standard assistenziali strettamente connessi agli effettivi bisogni dei pazienti, attingendo al ventaglio di opzioni di intervento prima citato.

Nell'ottica della implementazione della medicina di iniziativa e della gestione della cronicità mediante il Chronic care model, oltre agli strumenti sopra descritti, nel corso della vigenza del Piano, sarà sperimentata la possibilità di utilizzare anche spazi disponibili, possibilmente attigui all'ospedale, per il percorso diagnostico terapeutico di patologie specifiche (es. bpco, diabete e scompenso, ipertensione grave), che dispongano di funzioni specialistiche e tecnologiche con personale dedicato, la cui gestione può vedere una interazione efficace fra lo specialista ed il MMG che ha in carico il paziente. Tale modello organizzativo permetterà, nella gestione delle malattie croniche di monitorare il paziente nelle prime fasi della riacutizzazione della patologia, di garantire al cittadino una tempestiva presa in carico dei problemi emergenti e di innalzare quindi l'appropriatezza del ricovero.

La sperimentazione renderà possibile l'identificazione del fabbisogno per azienda sanitaria.

L'attivazione di questo tipo di esperienza dovrà prevedere, attraverso specifici indicatori, la valutazione in termini di salute e di efficienza del sistema.

Si delinea con il presente piano un'ampia articolazione dell'offerta territoriale di cure intermedie come risposta coerente alla diversa intensità del bisogno. Si impegna la Giunta regionale a definire entro 180 giorni in maniera articolata le ulteriori linee e criteri per il loro impiego appropriato e gli standard di riferimento.

La presa in carico

88 Attraverso la "presa in carico" viene assicurata al cittadino l'opportuna continuità delle cure e la risposta coerente ai bisogni di salute.

Per garantirla dovranno essere definiti gli apporti professionali (figure sanitarie, sociali e specialistiche), che supportino le fasi di accesso ai servizi socio-sanitari, con particolare riferimento alla valutazione multidimensionale, alla progettazione ed all'avvio dei percorsi terapeutico riabilitativo assistenziali.

Il modello organizzativo del sistema integrato dei servizi socio-sanitari, anche alla luce delle indicazioni scaturite dai vari percorsi sperimentali avviati, deve disporre di risorse professionali, tecniche ed economiche certe e programmate.

La programmazione e la valorizzazione delle risorse professionali, passano necessariamente dal raccordo con la programmazione aziendale e di area vasta e dalla ricerca di modalità organizzative territoriali che permettano di "presidiare" i percorsi sociosanitari legati alla continuità assistenziale, territorio-ospedale, con i supporti specialistici adeguati.

A livello regionale nell'arco di vigenza del presente piano, verranno definiti gli indirizzi per il governo della continuità assistenziale territorio-ospedale, ed i requisiti organizzativi e gestionali di tutti i presidi che sono stati sperimentati nel corso del triennio scorso e che garantiscono la continuità ospedale territorio.

A livello territoriale le Società della Salute, o le Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci, di concerto con le Aziende USL e/o ospedaliere, approveranno formalmente i protocolli di continuità assistenziale sulla base del modello regionale e vigileranno sulla loro applicazione.

5.3.3.1 Nutrizione Artificiale Domiciliare

Nell'ambito dei percorsi assistenziali assicurati nel territorio riveste particolare attenzione la nutrizione artificiale parenterale ed entrale domiciliari.

È stato osservato un incremento dei pazienti che richiedono la nutrizione artificiale domiciliare: si tratta di pazienti prevalentemente neurologici (esiti di ictus, TCE, SLA), neoplastici (per esiti di interventi demolitivi o in chemio-radioterapia), e di pazienti che necessitano di una supplementazione artificiale per

disfagia (neurologici, esiti di tumori testa collo, neoplastici). Tale fenomeno conferma la necessità di assicurare il massimo impegno allo sviluppo di questo percorso assistenziale che, al momento, è sviluppato in modo disomogeneo nelle aziende della Regione.

Al fine di garantire la piena applicazione della Delibera 618/2001 e del precedente PSR, appropriatezza nelle indicazioni, riduzione delle complicitanze, percorsi sicuri e chiari e massima integrazione ospedale territorio si individuano le iniziative necessarie al pieno sviluppo della attività:

- garantire in ogni azienda il Team, o Strutture Multidisciplinari (medico, infermiere dietista), per la Nutrizione Clinica e Artificiale con personale dedicato che si prenda carico di tutto il percorso assistenziale del paziente candidato a NAD dall'Ospedale al territorio e viceversa così da garantire la sicurezza del percorso;
- le strutture o team multidisciplinari, dovranno garantire il punto di riferimento costante per il paziente o i familiari, per la rete infermieristica distrettuale e per il medico di medicina generale, al fine di definire percorsi anche ospedalieri in caso di complicitanze e garantire il monitoraggio costante dei pazienti nel tempo.

5.3.3.2 La rete delle Cure Palliative e l'Hospice

La Regione Toscana ha affrontato il problema dell'assistenza ai pazienti in fase terminale e dello sviluppo delle cure palliative per pazienti adulti a partire dall'anno 1997 nei vari Piani Sanitari Regionali, in coerenza con la legge 39/99 e con il DM 28/99; con specifici atti di Giunta e di Consiglio si sono definite le linee organizzative e a livello nazionale sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. La Regione Toscana ha approvato nel 2007 il Documento "Gli Hospices in Toscana" che regola le modalità di accesso e di utilizzo degli hospices.

Lo sviluppo della rete di cure palliative trova sostegno nella costituzione dell'Istituto Tumori Toscano, nei documenti della Commissione regionale di Bioetica (Gruppo di Pontignano) e nell'attivazione da parte delle Università Toscane di idonei percorsi formativi.

La rete di assistenza ai pazienti in fase terminale è costituita da un insieme funzionale ed integrato di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che si articolano in linee organizzative distinte ma integrate e specifiche strutture dedicate, riconoscendo che la complessità delle esigenze che emergono in queste situazioni non può essere esaurientemente soddisfatta negli ospedali che sono sempre più organizzati per rispondere a situazioni di acuzie.

I Centri residenziali di Cure Palliative (Hospice) sono strutture ad alta complessità assistenziale che si prendono cura dei pazienti in fase terminale della vita quando, per una molteplicità di condizioni cliniche o sociali, il domicilio diventa inadeguato, rappresentano qualificanti articolazioni della Rete assistenziale per le cure palliative.

L'Hospice opera nel rispetto di principi di unitarietà e continuità con l'assistenza domiciliare, in conformità al modello organizzativo regionale.

I soggetti coinvolti nella funzionalità del sistema sono: le Aziende sanitarie, la cooperazione sociale, le associazioni di volontariato e gli enti locali; questi soggetti configurano un sistema nel quale la persona malata e la sua famiglia possono essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede d'intervento privilegiata nel 75 - 85% dei casi, e le strutture di degenza specificatamente dedicate al ricovero - soggiorno temporaneo o definitivo.

L'attenzione agli Hospices, al di là del valore concreto in termini assistenziali, è un importante segnale dello spostamento dell'attenzione pressoché esclusiva dalla malattia e dalla guarigione, alla considerazione della qualità della vita come parte integrante e strutturale dei percorsi assistenziali.

Gli Hospices ad oggi previsti in Toscana sono 18, per un totale di 170 posti letto + 8 in regime diurno, con un rapporto di 0,47 posti letto per 10.000 abitanti, importante sottolineare che l'attenzione degli Hospices si è focalizzata sul settore oncologico che rappresenta sicuramente l'ambito prevalente, ma non esclusivo di competenza.

La Regione Toscana ha avviato nel 2000 il Programma regionale Hospice, nel 2002 sono stati assegnati i primi finanziamenti e nel 2003 sono iniziate le realizzazioni delle prime strutture; allo stato attuale gli Hospices conclusi ed in funzione sono 6, ulteriori 10 sono stati completati dal punto di vista strutturale

ed entreranno in funzione entro il 2008, e gli ultimi 2 saranno ultimati entro il primo trimestre 2009, completando così la rete prevista.

5.3.4 L'attività fisica degli anziani e l'Attività Fisica Adattata

La Prevenzione primaria della disabilità: L'attività fisica degli anziani

C'è un generale consenso nella letteratura scientifica sulla possibilità di prevenire numerose condizioni di morbosità e mortalità prematura nella popolazione anziana senza disabilità, contrastando la sedentarietà con un'attività fisica regolare.

Il Piano vigente conferma quindi l'impegno regionale nella promozione di stili di vita sani. La politica della salute deve assumere una progettualità organica, integrata e condivisa con le diverse parti sociali e le istituzioni locali.

Conseguentemente nelle politiche di prevenzione primaria, l'aumento dell'attività fisica dei cittadini anziani rappresenta un caposaldo della politica di programmazione della Regione e un impegno operativo per le aziende sanitarie.

Tale impegno deve coinvolgere come obiettivi di salute del loro lavoro ordinario i medici di medicina generale e gli operatori sanitari.

Per rendere il sistema in grado di valutare, in un quadro di prevenzione primaria della disabilità, l'attività svolta da tutti i soggetti coinvolti, quali i professionisti, le aziende sanitarie e le associazioni vocate all'attività sportiva non agonistica, saranno elaborati specifici indicatori di efficienza e di salute.

90

Per facilitare e promuovere l'attività fisica dei cittadini, la Regione intende stipulare nei primi mesi di vigenza del Piano una specifica Convenzione con gli Enti di Promozione Sportiva e Sociale operanti in Regione che consenta di promuovere in tutte le articolazioni sportive e sanitarie i corretti stili di vita e l'esercizio fisico come elemento determinante per la salute dei cittadini in ogni fase della vita.

La Prevenzione secondaria e terziaria della disabilità: L'Attività fisica Adattata (AFA)

È stato dimostrato che la disabilità causata da molte malattie croniche è aggravata dall'effetto additivo della sedentarietà. È infatti provato che la sedentarietà è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità. C'è evidenza per molte malattie croniche che questo circolo vizioso può essere corretto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo (prevenzione secondaria e terziaria).

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 finalizzato alla prevenzione secondaria e terziaria degli esiti della malattia.

Nel passato triennio è stata promossa una sperimentazione a livello regionale, condotta con la collaborazione delle associazioni sportive riconosciute che ha prodotto importanti risultati in termini di coinvolgimento della popolazione interessata.

Al mese di dicembre 2006 erano stati attivati 424 corsi coinvolgendo 310 palestre e raccogliendo l'adesione di 6.211 cittadini.

La sperimentazione regionale, unica sul territorio nazionale, ha sollecitato l'interesse oltre che dell'Istituto Superiore di Sanità, anche di vari professionisti, di discipline diverse, che in Italia stanno studiando questa attività. Con questi stessi soggetti è stato promosso, in Toscana, la costituzione di un Osservatorio di studio che utilizzerà l'esperienza regionale per approfondire la materia.

Il Piano Sanitario, in relazione alla valenza strategica della gestione sul territorio della cronicità, punta a consolidare l'esperienza sperimentata fino alla sua messa a regime attraverso un processo di strutturazione dell'attività al fine di assicurarne qualità, appropriatezza ed omogeneità.

In tale contesto risulta determinante, e sarà oggetto di specifica attribuzione di obiettivi di salute a livello aziendale, il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale.

Sono obiettivi del vigente Piano:

1. la definizione entro il 31 dicembre 2008 di un percorso strutturato di attività fisica adattata in ogni azienda sanitaria che preveda:
 - le modalità ed i criteri di accesso al percorso;
 - la ridefinizione degli operatori coinvolti;
 - le modalità di coinvolgimento, come loro specifica attività ordinaria, dei medici di medicina generale e degli altri operatori coinvolti;
 - la implementazione del percorso nelle realtà aziendali favorendo un incremento dei cittadini che potranno usufruire di questo servizio;
 - la definizione, in collaborazione con il MES e l'ARS di indicatori di efficienza e di salute con cui valutare le azioni svolte dai professionisti, dalle aziende sanitarie e dalle associazioni coinvolte.

La definizione del percorso si avvarrà delle valutazioni di modelli gestionali già applicati in alcune realtà aziendali.

2. la misurazione entro il mese di marzo 2009 dei risultati prodotti dalla sperimentazione attraverso una ricerca dedicata;
3. la proposizione a livello nazionale di un modello validato entro il mese di dicembre 2009 anche attraverso l'organizzazione di un convegno di confronto delle esperienze internazionali;
4. l'accesso a sperimentazioni di percorsi innovativi attraverso la partecipazione a progetti internazionali.

91

Nella realizzazione degli obiettivi indicati, condivisi a livello di società della salute, saranno coinvolti per le rispettive competenze le Università della Toscana e l'Istituto Superiore di Sanità.

5.4 L'Ospedale come valore per la collettività

L'Ospedale ha sempre rappresentato di per sé un valore e un punto di riferimento per la collettività che spontaneamente, o attraverso le sue istituzioni, ne ha costantemente controllato l'efficienza.

Semplificando, il ricorso a questa struttura è da sempre riconducibile alle seguenti motivazioni:

- a) risposta ad un fatto acuto che richiede prestazioni di emergenza;
- b) esecuzione di procedure complesse che richiedono tecnologie;
- c) necessità di inquadramento specialistico;
- d) *performance status* del paziente ritenuto insostenibile dai familiari o dalla rete sociale, anche per le caratteristiche del domicilio.

I profili dei ricoveri indotti da queste esigenze si sono profondamente modificati nel corso degli anni non tanto per i cambiamenti di tipo epidemiologico, quanto in funzione della capacità del territorio di dare risposte adeguate o di prevenire alcune manifestazioni cliniche prevedibili nella storia naturale di molte patologie, in particolar modo di quelle croniche. Questo vale per tutte le categorie precedentemente descritte e cioè per l'urgenza, per la diagnostica complessa, per l'attività specialistica, per i bisogni di tipo sociale.

Il percorso verso la definizione dell'ospedale come struttura per acuti è sicuramente andato avanti, ma sono ancora necessari interventi che ricompongano l'articolazione dei servizi sanitari in un'ottica di pariteticità e interdipendenza dell'ospedale e del territorio.

Se ancora è forte, nell'immaginario collettivo, il concetto di maggiore affidabilità dell'ospedale, occorre lavorare non tanto per contrastare l'inappropriatezza di alcuni ricoveri, quanto per valorizzare, anche sul piano del sentire comune, l'appropriatezza dei servizi territoriali.

È evidente che questo percorso si può completare nella misura in cui si riescano a trasferire nel territorio, dando loro visibilità, quelle quote di risposta svolte per anni dall'ospedale con la stessa affidabilità in termini di sicurezza, protezione, tempestività, livello elevato di specializzazione, attraverso assetti organizzativi e processi di efficacia e presa in carico capaci di assicurare i principi ed i requisiti di qualità sopra ricordati.

Il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri ad oggi realizzato nella nostra regione, è la condizione per avviare un'ulteriore evoluzione del ruolo dell'ospedale che, seppure in parte, supera il rapporto esclusivo con la comunità del suo territorio e si proietta con maggior forza nella rete ospedaliera d'Area Vasta.

Questo aspetto rappresenta la scommessa più forte che abbiamo davanti in questo settore.

L'Ospedale assumerà sempre più il ruolo di un pezzo della rete e come tale si caricherà di una duplicità di funzioni comprendendo sia la risposta ai bisogni della collettività di riferimento sia le azioni di più ampio respiro che derivano dalla programmazione dell'offerta di Area Vasta. Le comunità di ciascun territorio sapranno controllare e difendere queste funzioni che rappresenteranno, congiuntamente, il patrimonio dei servizi sanitari della zona ed un'occasione di crescita del territorio e della sua realtà socio economica.

È evidente, tuttavia, che la rete ospedaliera e la programmazione dell'offerta di Area Vasta obbligano a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione tra strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni che si fondano su dati epidemiologici e su economie di scala in grado di coniugare la qualità, l'innovazione e la sicurezza degli utenti.

È su questi tre obiettivi che si concentreranno i necessari investimenti sapendo che il riassetto dell'ospedale non può essere un semplice trasferimento di funzioni al territorio, ma anche un preciso sostegno per una sua nuova connotazione in grado di rispondere in maniera sempre più adeguata sia ai bisogni di base che a quelli più complessi derivanti dalle sinergie di Area Vasta.

Emerge infine, come un'impostazione di questo genere, che privilegia dotazioni coerenti con le funzioni, alti livelli d'integrazione di competenze e la ricerca costante di qualità, e di adeguata casistica per assicurarla, sia la base per garantire quella sicurezza delle cure che rappresenta un obiettivo centrale del sistema sanitario regionale e che si inserisce nel più ampio impegno di tutela del cittadino utente

92

5.4.1 L'ospedale per intensità di cure

L'ospedale del XXI° secolo si muove dalla tradizionale visione di luogo di cura e assistenza di alto livello, ma chiuso in se stesso, atto a separare e distinguere sani e malati, per diventare componente di un sistema di assistenza complesso e integrato che, funzionando in una logica di collegamento e collaborazione continua tra tutte le strutture, risponde in maniera completa alle legittime attese della persona.

All'ospedale moderno si chiede di mettere al centro la persona e le sue necessità, di aprirsi al territorio e di integrarsi con la comunità sociale. Per rispondere a tale mandato la legge 40/2005 che disciplina l'assistenza sanitaria in toscana prescrive un nuovo modello organizzativo.

Il nuovo ospedale promuove un approccio incentrato sul bisogno del singolo, garantendo assistenza continua e personalizzata, percorsi multiprofessionali e multidisciplinari nonchè riferimenti sanitari certi ed appropriatezza nell'uso delle risorse. Le strutture organizzative titolari di funzioni operative restano dotate di piena responsabilità e autonomia tecnico professionale ma è previsto per esse il progressivo superamento del reparto differenziato secondo la disciplina. L'ospedale organizzato per intensità di cure, strutturato per aree in base a un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità, definisce un nuovo paradigma del concetto di cura: in questo modello l'unitarietà delle componenti cliniche ed assistenziali, concetto di cura, è solo funzionale; il bisogno di assistenza si separa, secondo un parametro di intensità, dal legame tradizionalmente univoco con il percorso clinico e le responsabilità cliniche si scindono da quelle gestionali. È evidente che non è in discussione l'efficacia del modello medico-specialistico, che qui trova conferma, ma l'efficienza e la sua sostenibilità sistemica.

Con l'abbandono del vecchio modello che attribuiva alle unità operative spazi e posti letto prefissati e con il passaggio ai cosiddetti "letti funzionali", attraverso l'utilizzo di moduli di ricovero aperti con un notevole numero di posti letto, ogni presidio ospedaliero di medie dimensioni ha la possibilità di rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai cittadini graduando l'intensità delle cure, cioè commisurando le risorse (posti letto, assistenza infermieristica, tecnologie) verso quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinico-assistenziale, utilizzando in maniera congiunta tra più strutture le diverse tipologie di assistenza. In questo modello il personale infermieristico è chiamato a non lavorare più per compiti ma per funzioni e a svolgere un importante ruolo di cerniera per rendere possibile le integrazioni e la condivisione dei processi tra le diverse specialità, con una ricaduta positiva sulla qualità dell'assistenza fornita al paziente.

L'intensità di cura è una dimensione dell'assistenza non facilmente separabile da altre più specificamente professionali e qualitative: queste si riassumono nel lavoro in equipe di medici, infermieri ed altri addetti all'assistenza. Il valore dell'equipe sta, oltre che nel raccordo dei saperi e delle pratiche, nella conoscenza personale degli operatori e nel rapporto di fiducia. Tutelare questo patrimonio qualitativo è fondamentale per la qualità dell'assistenza.

In area chirurgica specifiche linee assistenziali sono facilmente individuabili mediante le modalità di frequenza più caratteristiche della degenza media postoperatoria; degenze post operatorie simili, anche per interventi chirurgici diversi, ipotizzano simili bisogni assistenziali e propongono modelli organizzativi modulati sul bisogno assistenziale, week surgery, day surgery, ricovero ordinario chirurgico: modelli assistenziali diversi per bisogni assistenziali diversi. Nell'ospedale moderno l'area medica si qualifica, invece, essenzialmente come ricovero diagnostico-terapeutico intensivo; il rapporto tra clinica ed assistenza è dinamicamente interagente. Ovunque esistano specificità di processo specialistiche, queste dovranno condizionare la strategia delle aggregazioni strutturali nel pool di posti letto.

Il nuovo modello prevede inoltre la creazione di percorsi differenziati all'interno dell'ospedale, tra emergenza-urgenza e attività programmata, creando percorsi specifici per i pazienti provenienti da pronto Soccorso e per le attività dell'area chirurgica.

Nelle aziende ospedaliero-universitarie la legge 40/2005 prevede un'organizzazione funzionale il cui criterio guida è la logica dei dipartimenti, basata su percorsi affini e sulla inscindibilità delle attività assistenziali, di didattica e ricerca. Nel rispetto della diversa missione, anche per le AOU rimane valida la filosofia di fondo, che pone al centro del sistema il cittadino, e invoca una risposta organizzativa commisurata ai bisogni. È quindi necessario predisporre un percorso di applicazione della logica per intensità di cura coerentemente con l'organizzazione dipartimentale.

Negli ospedali di piccole dimensioni l'organizzazione per aree funzionali introduce una nuova opportunità di attività intraospedaliera anche da parte di unità organizzative precedentemente impegnate solo a livello ambulatoriale.

L'ospedale per intensità di cure esige, nei suoi percorsi interni e nei rapporti con il territorio, un approccio più efficace al tema "continuità assistenziale", che non ha attualmente negli ospedali una risposta organizzata. La continuità assistenziale è un requisito "di sistema" e non può essere garantita ovviamente da un singolo operatore né da una singola struttura del sistema stesso. Bisogna perciò implementare sul versante ospedaliero una serie di strumenti ed azioni per raggiungere un continuum di interventi intorno alla persona: la cartella clinica unica ed informatizzata; i protocolli di comunicazione e il loro monitoraggio; il monitoraggio sui percorsi polispecialistici; la cultura della comunicazione con il malato, la famiglia e il medico di medicina generale. Un aspetto a cui i pazienti sono particolarmente sensibili è quello della presa in carico. Un'organizzazione che permette al paziente di rivolgersi, all'interno dell'unità operativa che ha la responsabilità primaria della cura, a un medico di riferimento, in grado di stabilire e supervisionare il piano delle cure ed il percorso del paziente, integrando tutte le funzioni specialistiche svolte dai colleghi e ponendosi in modo proattivo sin dal primo giorno di ricovero e fino alla gestione del momento della dimissione affinché il cittadino trovi la necessaria continuità. Il medico di riferimento non rappresenta un'ulteriore specializzazione medica o una figura diversa da quelle già presenti nei nostri ospedali, ma l'ulteriore diffusione e sviluppo delle *best practice* già esistenti, che assumono una responsabilità complessiva di percorso, garantendo al cittadino una presa in carico costante.

Un ospedale basato sull'intensità di cura e così organizzato può funzionare soltanto in presenza di un territorio in grado di gestire la cronicità con percorsi assistenziali specifici, basati sul "disease management" e costruiti insieme al personale ospedaliero.

Un processo di cambiamento e trasformazione così profondo richiede la condivisione di tutti gli attori del sistema, in primis operatori e cittadini, e l'adattamento alla realtà locale, nella convinzione che il contributo di tutti sia il fattore di successo dell'iniziativa. Alle società scientifiche cui afferiscono gli specialisti del SSR si chiede di recare il loro contributo nell'elaborazione di una cultura del cambiamento e del governo clinico e nel dialogo con le istituzioni. Nel periodo di vigenza del piano, tenuto conto della complessità e della portata innovativa del progetto, si ritiene di estendere ad ogni Azienda Sanitaria la sperimentazione del modello di organizzazione per intensità di cura in modo da verificarne l'efficacia. Saranno monitorizzati e confrontati i risultati in ospedali con mission e dimensioni differenti. Il periodo di sperimentazione sull'avvio, l'applicazione e l'adattamento del modello sarà utilizzato anche per promuovere l'informazione e favorire il dibattito tra esperti, operatori e cittadini sul grado di rispondenza alle attese, e sulla capacità di coniugare efficienza ed efficacia, di valorizzare le capacità professionali degli operatori sanitari e sviluppare la cultura sanitaria.

5.4.2 Piccoli Ospedali

La rete ospedaliera regionale è stata interessata da un profondo processo di rimodulazione teso a migliorare la qualità dell'assistenza, nel rispetto di un equilibrio delle risorse a disposizione.

Il modello assistenziale per intensità di cure diventa uno strumento operativo necessario per governare, secondo il principio di appropriatezza delle cure in ambito ospedaliero, sia il processo di riconversione di circa il 60% dell'attuale attività eseguita in ricovero ordinario verso il regime di trattamento di ricovero diurno o ambulatoriale, sia la domanda di assistenza a maggiore intensità. Esso costituisce il presupposto per la configurazione dell'ospedale per acuti, ovvero l'ospedale come risorsa estrema, da usare in caso di reale bisogno e per il tempo strettamente necessario.

Va peraltro aggiunto che, in una offerta ospedaliera eccessivamente parcellizzata, esiste una difficoltà, stante i limitati bacini di utenza, e quindi per la tipologia e numerosità della casistica trattata, a garantire nel tempo la manutenzione e il perfezionamento dell'expertise dei professionisti e a raggiungere quei livelli di soglia necessari a minimizzare i rischi per i pazienti, e per gli stessi operatori.

Nel contempo cresce significativamente la patologia cronica e multi-organo, legata all'età avanzata, con problemi di salute che devono essere assistiti nel tempo da equipe pluri professionali.

Il potenziale rischio di tale modello è la "espulsione" dall'area ospedaliera di queste patologie, senza l'organizzazione di una adeguata rete sanitaria ed assistenziale che sappia intercettare e affrontare in maniera soddisfacente ed appropriata il bisogno di salute della comunità.

Occorre, in sintesi, far evolvere l'intera "rete sanitaria", trovando punti di equilibrio ulteriori che sappiano condurre il "sistema" verso un maggior coinvolgimento di tutti i livelli assistenziali, rimodulando i servizi sanitari e socio sanitari del territorio ad essa collegati. Questo è ancora più significativo per quelle Zone Sanitarie che, per caratteristiche oro-geografiche e densità di popolazione, hanno avuto storicamente come punti di riferimento Stabilimenti Ospedalieri che, allo stato attuale, presentano elementi di criticità da risolvere.

In questa ottica sono obiettivi di macro livello:

1. razionalizzare la rete ospedaliera ridisegnando il ruolo dei "piccoli" Stabilimenti ospedalieri, riqualificandone e riconvertendone l'offerta nel rispetto dei bisogni e della sicurezza dei cittadini;
2. mettere a punto linee d'indirizzo per incrementare il governo clinico, definendo percorsi, standard e parametri qualitativi che privilegino la continuità assistenziale e l'integrazione funzionale tra Ospedali e Territorio, analizzando prioritariamente la domanda nel modo più oggettivo possibile
3. prefigurare, in base ai due punti precedenti, il bisogno formativo degli operatori ai vari livelli professionali, elaborando modelli di aggiornamento che favoriscano l'evoluzione delle competenze necessarie. Per tale fine sarà possibile prevedere una mobilità del personale programmata ed istituzionalizzata nel rispetto delle norme contrattuali;

4. garantire la risposta al bisogno urgente (o soggettivamente ritenuto tale), in considerazione delle situazioni geografiche e dei tempi di percorrenza verso i Presidi maggiori, migliorandola dal punto di vista di efficienza/efficacia e di razionalità nell' "offerta".

In questo contesto, il piccolo ospedale si pone come strumento in grado di dare risposte non solo ad esigenze assistenziali, ma anche a nuove domande formative, assumendo così un valore strategico ed un ruolo significativo nell'insieme della rete ospedaliera.

In effetti, dai piccoli ospedali parte una nuova organizzazione, che consente la piena realizzazione del raccordo tra la struttura e il MMG, assicurando la necessaria continuità assistenziale tra la medicina ospedaliera e quella territoriale. In essi si ottimizza la gestione della riacutizzazione delle patologie croniche, sia nella fase sub-critica (ricovero ospedaliero), sia in momenti che richiedono più bassa intensità (Day Hospital, Day Service) che la diagnosi e la cura di patologie di nuova insorgenza, che non richiedono ricoveri ad alta intensità. Si delinea così nel territorio un insieme articolato di strutture (dall'ospedale di comunità al piccolo ospedale) che, per la peculiarità delle patologie che affrontano, non possono essere separate dall'offerta formativa.

Il modello dell'ospedale di formazione per la continuità rappresenta la modalità con cui si raccordano direttamente le sedi sopradescritte con le attività di formazione, attuando una proficua integrazione "periferica" con l'Università.

Tale formazione è finalizzata a:

1. minimizzare i rischi di un insufficiente expertise dei professionisti, a causa dell'esiguità del bacino di utenza e delle caratteristiche epidemiologiche del territorio;
2. preparare le diverse figure in formazione (studenti per le lauree di I e II livello di area socio-sanitaria, specializzandi, medici tirocinanti per la Medicina Generale) su casistiche normalmente non riferite alle strutture di alta specializzazione/intensità di cura;
3. favorire la mobilità dei professionisti nell'ottica della valorizzazione della continuità e della acquisizione delle conoscenze relative all'intero percorso assistenziale.

95

Dalla lettura dei dati di attività dei Presidi "periferici" si possono ricavare le seguenti considerazioni riassuntive:

- a) una riduzione negli anni dei tassi di Ospedalizzazione per i ricoveri medici ed una sostanziale costanza di quelli chirurgici, un aumento dei volumi di Ospedalizzazione diurna, sia in ambito medico che chirurgico (in linea con i dati regionali complessivi);
- b) una maggiore propensione per i residenti nelle aree di riferimento di tali presidi, ad utilizzarli per i ricoveri internistici, a fronte di una mobilità verso i presidi di maggiore dimensione per i ricoveri chirurgici;
- c) in ambito internistico la significativa numerosità di ricoveri che evidenziano motivi di ammissione per acuzie o riacutizzazioni di carattere neurologico o cardio-respiratorio;
- d) in ambito chirurgico la scarsissima incidenza di interventi in emergenza non differibile;
- e) la elevata percentuale di ricoveri ordinari con DRG medici dimessi dai Reparti di Chirurgia generale.

Il modello Ospedaliero che si può prefigurare è conseguibile attraverso i seguenti interventi:

- 1) incrementare la capacità di risposta del PS/DEA, per far fronte ai bisogni "urgenti", e quindi operativamente attrezzato per rispondere alle emergenze – urgenze mediche, per inquadrare clinicamente e discriminare le urgenze chirurgiche e per gestire la piccola – media traumatologia. Per ottenere questi risultati è necessario:
 - a) equipe medica Ospedaliera dedicata in stretta integrazione con i medici dell'emergenza/urgenza territoriale;
 - b) adeguata strumentazione diagnostica 24H in dotazione al PS/DEA, disponibilità della tele-diagnostica per immagini e cardiologica; diagnostica laboratoristica secondo i modelli organizzativi recentemente elaborati;

- c) attivare percorsi alternativi (“see and treat”, ambulatorio medico–infermieristico) per le “urgenze minori”;
 - d) organizzazione di un’Area di Osservazione Breve per l’inquadramento e stabilizzazione dei pazienti;
 - e) garantire un efficace ed efficiente sistema di trasporto in urgenza per casi complessi.
- 2) razionalizzare gli spazi di ricovero:
 - a) unificare l’Area di degenza ordinaria, eventualmente da differenziare in base alla intensità assistenziale
 - b) incrementare gli spazi per la Day Surgery, allargando la offerta ad alcune discipline specialistiche
 - c) attivare (o aumentarne gli spazi) il Day Service
 - 3) limitare l’attività chirurgica a quella programmata,
 - 4) incrementare la “offerta” specialistica, soprattutto in ambito di diagnostica/interventistica endoscopica e mini–invasiva
 - 5) garantire una presenza, per assistenza, consulenza ed attività ambulatoriale per le discipline chirurgica e ortopedico–traumatologica;
 - 6) sviluppare attività assistenziali di grande importanza quali il trattamento con chemioterapici.

Per migliorare il collegamento con il territorio per l’assistenza in fase post acuta e alla cronicità a rischio di instabilità, occorre estendere il modello dell’ospedale di comunità e gli altri richiamati del paragrafo sulle cure intermedie, confermando la loro totale autonomia organizzativa seppur eventualmente ubicati strutturalmente in spazi ricavati dallo stesso ospedale.

5.5 Il sistema dell’emergenza fra ospedale e territorio

5.5.1 L’emergenza urgenza territoriale

96

Il servizio di emergenza–urgenza territoriale, identificato con il numero 118, ha modificato, dal momento della sua attivazione, le modalità di gestione dell’emergenza a livello territoriale ed il rapporto della stessa con la medicina generale. Nel contempo, la formazione di personale appositamente dedicato ha permesso di innalzare la qualità del servizio, consentendo di effettuare interventi sempre più appropriati e tempestivi. L’attivazione del servizio di elisoccorso e l’introduzione di nuove tecnologie in grado di trasmettere dati dal sito di intervento ai Pronto Soccorso hanno prodotto un ulteriore miglioramento della qualità degli interventi.

Un numero telefonico unico “118”, rappresenta quindi un modello di intervento unico per il bisogno di nuova insorgenza, con un’unica regia e responsabilità.

Il 118 ha assunto, pertanto, nel tempo, in termini culturali e sanitari, la dimensione rassicurante della efficacia, diagnostica e terapeutica, collegata alla risoluzione del bisogno urgente. Ciò non toglie che esista la necessità, per la crescita del sistema di una riflessione sulla ridefinizione di alcune caratteristiche del sistema stesso, in particolare inerenti:

- le modalità di accesso del cittadino al servizio;
- l’organizzazione della Centrale Operativa;
- le qualifiche del personale impiegato nella Centrale stessa;
- l’ampiezza del bacino territoriale di intervento, considerando, per la centrale operativa, la dimensione di Area Vasta quale bacino ottimale;
- le modalità organizzative di intervento sul territorio, anche in relazione alle caratteristiche demografiche ed orogeografiche dello stesso;
- l’opportunità di utilizzo integrato “a rotazione” del personale afferente al sistema 118 – P.S., al fine di superare criticità derivanti dal continuativo impiego di detto personale in postazioni che richiedono prevalentemente prestazioni a bassa complessità professionale o da situazioni di carenza numerica. Tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere il bisogno di salute percepito come urgente.

In questo contesto, la sfida dell'appropriatezza dell'accesso al P.S./118 è affidata alla capacità di organizzare una reale integrazione assistenziale tra il Sistema 118–Pronto Soccorso ed i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio, tale da garantire l'equilibrio delle cure urgenti assicurate dal 118 o nel P.S.:

- da un lato, con la continuità delle cure necessarie erogate appropriatamente nella medicina territoriale;
- dall'altro, con la nuova organizzazione degli Ospedali per intensità di cure e con la rete dell'alta specializzazione legata al sistema di emergenza–urgenza territoriale, che identifica, pertanto, il 118 quale strumento in grado di mettere in relazione il bisogno del cittadino con la capacità del sistema di risolverlo. In particolare per la risoluzione di evenienze quali il trauma, adulto e pediatrico, ed il grande ustionato è necessario pensare ad una corretta connessione con il sistema di rete.

Altre criticità attengono al sistema di elisoccorso. L'attuale organizzazione necessita di una maggiore integrazione e coordinamento delle attività delle tre elibasi. Risulta importante, nel corso della vigenza del Piano, favorire una maggiore appropriatezza nell'uso del mezzo ad ala rotante, che appare dall'analisi dei dati troppo spesso collegato ad aspetti localistici, con scarso scambio di informazioni da base a base e con prevalenza di utilizzo nella Provincia sede di elibase. In tale riflessione organizzativa dovranno essere compresi gli aspetti correlati alla sicurezza per il paziente e per gli operatori, essendo detta variabile imprescindibile per il buon funzionamento del sistema. Altra criticità è rappresentata dalla corretta implementazione dell'attivazione della rete delle elisuperfici. Tale aspetto si ripercuote, infatti, sulla capacità di penetrare la realtà territoriale più periferica, permettendo la ridefinizione della mission dei piccoli Ospedali in particolare per quanto attiene alle tematiche della gestione delle emergenze ed alle modalità di centralizzazione delle stesse.

Obiettivi per il triennio

97

- **Adeguare il sistema dell' Emergenza Urgenza territoriale** alla nuova mission derivante dal riassetto organizzativo della Medicina Territoriale proponendo l'Area Vasta quale bacino di riferimento per la nuova organizzazione, attraverso:
 1. l'elaborazione di un progetto di gestione unificata del servizio 118 e la sua sperimentazione in almeno un'Area Vasta prevedendo l'omogeneizzazione dei sistemi informatici, telefonici e radio. Tale elaborazione progettuale dovrà garantire, sia nella fase di analisi che di proposta, la partecipazione di tutti i soggetti interessati e tener conto delle aspettative collegate all'evoluzione formativa delle professioni sanitarie, soddisfacendo le attese derivanti da corsi di studio sempre più qualificati ed impegnativi. Verranno inoltre assunte azioni tese al superamento delle attuali modalità di reclutamento del personale, dando inoltre la necessaria stabilità al rapporto di lavoro degli operatori interessati in attuazione del CCNL;
 2. l'accREDITAMENTO per la qualità, nell'accezione più estesa del termine, delle Centrali Operative 118, coerentemente ed in parallelo all'accREDITAMENTO dei PP.SS. delle strutture ospedaliere;
 3. la definizione di sistemi omogenei per la trasmissione ed archiviazione dei dati;
 4. la definizione di un sistema omogeneo a livello regionale per la codifica della gravità di un evento di pertinenza del 118 (dispatch toscano).
 5. l'elaborazione di protocolli operativi con i Dipartimenti di Salute mentale per la gestione dell'emergenza psichiatrica in età adulta e adolescenziale anche al fine di ridurre il ricorso inappropriato al ricovero ospedalieri.
- **Potenziare e razionalizzare il servizio di elisoccorso** attraverso:
 1. l'elaborazione di una progettualità per la gestione unificata a livello regionale del sistema di elisoccorso che aumenti l'attuale efficienza;
 2. l'aggiornamento di procedure condivise per l'utilizzo del mezzo ad ala rotante e la definizione di indicatori e standard per la verifica dell' appropriatezza nell'uso;

3. l'elaborazione di un progetto tipo con tempi di esecuzione definiti per la costruzione e l'autorizzazione delle elisuperfici;
4. la pianificazione delle varie fasi della gara del servizio regionale di elisoccorso, definizione del capitolato speciale di appalto, effettuazione della gara, attribuzione del servizio di elisoccorso e verifica della fase di attivazione con particolare attenzione al tema della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

5.5.2 La gestione del trauma in rete

Appare indispensabile inserire una progettualità che dia risposte alle tipicità di bisogno legate all'altissima specializzazione collegata al sistema dell'emergenza urgenza generata da trauma sia nell'adulto sia nel bambino, così come per casistiche di grande complessità quali quelle collegate alle grandi ustioni. Casistiche per la cui soluzione è necessario che si produca una interazione virtuosa tra il sistema dell'emergenza ed il sistema a rete preposto alla gestione di tali complesse tematiche in cui il corretto approccio fino dal suo manifestarsi è spesso condizionante nell'evoluzione del quadro clinico.

Se fino ad oggi i Trauma Center si sono qualificati soprattutto per una capacità chirurgica diversa da quella operante negli altri nosocomi, l'organizzazione moderna deve tener presente che l'alta mortalità ed invalidità conseguenti al trauma derivano dalla compromissione del sistema nervoso e dell'apparato cardiovascolare, che devono trovare in questi centri una adeguata risposta assistenziale (centri HUB: centri nodali della rete). Tali centri, quindi, saranno contraddistinti anche da una adeguata Assistenza Specialistica per l'Emergenza (ASE), caratterizzata oltre che dalle più avanzate tecniche diagnostiche anche da procedure invasive non chirurgiche. La terapia conservativa in un paziente traumatizzato stabile, infatti, garantisce una risposta qualitativamente migliore sia sul piano dei postumi che della sopravvivenza.

È sulle sedi HUB che il presente Piano intende investire potenziando tali attività.

Si definisce così il completamento della rete del trauma incardinando sulle quattro aziende ospedaliere-universitarie i centri nodali della rete, che si distinguono per essere sedi di attività radiologiche e interventistiche operative oltre che di chirurgia specialistica cardiovascolare e neurologica.

98

Ecco quindi che la rete del trauma trova i suoi punti di eccellenza identificati per competenze sia su tutti i DEA della rete (Centri Spoke) che sui Centri HUB integranti l'assistenza per quelle patologie non trattabili in tutti i presidi ospedalieri.

In sintesi la realizzazione dei centri HUB deve inserirsi in un modello flessibile fortemente incardinato nella rete sanitaria toscana. La presenza di funzioni appropriate in tutti i nosocomi toscani consente di rispettare, nella stragrande maggioranza dei casi, il concetto della vicinanza dell'ospedale al luogo dell'evento traumatico, garantendo al paziente un soccorso adeguato con tempi di trasporto brevissimi. D'altra parte in presenza di segni di lesione cardiovascolare e neurologica già rilevabili sul luogo dell'incidente, si impone la centralizzazione ai centri HUB ogni volta in cui le condizioni di stabilità del paziente lo consentono, prevedendo, ove ciò non fosse possibile, la stabilizzazione del paziente nel più vicino nosocomio con successivo trasferimento in uno dei centri di riferimento per il trauma.

La Giunta regionale è impegnata ad approvare entro il 2008 gli indirizzi organizzativi e tecnici finalizzati alla ottimizzazione delle risorse e al miglioramento dei sistemi di trasporto dei pazienti con trauma, individuando indicatori e adottando linee guida per la centralizzazione del trauma maggiore. Per l'elaborazione degli indirizzi la Giunta si avvarrà della collaborazione di esperti nominati dal CSR.

La Giunta è impegnata altresì a promuovere entro il 2008 azioni finalizzate allo sviluppo ed al completamento del sistema di tutela dei grandi ustionati, attraverso la riorganizzazione e l'ulteriore potenziamento del Centro Ustioni Regionale.

Interventi per la gestione integrata in rete del trauma epatico maggiore

Nelle lesioni epatiche minori (grado I-III) la mortalità dipende dall'entità delle eventuali disfunzioni o danni d'organo associate, mentre in quelle di grado elevato (grado IV-VI) l'outcome dipende dal danno anatomico primitivo del fegato.

Mentre le lesioni parenchimali di modesta entità possono essere trattate nella maggior parte dei casi con la loro sutura presso tutti i Presidi Ospedalieri, le lesioni più severe richiedono procedure complesse che vanno dalle resezioni parenchimali fino al trapianto di fegato. Le lesioni epatiche che non producono instabilità emodinamica possono essere trattate con metodica conservativa, monitorizzando il paziente in

Unità di Terapia Intensiva, mentre quelle più gravi e che provocano instabilità emodinamica richiedono un intervento chirurgico in regime di urgenza, presso una struttura di riferimento.

Il paziente affetto da trauma epatico maggiore rappresenta una sfida complessa per l'organizzazione sanitaria territoriale in quanto richiede:

- un Centro di riferimento regionale di trapianto e chirurgia epatica ove siano disponibili le competenze professionali, le risorse tecnologiche e tutte le opzioni terapeutiche (chirurgiche, rianimatorie, radiologiche e trapiantologiche) oggi disponibili per il trattamento della patologia traumatica epatica maggiore;
- una Rete ospedaliera territoriale in grado, per capacità e tecnologia, di eseguire una prima, ma completa, valutazione di tutte le lesioni riportate dal soggetto, di programmare un percorso terapeutico basato sulle priorità, e di eseguire una stabilizzazione chirurgico-rianimatoria;
- un protocollo condiviso tra le Aziende, le strutture sanitarie territoriali e gli operatori professionali coinvolti nella gestione del paziente affetto da trauma epatico maggiore finalizzato all'individuazione dei casi che possono beneficiare del trasferimento presso il centro trapiantologico;
- un sistema di trasporto medicalizzato efficiente e pienamente operativo che conduca il paziente dal luogo dell'evento al Centro ospedaliero più vicino, e da questo, ove ne sia riscontrata la necessità, al centro trapiantologico;
- programmi di aggiornamento continuo per il personale coinvolto nella gestione del paziente affetto da trauma epatico maggiore;
- verifica dell'efficacia del sistema, individuazione delle criticità ed interventi correttivi grazie ad un costante monitoraggio.

Il paziente affetto da trauma epatico maggiore richiede quindi un percorso assistenziale multidisciplinare basato sull'integrazione a rete delle strutture di assistenza dell'intero territorio regionale affinché gli siano offerte tutte le opportunità terapeutiche, compreso il trapianto di fegato, attualmente possibile presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Centro di Riferimento Regionale per il trapianto e la chirurgia epatica.

99

Interventi per la prevenzione e trattamento del trauma pediatrico

Crescenti evidenze supportano la premessa che i Centri Traumatologici per adulti abbassano i rischi di morte nei pazienti severamente traumatizzati.

Lo stesso principio è stato applicato alla popolazione pediatrica e un numero in crescita di studi clinici evidenzia che, come nella popolazione adulta, il paziente pediatrico gravemente traumatizzato riceve un trattamento più adeguato e va incontro ad un miglior esito quando viene gestito presso un trauma center pediatrico dove il trattamento e la cura del bambino vengono forniti da personale esperto ed esplicitamente formato per rispondere ai bisogni del paziente pediatrico traumatizzato.

La gestione delle lesioni traumatiche acute è un punto di grande interesse per la Sanità pubblica della Regione Toscana che si pone l'obiettivo di migliorare gli esiti clinici utilizzando le risorse presenti sul territorio.

Questa iniziativa porterà all'attivazione di un programma che prevede:

1. il lancio di una campagna di prevenzione del trauma;
2. la strutturazione di una rete definita per il trauma pediatrico, tale da assicurare che i traumi maggiori siano gestiti in modo centralizzato presso l'Ospedale Pediatrico Meyer, in base a criteri clinici precedentemente concordati con tutti gli operatori del sistema;
3. un sistema di trasporto sicuro;
4. la definizione di un'offerta formativa rivolta ai medici afferenti ai dipartimenti d'emergenza.

5.5.3 La rete regionale e di Area Vasta delle terapie intensive

La attivazione di una "rete di coordinamento di area vasta e regionale delle Terapie Intensive", esplicitamente prevista dal precedente P.S.R. 2005-07, ha iniziato il suo percorso con la costituzione dei "Coordina-

menti Tecnici di area vasta delle T.I. polifunzionali”, nei quali sono state opportunamente integrate anche le T.I. specialistiche. Tali Coordinamenti Tecnici operano come promozione e sostegno nel governo clinico della programmazione di area vasta.

Le finalità costitutive della rete si sintetizzano nel mandato di garantire in emergenza–urgenza la possibilità di dare tempestiva risposta a tutte le necessità di ricovero in T.I., in particolare permettendo, quando necessario, il ricovero nelle T.I. dei presidi dotati di attività di alta specializzazione (Neurochirurgia, Cardiocirurgia, ecc). Quest’ultimo deve essere garantito, quando possibile, attraverso una centralizzazione primaria concordata con le Centrali Operative 118, altrimenti attivando modalità sicure di trasporto da ospedale a ospedale. D’altra parte il fabbisogno ospedaliero di posti letto di T.I. deve tener conto anche della necessità di dare corso in tempi congrui alle attività di elezione interne di ciascun Ospedale che necessitano di ricovero in T.I., con particolare attenzione alle attività chirurgiche per le quali deve comunque essere valutata la attivazione di “recovery room”.

Il buon funzionamento della rete di area vasta, grazie al quale ogni paziente trova il posto letto “al momento giusto nell’Ospedale giusto”, presuppone in ciascun Ospedale l’adeguato dimensionamento del numero dei posti letto intensivi e sub–intensivi, visti, ove strutturalmente possibile, non come entità fisicamente e gestionalmente separate, ma come un continuum assistenziale che si modula in base alle necessità dei singoli pazienti e, ove strutturalmente non possibile, comunque gestiti nella prospettiva dell’Ospedale organizzato per intensità di cure. La virtuosa integrazione tra letti intensivi e sub–intensivi permette di mantenere elevata la appropriatezza di uso dei letti intensivi, che deve essere periodicamente valutata.

La rete di area vasta delle T.I. troverà nel livello regionale, mediante uno specifico coordinamento, un ulteriore momento di integrazione allo scopo di confrontare i modelli organizzativi, i risultati ottenuti e le criticità riscontrate, e comunque di garantire il ricovero in T.I. in situazioni eccezionali (ad es. maxiemergenze) nelle quali la singola area vasta non riesce a far fronte al fabbisogno. Sarà inoltre opportuno che a tale livello siano elaborati criteri condivisi di ammissione e dimissione, di appropriatezza di uso e di valutazione della qualità dell’assistenza.

100

5.5.4 La terapia iperbarica nella Regione Toscana

La terapia iperbarica è una metodica consolidata, basata sulla somministrazione, attraverso le prime vie respiratorie, di Ossigeno puro oppure di miscele respiratorie con alte percentuali di Ossigeno, in ambienti ermeticamente chiusi (camere iperbariche) entro cui, con aria immessa dall’esterno, si aumenta la pressione ambiente.

Le camere iperbariche, con le quali si attua questa metodica, devono essere multiposto e essere situate in centri iperbarici che, nelle strutture pubbliche, afferiscono ai Dipartimenti d’Emergenza.

La mission dei Centri iperbarici deve:

- garantire le prestazioni sanitarie sia in routine sia in emergenza / urgenza per tutte le patologie per le quali essa è considerata efficace;
- promuovere lo studio e la ricerca sull’efficacia della terapia ed aggiornare, previa approvazione del Consiglio Sanitario Regionale, l’elenco delle patologie per le quali è indicata sia come terapia essenziale, sia come terapia complementare.

Nei Centri Iperbarici delle strutture pubbliche in Toscana, in rete e collegate fra loro con collocazione corrispondente alle tre Aree Vaste, facendo riferimento all’AOU di Pisa, all’AOU di Careggi, alla ASL di Grosseto, si confermano i principali requisiti organizzativi:

- devono avere personale sanitario specializzato dedicato;
- devono essere in grado di rispondere alle emergenze per H 24 e 365 giorni l’anno;
- devono garantire la risposta alla patologia programmabile;
- devono avere tutte le dotazioni previste dalle linee guida ISPESL atte a garantire la sicurezza sia dei pazienti in trattamento, sia degli operatori.

5.6 Le Azioni programmate ed i Progetti Obiettivo

5.6.1 Le Azioni Programmate

Con i precedenti Piani sanitari la Regione ha proposto alle Aziende, attraverso le Azioni programmate, indirizzi e strumenti di programmazione tali da orientare i produttori su attività o temi sanitari di particolare interesse, quali il percorso assistenziale di determinate patologie, la regolamentazione di specifiche pratiche mediche, diagnostiche o di interventistica chirurgica, l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva, con la finalità di uniformare sul territorio regionale i risultati attesi dalla operatività di tale iniziative.

Con il precedente Piano sono stati altresì dati indirizzi alle reti di Area Vasta affinché producessero, con il contributo indispensabile dei professionisti, strumenti di programmazione specifici rispetto ad alcune linee assistenziali.

Il presente Piano conferma tale orientamento rilevando come solo attraverso il sistema delle aree vaste sia possibile appropriatamente assicurare una programmazione coerente ai bisogni assistenziali e valorizzare il contributo che il governo clinico può e deve assicurare alla pianificazione strategica.

In tale ambito si mantengono gli indirizzi per le aree vaste riguardo alle precedenti azioni programmate relative a:

1. patologie cardiovascolari e del metabolismo;
2. nefropatie croniche;
3. cure palliative;
4. insufficienza respiratoria cronica (ad integrazione di quanto già previsto nel capitolo relativo alla sanità di iniziativa);
5. malattie reumatiche;
6. patologie neurologiche e assistenza medullose.

101

Nel corso del triennio relativo al presente Piano è prevista la costituzione di Registri regionali dei pazienti affetti da nefropatia cronica, da sclerosi multipla e da patologia tumorali oltre quelli richiamati nei paragrafi specifici relativi alle malattie rare e dei difetti congeniti.

In riferimento all'azione programmata assistenza ai medullose viene confermata la realizzazione, presso l'AOU di Pisa, del "Centro per la cura e la riabilitazione dei mielose" dimessi in sicurezza e in modo precoce dalla unità spinale unipolare dell'AOU di Careggi.

Tale progetto, già previsto nel protocollo di intesa sottoscritto dalla commissione regione il 12/05/2004, prevede la realizzazione all'interno di un'area dedicata dell'Ospedale di Pisa di una struttura finalizzata al trattamento dei medullose sia attraverso interventi di riabilitazione neurologica e urologica viscerale, sia con interventi di riabilitazione occupazionale. Collocata nell'ambito dell'area ospedaliera, la struttura disporrà di posti letto per la degenza e spazi adeguati per la riabilitazione. Quest'ultima, configurabile come un'attività di riabilitazione ospedaliera di secondo livello, si avvarrà anche di competenze "territoriali" finalizzati a favorire il reinserimento lavorativo grazie alla previsione di una gestione unitaria, inizialmente in forma sperimentale, fra l'AOU Pisana e l'Azienda USL 5 di Pisa.

Permangono tuttavia temi di interesse che richiedono un impegno programmatico tale da investire direttamente il livello regionale. Queste tematiche sono individuate sulla base della particolare rilevanza per lo stato di salute della popolazione toscana, a fronte di una insufficiente risposta assistenziale motivata dal rapido evolversi delle tecnologie e dei sistemi organizzativi, nonché nell'ambito di percorsi assistenziali strettamente legati al governo clinico regionale. Rispondono a tali caratteristiche le seguenti linee assistenziali e progettualità:

- la rete oncologica;
- il percorso assistenziale del paziente con ictus;
- l'organizzazione del sistema trapianti;
- il Piano Sangue;
- gli interventi di cooperazione internazionale;
- le medicine complementari e non convenzionali;

- la Riabilitazione;
- la prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni ospedaliere;
- il percorso di diagnosi e cura delle maculopatie degenerative;
- la rete specialistica per le malattie rare;
- la diagnostica predittiva e la medicina personalizzata;
- l'assistenza termale;
- il patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie;
- l'assistenza religiosa.

5.6.1.1 La rete Oncologica

Il carico assistenziale della patologia oncologica ha subito un progressivo aumento per almeno tre ragioni:

1. l'elevazione dell'età media della popolazione;
2. l'aumentata sopravvivenza di pazienti affetti da tumori anche se non guariti (cosiddetta "cronicizzazione");
3. l'incremento delle opportunità di cura.

A fronte di questo dato ha avuto luogo, comprensibilmente, un accrescimento della spesa assistenziale: sia per l'incremento del numero dei pazienti oncologici, sia per l'innalzamento delle spese diagnostiche e terapeutiche che ogni paziente, in media, richiede.

L'analisi epidemiologica ed i nuovi orizzonti della oncologia fanno prevedere un sempre maggiore peso per il SSR: tanto che vi è un rischio che questo settore assistenziale, se non efficacemente governato, possa entrare in crisi in termini di sostenibilità.

In questa ottica diventa ancora più importante l'attivazione di un piano per la prevenzione che, oltre a rafforzare la prevenzione secondaria, definisca scelte strategiche e intersettoriali in favore della prevenzione primaria, come la opzione più valida nel lungo periodo anche in termini di investimento economico.

Il presente PSR conferma la scelta strategica dell'Istituto Toscano Tumori (ITT) quale modello originale di valorizzazione e di integrazione di tutti i settori di prevenzione, cura, alta specializzazione e ricerca in campo oncologico.

Vengono qui rafforzati e declinati sul piano delle azioni i principi fondanti di questo modello, quali:

- un *unico sistema di governo* per tutti gli attori dell'oncologia (dalla prevenzione alla cura, dall'ospedale al territorio, dalle risposte di base all'alta specializzazione ed alla ricerca) necessario per perseguire la coerenza ed assicurare la compatibilità degli interventi;
- la *struttura a rete*, che rende il sistema capace di intercettare integralmente la domanda, di promuovere la continuità di cura e di favorire le sinergie di percorso;
- un *modello organizzativo* caratterizzato da accessi molteplici nel territorio che attivano percorsi condivisi secondo regole di appropriatezza e rendono fruibili, gratuiti e tempestivi anche l'innovazione e l'alta specializzazione, ogni qualvolta siano necessari;
- una precisa *definizione di competenze* in cui l'ASL provvede all'accesso e all'avvio del percorso; l'Area Vasta si fa carico di perseguire l'equilibrio tra domanda e offerta assumendo anche una quota di funzioni di livello regionale; l'ITT individua le procedure per conciliare omogeneità con cure ottimali e promuove la creazione di infrastrutture in grado di arricchire la rete.

Le azioni, condotte da attori diversi in diverse fasi del percorso assistenziale, assumono i seguenti obiettivi strategici unificanti:

- la *qualità diffusa* nelle prestazioni e negli aspetti relazionali in tutto il territorio regionale a partire dalle realtà periferiche fino agli snodi di alta specializzazione;
- l'*appropriatezza* come elemento guida della offerta e della programmazione degli investimenti, sostenuta dalla condivisione degli operatori, dall'attenzione critica all'innovazione e dalla responsabilizzazione dei cittadini utenti;

- la *continuità assistenziale* come risposta alla criticità dei passaggi in cura e della interazione tra ospedale e territorio;
- la *omogeneità della offerta* quale espressione del diritto di ogni cittadino ad essere curato in maniera adeguata indipendentemente dalla sua residenza e dal suo censo.

Il raggiungimento di questi obiettivi passa attraverso un utilizzo crescente di alcuni **strumenti**, quali:

- **Governo clinico**: la capacità progettuale già ampiamente sperimentata dalla oncologia toscana, richiede ulteriore conferma specie nella effettiva facoltà di incidere sulle scelte;
- **procedure di sistema**: la definizione di modelli organizzativi e comportamentali comuni rafforza il senso di appartenenza e costituisce un elemento di garanzia per l'utente;
- **valorizzazione delle risorse esistenti**: dal censimento di attività di "nicchia" e/o di alta specializzazione nasce l'opportunità di una fruibilità collettiva e di un raggiungimento di massa critica di casistica;
- **infrastrutture e funzioni di servizio**: la disponibilità specie nel settore della ricerca clinica di strumenti messi a disposizione dal sistema aumenta la capacità e la penetranza di studi che hanno le potenzialità della casistica regionale.

Il presente PSR in una logica di continuità e rafforzamento dei precedenti piani prevede il completamento e l'avvio di azioni rispettivamente già intraprese o previste nell'ambito degli specifici documenti di indirizzo dell'ITT e in sintesi di seguito riportate:

- **ricerca**: realizzazione del Core Research Laboratory (CRL) in Firenze e dei laboratori satellite di Pisa e Siena. Finanziamento pubblico di progetti di ricerca clinica, ricerca traslazionale e ricerca di base nel settore oncologico all'interno della Regione. Bandi per promuovere anche l'intervento di finanziamenti esterni, in un settore caratterizzato da grandi investimenti. Si tratta, in tale contesto, di delineare i campi di interesse e di pubblica utilità della ricerca stessa e di promuovere percorsi di sviluppo, anche in partnership con le imprese;
- **infrastrutture**: attivazione di un Centro di Coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche. Informatizzazione del Sistema (cartelle cliniche, teleconferenze, telepatologie, etc..). Creazione di un sistema informativo sotteso alla rete per il monitoraggio dei percorsi assistenziali e di supporto alla ricerca in grado di integrarsi con i flussi informativi già esistenti e di produrne nuovi e specifici. Core facilities per la Ricerca pre-clinica e clinica;
- **realizzazione** di almeno tre clinical trials spontanei a partecipazione multicentrica nella Regione;
- **prevenzione**: promozione di programmi di prevenzione primaria con particolare riferimento ad aree geografiche a maggior incidenza. Coinvolgimento dei MMG e di alcuni specialisti (ginecologi) nella promozione degli screening con particolare attenzione all'informazione nei confronti delle popolazioni migranti. Produzione di un Piano per la Prevenzione caratterizzato da progetti di lungo termine, con obiettivi specifici (ad es. riduzione a 10 anni del 10% dei tumori fumocorrelati), frutto della integrazione tra Sanità e Ambiente, correlato alla progettualità delle Società della Salute e all'alta integrazione di diversi settori regionali;
- **assistenza**: realizzazione di raccomandazioni cliniche condivise per altri tumori (oltre ai 6 gruppi già coperti).

Monitoraggio della adesione alle raccomandazioni cliniche già vigenti e identificazione di criticità.

Definizione di:

- a) strutture di riferimento e di percorsi assistenziali per soglia di attività per tipo di tumore e fase di malattia (dalla prevenzione alla terminalità) iniziando dal tumore mammario (Breast Unit);
- b) identificazione di snodi strategici di alta specializzazione che a partire dai Dipartimenti Oncologici delle Aziende Ospedaliere Universitarie costituiscano strutture di riferimento per ciascuna Area Vasta;
- c) individuazione funzioni regionali di riferimento attraverso un percorso di valutazione che adotti criteri oggettivi, condivisi e periodicamente verificati. Attuazione di un percorso definito per l'Alto rischio genetico. Miglioramento della presa in carico con minimizzazione dei pesi "burocratici" (prenotazioni, ritiro esami, etc.). Censimento completo dei GOM e monitoraggio della loro attività;

- **formazione:** integrazione con le Università per percorsi formativi regionali nell'ambito delle Scuole di specializzazione, miranti a creare un unico sistema di training ITT. Sviluppo e redazione di uno specifico programma formativo triennale elaborato sulla base di una rilevazione accurata dei bisogni e delle modalità formative più idonee (Promozione di procedure di formazione on line tra professionisti su casistiche complesse. Finanziamento stage c/o istituzioni straniere. Stage di interscambio tra le diverse unità dell'ITT. Calendario regolare di staff rounds e journal club per via telematica a livello regionale);
- **Governo Clinico:** interventi su spesa farmaceutica, innovazione tecnologica, fabbisogno di radioterapia. Interventi strutturati per l'analisi dell'appropriatezza assistenziale con l'istituzione di un Osservatorio Regionale sulla valutazione delle tecnologie in oncologia.

Nella fase di vigenza del presente PSR e con il radicarsi nella realtà regionale della rete dei servizi coordinata dall'ITT si renderà necessario definire aspetti giuridici e regolamentari che affrontino in via prioritaria i seguenti temi:

- definizione giuridico-amministrativa dell'ITT anche in riferimento a nuove indicazioni nazionali relative agli IRCCS, al ruolo dei modelli regionali, alla prospettiva del CSPO e della nuova struttura ISPO;
- individuazione di strumenti di interazione tra ITT e Aziende sanitarie per la realizzazione degli indirizzi in campo oncologico con particolare riferimento allo stato di realizzazione e funzionamento dei Dipartimenti;
- superamento di alcune rigidità organizzative di sistema che ostacolano azioni volte alla implementazione della mobilità, della flessibilità delle sinergie tra attori;
- definizione di programmi di finanziamento basati su solide evidenze;
- definizione delle procedure atte a rispondere alle criticità emerse nel monitoraggio della adesione alle raccomandazioni cliniche.

104

5.6.1.2 Il percorso assistenziale del paziente con ictus

L'ictus cerebrale continua a rappresentare uno dei più rilevanti problemi sanitari e sociali, la cui frequenza tende ad aumentare in relazione all'invecchiamento della popolazione. In Toscana circa 10.000 soggetti vengono ospedalizzati ogni anno. L'evidenza scientifica internazionale, le linee guida nazionali SPREAD, riprese dalle linee guida regionali e dall'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 3 Febbraio 2005, indicano in una unità organizzativa dedicata, definita "stroke-care" negli ospedali di secondo e terzo livello, il punto organizzativo centrale di riferimento nella strutturazione di una rete territoriale. La rete deve assicurare la presa in carico urgente da parte del sistema dell'emergenza-urgenza, l'avvio immediato verso l'ospedale per i trattamenti della fase acuta, la valutazione esperta delle indicazioni e la eventuale effettuazione della trombolisi, la migliore gestione delle complicanze e l'avvio del processo riabilitativo nella unità di degenza dedicata, l'affidamento alle strutture riabilitative e territoriali attraverso un adeguato collegamento ospedale-territorio. La trombolisi è la sola terapia farmacologica dell'ictus ischemico dimostrata efficace e sicura prima da trial randomizzati e controllati e poi da uno studio osservazionale, denominato Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke – Monitoring Study (SITS-MOST) proposto dall'European Medicines Agency. Questo studio ha dimostrato, nei pazienti che si presentano in ospedale entro 3 ore dall'evento e non hanno controindicazioni alla trombolisi, un recupero funzionale in oltre il 50% dei casi.

Per ampliare il numero dei pazienti che arrivano entro 3 ore in ospedale sono necessarie campagne di informazione per il cittadino e per i medici di base, ma il prerequisito fondamentale è la disponibilità sul territorio di un numero sufficiente di centri esperti ed organizzati che si identificano con le unità stroke. Gli standard devono seguire le linee riportate nel decreto autorizzativo del Ministero della Salute del 24 agosto 2003, oggi ripreso dalla determinazione dell'AIFA del 16.11.2007. Negli ospedali di terzo livello potranno essere implementate attività di alta specialità, comprendenti unità di degenza dedicate, attività neurointerventistiche, neurochirurgiche e di chirurgia vascolare. La rete stroke, come dal suindicato accordo Stato-Regioni, prevede anche una articolazione dello intervento riabilitativo nelle seguenti modalità:

1) riabilitazione in fase acuta, in cui la presa in carico riabilitativa deve essere pressoché immediata, viene

di solito intrapresa nell'area di degenza dedicata ed ha come obiettivi la prevenzione delle complicanze funzionali e la predisposizione dei percorsi riabilitativi successivamente avviati;

- 2) la riabilitazione post-acute intensiva, indicata per i pazienti con disabilità medio-grave suscettibili di miglioramento funzionale ed in condizioni di instabilità clinica;
- 3) la riabilitazione post-ospedaliera, in cui un trattamento riabilitativo deve essere organizzato a livello territoriale presso specifiche strutture residenziali e/o ambulatoriali che devono garantire una effettiva presa in carico della persona con ictus.

L'insieme del percorso del paziente con ictus acuto deve rispondere al requisito fondamentale della continuità assistenziale. In considerazione della specificità delle attività assistenziali in tutto l'arco del percorso e a qualsiasi punto della rete stroke, si rende necessaria l'implementazione di un piano formativo rivolto alle varie figure professionali a diversi livelli, universitario, regionale e aziendale.

Con il presente piano si intende assicurare in ogni Azienda Sanitaria l'erogazione delle seguenti attività:

- implementazione in ogni Azienda Sanitaria, Territoriale ed Ospedaliera, di un sistema integrato di diagnosi e cura per tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione al trattamento della fase acuta, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale;
- organizzazione in ogni Azienda Sanitaria, Territoriale ed Ospedaliera, di un percorso in rete tale da garantire al paziente con sospetto ictus l'arrivo all'ospedale di riferimento, dove possa essere sottoposto a valutazione diagnostica urgente e agli eventuali trattamenti della fase acuta (trombolisi) entro 3 ore dall'inizio dell'evento;
- la realizzazione negli ospedali di riferimento di un team multiprofessionale (medici, infermieri, tecnici della riabilitazione) esperto nella gestione dell'ictus, e la identificazione, in coerenza con l'organizzazione per intensità di cura, di un' area di degenza dedicata in cui ricoverare i pazienti con ictus moderato-grave, secondo quanto indicato nel PSR 2002-2004 e nelle Linee Guida Regionali;
- garantire un percorso riabilitativo sia ospedaliero che extraospedaliero per il 100% dei pazienti con esiti funzionali utilmente trattabili;
- attivare in ognuna delle 3 Aree Vaste un sistema di formazione permanente da cui dipenda l'accreditamento delle strutture e delle attività specifiche;
- implementare entro il 2009 in ciascuna Area Vasta un data base per l'ictus quale strumento di monitoraggio degli indicatori di risultato.

105

5.6.1.3 L'organizzazione del sistema trapianti

Con l'istituzione dell'Organizzazione Toscana Trapianti (Ott) nel luglio 2003 la Regione Toscana ha optato per l'attuazione di un modello di governo clinico dedicato al settore della donazione e trapianti. Le sfide della moderna trapiantologia – ossia il mantenimento di adeguati livelli donativi ed il miglioramento costante degli standard di assistenza – richiedevano un approccio globale finalizzato ad un ulteriore sviluppo rispetto a quanto ottenuto con le Azioni Programmate. L'Ott ha perseguito tale logica globale, o di sistema, nella riorganizzazione delle attività regionali di donazione e trapianto, mirando alla costituzione di una rete integrata di professionalità, competenze, assistenza e servizi. L'azione dell'Ott è riassumibile nei seguenti elementi:

- integrazione permanente delle professionalità dedicate ai trapianti nel governo clinico regionale;
- dialogo tra tutti i componenti della rete regionale donazione-trapianto e costituzione di gruppi di lavoro dedicati ai vari settori dell'attività trapiantologica;
- costituzione delle reti aziendali donazione-trapianto per ciascuna delle Aziende Sanitarie, basate sul concetto dell'integrazione delle discipline, delle professionalità e dei servizi;
- benchmarking delle attività aziendali di donazione mediante report quindicinale;
- costituzione di percorsi assistenziali regionali dedicati secondo la tipologia del trapianto;
- costituzione di una rete regionale di sicurezza, mediante il ricorso ad eccellenze (*second opinion*); omogeneizzazione dei trasporti e delle comunicazioni; copertura h24 delle attività di laboratorio e di anatomia patologica;

- presa in carico dei soggetti, sia prima che dopo i trapianti, mediante un accompagnamento che usufruisca anche di adeguati sostegni psicologici;
- programma di formazione continua per gli operatori professionali;
- avvio della creazione della piattaforma informatica per la gestione delle attività di donazione e trapianto regionali;
- istituzione di un programma regionale di qualità per l'accreditamento di percorsi e processi delle attività di donazione e trapianto (Progress).

I risultati conseguiti dalla Regione Toscana nel periodo 2003–2006 sono consistiti non soltanto nell'incremento dell'attività di donazione, con un aumento medio del 93,4% rispetto al periodo precedente l'istituzione dell'Ott, ma anche nel numero di trapianti eseguiti, che hanno fatto rilevare un incremento medio dell'87,3%. Tali dati sono tanto più significativi alla luce dell'incremento del numero di donatori anziani (>60 anni), la cui percentuale è aumentata del 55,2% nel periodo Ott rispetto al precedente decennio, in linea con tendenze nazionali ed internazionali.

Gli obiettivi Ott per il PSR 2008–2010 consistono nel:

- mantenere i livelli donativi raggiunti, mediante l'opera già intrapresa di benchmarking aziendale e audit di verifica annuale;
- aggiornare e rendere il modello dell'OTT di grande interesse nella panoramica dell'organizzazione dei sistemi di donazione–trapianto grazie alla istituzione del Dipartimento dei Trapianti inter area vasta che permetterà il governo clinico dei programmi di trapianto mediante l'attribuzione della definizione delle linee guida, dei percorsi assistenziali e della certificazione dei programmi in una logica di rete regionale;
- implementare la qualità e la sicurezza, mediante l'integrazione di programmi specifici di risk management ed accreditamento dei percorsi e processi di donazione e trapianto;
- attribuire le risorse economiche alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere–Universitarie in funzione di progetti finalizzati concordati con le singole Aziende.

106

5.6.1.4 Il Piano Sangue

Il Sistema Trasfusionale Toscano rappresenta, nel panorama nazionale, un punto di riferimento per la capacità di assicurare un adeguato governo della componente produttiva e per i risultati conseguiti negli ultimi anni che hanno consentito, tra l'altro, di raggiungere un buon grado di autosufficienza in emocomponenti labili (globuli rossi, piastrine, plasma per uso clinico) e farmaci plasmaderivati.

Nonostante gli interventi realizzati, le attuali disposizioni normative comunitarie e nazionali, congiuntamente alle evidenze manifestatesi in particolare nello scorso biennio, impongono un intervento di riorganizzazione del settore con le seguenti finalità:

- **omogeneizzare le modalità di sviluppo dei processi produttivi:** a tale scopo, l'Organismo regionale di coordinamento definisce, con la condivisione dei nodi della rete, gli standard clinici, organizzativi e di sicurezza e, parallelamente, individua il sistema di monitoraggio che ne consente la verifica dell'applicazione;
- **migliorare l'economicità del sistema:** attraverso la rimodulazione delle funzioni riconosciute ai diversi nodi della rete, finalizzata a conseguire i seguenti vantaggi:
 - evitare la duplicazione dei servizi che potrebbe generare diseconomie e situazioni di inappropriata qualità;
 - ottimizzare i sistemi di comunicazione anche mediante l'ulteriore sviluppo del Sistema informativo trasfusionale regionale, sotto il diretto controllo dell'Organismo regionale di coordinamento;
 - attivare processi di complementarietà tra le strutture coinvolte nella rete;
 - garantire dimensioni e composizione ottimali, dal punto di vista funzionale ed economico, delle unità operative appartenenti alla rete;
- **valorizzare le professionalità** operanti nella rete regionale e in particolare le strutture di eccellenza nelle A.O.U. che hanno raggiunto ottimi livelli nelle attività di raccolta, trattamento e banking di tessuti e/o cellule staminali e nelle terapie aferetiche avanzate favorendo fenomeni di scambio tra la medicina trasfusionale e quella dei trapianti.

Qualunque operazione di riordino organizzativo e gestionale del settore trasfusionale, previo confronto con le O.O.S.S. dovrà tener conto che:

- 1) le attività di raccolta dovranno svolgersi nel territorio con un grado di capillarità coerente con l'organizzazione della società in centri urbani ed extra-urbani, secondo criteri definiti, condivisi ed in linea con le direttive vigenti;
- 2) le attività di medicina trasfusionale e l'assegnazione degli emocomponenti che hanno una valenza fondamentale nello sviluppo dei processi clinico –assistenziali all'interno dei presidi ospedalieri, dovranno essere ulteriormente integrate con le altre funzioni sanitarie ospedaliere in relazione all'intensità di cura ed al grado di complessità dell'attività clinica svolta nei singoli ospedali;
- 3) la dimensione clinica della medicina trasfusionale dovrà trovare adeguata valorizzazione nella concentrazione e riallocazione di funzioni a minore contenuto clinico – professionale a favore di una ridistribuzione di quelle di più elevato livello;
- 4) la distribuzione diffusa di determinate funzioni in tutte le strutture esistenti, che contribuisce all'eterogeneità dei processi e rende complesso governare il sistema, dovrà essere riprogettata. La concentrazione di talune funzioni consentirà la razionalizzazione e l'omogeneizzazione dei processi produttivi e ne favorirà il governo oltre a promuovere qualità e sicurezza.

L'intervento di riconfigurazione della Rete Trasfusionale Toscana rappresenta lo strumento per renderla adatta ad affrontare nei prossimi anni, la sfida del miglioramento complessivo della qualità, dell'appropriatezza e della produttività.

Le azioni da intraprendere per la riorganizzazione saranno tese a:

- adeguare le funzioni attualmente riconosciute all'Organismo di coordinamento regionale per renderle coerenti con quelle attribuitegli dalla vigente normativa, in particolare la definizione di standard organizzativi e gestionali regionali;
- adottare processi produttivi atti ad assicurare standard di alta qualità e sicurezza, agli emocomponenti, equiparati alle specialità farmaceutiche dalla normativa comunitaria e nazionale in materia trasfusionale;
- introdurre risorse tecnologiche in grado di modificare radicalmente i processi produttivi esistenti, attraverso investimenti che risultino economicamente sostenibili;
- avviare processi di riorganizzazione orientati al miglioramento del livello di economicità del settore perseguendo l'equilibrio economico – finanziario di sistema mediante il consolidamento della rete.

107

Il consolidamento della rete trasfusionale sarà conseguito mediante interventi di riordino strutturale, con particolare riferimento, alla concentrazione nei nodi principali della rete delle seguenti funzioni:

- attività diagnostica di laboratorio finalizzata alla qualificazione biologica delle unità trasfusionali raccolte/prodotte;
- lavorazione del sangue con mezzi fisici semplici e produzione degli emocomponenti.

Tale revisione consentirà di rimodulare, sulla base delle effettive necessità e in relazione alle caratteristiche dei diversi presidi ospedalieri toscani, anche le seguenti funzioni:

- l'assegnazione degli emocomponenti avvalendosi di sinergie con professionalità tecniche della stessa area funzionale, adeguatamente formate;
- le attività cliniche assistenziali di medicina trasfusionale di tipo ambulatoriale.

La necessità di ridisegnare in ambito regionale, in accordo con le direttive comunitarie e nazionali in materia trasfusionale, la Rete di raccolta, attualmente allocata in Servizi e Sezioni Trasfusionali, dislocati in tutte le sedi ospedaliere ed Unità di Raccolta gestite dalle Aziende Sanitarie e/o dalle Associazioni del Volontariato, richiederà di definire ed emanare standard per innalzare il livello qualitativo e garantire adeguati livelli di sicurezza, migliorando contemporaneamente l'accesso al percorso di donazione.

5.6.1.5 La cooperazione internazionale

La Regione Toscana nel suo impegno di cooperazione internazionale e nel suo impegno per la pace ha sempre operato all'interno del sistema Italia, in un corretto rapporto con il governo nazionale e le istituzioni europee.

Il Piano regionale per la cooperazione internazionale 2007–2010 (L.R. 17/99) ha delineato le finalità dell'azione della Regione Toscana nei prossimi anni:

1. promozione di interventi di cooperazione che producano riconciliazione e sviluppo, operando dalla parte delle vittime, secondo strategie dirette alla restituzione del diritto ad uno sviluppo umano e sostenibile alle vittime dei conflitti militari, economici, sociali e culturali del mondo;
2. promozione di interventi diretti a sostenere percorsi di sviluppo anche con riferimento agli Obiettivi del Millennio nei confronti delle comunità, dei gruppi sociali e degli individui vittime dei conflitti in tutte le periferie del Nord e del Sud del sistema mondo;
3. miglioramento dei processi di partecipazione dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo.

In questo quadro viene intesa “la salute come un diritto fondamentale dell'uomo, come obiettivo sociale estremamente importante d'interesse mondiale che presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre a quelli sanitari”. Il diritto alla salute è un diritto inalienabile delle persone e delle comunità e diventa un imperativo univoco che i tecnici non possono eludere.

Nell'attuale contesto internazionale, caratterizzato da continui e significativi processi di cambiamento, gli obiettivi principali cui tende il Sistema regionale della cooperazione si identificano nella promozione dello sviluppo umano sostenibile in una logica di approccio integrato, quindi su scala locale e globale allo stesso tempo, nel rafforzamento della società civile e nella creazione di reti di partenariato: sono questi i concetti chiave del nuovo modello di sviluppo nello scenario degli anni 2000, rispetto ai quali debbono coerentemente declinarsi anche gli obiettivi specifici degli interventi di cooperazione internazionale in campo sanitario.

In questo scenario politico si colloca in modo ambizioso la programmazione delle attività di cooperazione sanitaria della Regione Toscana: intersectorialità degli interventi, appropriatezza e sostenibilità nell'utilizzo delle tecnologie, promozione dell'autosufficienza locale: sono questi i principi che secondo la Regione Toscana devono orientare le azioni di cooperazione sanitaria, nella consapevolezza che non basta limitarsi alla promozione di singole attività, ma che queste devono essere integrate nei servizi sanitari locali e devono essere permanentemente sostenibili. Non si tratta quindi solo di realizzare interventi umanitari o di emergenza, ma di definire una vera e propria strategia della cooperazione sanitaria internazionale. Pur nella diversità dei contesti geografici in cui ci si trova ad operare, le iniziative della cooperazione sanitaria devono collocarsi in un quadro di riferimento che ruota intorno ad alcune linee strategiche fondamentali:

- sostegno alle politiche di sviluppo dei sistemi sanitari nazionali;
- supporto ai sistemi sanitari locali e assistenza sanitaria di base;
- formazione delle risorse umane.

Con una serie di disposizioni attuative dell'atto di indirizzo la Regione ha provveduto a delineare compiutamente il quadro di riferimento della propria strategia di cooperazione sanitaria in campo internazionale. Ne discendono indicazioni precise per i progetti di cooperazione sanitaria internazionale che saranno improntati a:

- garantire l'universalità di accesso alle prestazioni dando priorità assoluta alle fasce più deboli della popolazione, i bambini e le donne;
- rafforzare i sistemi sanitari nel loro complesso, in alternativa alle strategie basate sui programmi verticali;
- potenziare infrastrutture, sistemi di programmazione e controllo, di acquisto e distribuzione di farmaci essenziali (inclusi i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'AIDS);

- investire prevalentemente in risorse umane all'interno del settore pubblico;
- formare e motivare il personale sanitario.

Sono stati anche definiti il contesto e gli attori, nonché un sistema stabile e strutturato di procedure e di relazioni sia tra i diversi livelli istituzionali coinvolti, sia tra i livelli decisionali e di intervento individuati in ambito infra ed extra regionale.

A questo fine si elencano di seguito gli attori della rete toscana della cooperazione sanitaria internazionale:

IL SISTEMA SANITARIO TOSCANO (SST)

1. la Regione Toscana, con ruolo di confronto interregionale, nazionale e internazionale, con funzioni di coordinamento interno e di promozione dei progetti;
2. le Aziende Sanitarie, come soggetti promotori ed attuatori dei progetti (propri o di interesse regionale attraverso la programmazione di Area Vasta);
3. le Aree Vaste, come livello intermedio di programmazione e proposta, con ruolo di coordinamento delle Aziende Sanitarie;
4. l'Agenzia Regionale per la Sanità (ARS);
5. le Società della Salute;
6. l'Università e altri centri di Ricerca;
7. gli Ordini e collegi professionali.

IL SISTEMA TERRITORIALE LOCALE

1. Gli Enti Locali e le aziende di gestione di servizi pubblici locali;
2. il Terzo Settore:
 - Organizzazioni non governative – ONG;
 - Associazioni riconosciute e Fondazioni;
 - Organizzazioni di volontariato;
 - Associazioni non riconosciute;
 - Cooperative sociali.

109

LA CROCE ROSSA ITALIANA (CRI) e altre istituzioni nazionali e internazionali impegnate a pieno titolo nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale.

Il Sistema Toscano della cooperazione sanitaria si avvale anche dell'attività del fund raising, attraverso la collaborazione e il sostegno di banche e fondazioni.

La Giunta regionale ha inoltre strutturato i seguenti livelli di supporto organizzativo–funzionale all'interno del sistema sanitario toscano, in particolare:

- l'AOU Meyer, quale ente attuatore per conto della Regione Toscana di tutta la strategia di cooperazione sanitaria internazionale;
- le Aree Vaste, quali nodi centrale per giungere alla realizzazione di un piano di cooperazione sanitaria sviluppato "in rete" e concertato con tutti i soggetti attivi sul territorio, in modo da conseguire una progettualità più forte ed incisiva. In ogni AV è stato costituito un coordinamento di AV per la cooperazione sanitaria internazionale al quale partecipano i referenti aziendali. Ogni coordinamento di Area Vasta ha individuato un proprio coordinatore.
- il Comitato delle Aree Vaste (CAV) per la cooperazione sanitaria, organismo composto dai rappresentanti dei tre coordinamenti di AV (Coordinatori di Area Vasta) per la cooperazione sanitaria internazionale.
- le Aziende Sanitarie che costituiscono in termini di risorse strutturali ed umane, uno degli elementi essenziali di iniziativa, di promozione e di attivazione di interventi di cooperazione sanitaria internazionale. Al fine di sostenere la rete di cooperazione sanitaria regionale, ogni Azienda ha nominato un proprio referente per la cooperazione sanitaria che svolge anche il ruolo di interfaccia con il Coordinatore di Area Vasta.

Inoltre la Giunta regionale ha:

- individuato e regolamentato i seguenti settori prioritari di intervento:
 1. l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero a favore di soggetti stranieri prevalentemente in età pediatrica con oneri a carico del servizio sanitario regionale, entro un tetto annualmente determinato;
 2. il supporto tecnico–metodologico e il rafforzamento dei sistemi sanitari dei paesi nei quali la Regione Toscana è presente con diverse progettualità;
 3. il trasferimento di conoscenze e competenze tecnico sanitarie attraverso l'attuazione di:
 - attività formative in loco (training on the job);
 - scambio di esperienze;
 - accoglienza presso le nostre strutture sanitarie e universitarie di personale sanitario in formazione;
 4. gli interventi di emergenza;
 5. la destinazione a favore di paesi terzi di attrezzature dismesse dalle strutture sanitarie toscane;
 6. la sottoscrizione di specifici accordi e/o intese di cooperazione sanitaria
- predisposto strumenti e soluzioni organizzativo–procedurali a sostegno della razionalizzazione delle strategie di intervento in termini di:
 1. attivazione di rapporti di collaborazione con soggetti esterni al sistema sanitario toscano;
 2. concreta valorizzazione e integrazione di tutte le competenze coinvolte;
 3. accettazione del lavoro in rete come modalità principale d'interazione tra i soggetti.

I risultati conseguiti nel triennio 2005–2007 evidenziano l'impegno della Regione nel garantire risposte tempestive ed efficaci ai bisogni sanitari urgenti di comunità straniere oltre che la capacità di qualificare la propria azione in una logica di sistema con modalità di intervento condivise e unitariamente programmate.

Per il triennio 2008–2010 l'obiettivo è quello di consolidare la rete di soggetti toscani fortemente impegnati nello sviluppo delle attività cooperazione sanitaria qualificando e potenziando sempre di più le capacità delle comunità locali nel realizzare autonomamente e stabilmente proprie strategie sanitarie in risposta ai bisogni delle comunità sottostanti.

A tale fine la strategia di cooperazione sanitaria internazionale sarà definita ed implementata per il periodo del presente piano consolidando un modello di cooperazione sanitaria che determina per tutti i soggetti coinvolti la necessità di confrontarsi con un'impostazione di ampio respiro, dove gli apporti e le risorse di ognuno sono efficaci solo se integrate e convergenti verso la stessa idea di sviluppo contemporaneamente a livello locale, nazionale e globale.

La Giunta regionale, nel triennio di vigenza del presente Piano, è impegnata a:

- intensificare la collaborazione e le sinergie con gli attori del sistema Toscano della cooperazione internazionale;
- valorizzare l'attività di progettazione per area geografica, consolidando nei Progetti di Iniziativa Regionale (L.R. 17/1999) la modalità principale di promozione e sostegno della programmazione integrata tra i diversi attori del sistema Toscano della cooperazione e i partenariati locali nelle diverse aree di intervento;
- consolidare la proficua collaborazione con gli Ordini e Collegi professionali al fine di creare una banca dati degli operatori che hanno esplicitato un particolare interesse a partecipare a specifiche iniziative di cooperazione sanitaria internazionale, e per diffondere fra gli operatori la cultura della cooperazione internazionale in attuazione del Protocollo stipulato fra le parti.

La Giunta regionale adotta la strategia di cooperazione sanitaria internazionale da realizzare durante il triennio, impartendo indirizzi specifici per la definizione dei singoli programmi e delle iniziative in attuazione dei contenuti del presente Piano.

5.6.1.6 Medicine Complementari (MC) e non Convenzionali (MNC): la Rete di medicina integrata

Integrazione, libertà di scelta terapeutica dell'utente, libertà di cura del medico, qualità delle prestazioni,

formazione degli operatori, ricerca, sicurezza dell'utenza, modello organizzativo a rete delle attività pubbliche di medicine complementari e non convenzionali: questi i principi cardine che ispirano l'azione di piano in tema di Medicine Complementari (MC) e non Convenzionali (MNC). Infatti le medicine complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale) a seguito di un lungo iter programmatico, sono entrate a far parte dei LEA regionali (Delibera G.R. n. 655/2005), se ne prevede l'uso nelle linee guida regionali per il trattamento dei disturbi neurovegetativi della menopausa, sono rappresentate nel Consiglio Sanitario Regionale e nel Comitato Regionale di Bioetica e possono essere esercitate, fra l'altro, da medici specialisti ambulatoriali appositamente convenzionati (accordo regionale integrativo dell'ACN per la specialistica ambulatoriale). Queste sono state oggetto della L.R. 9/07, "Modalità di esercizio delle medicine complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti". Definita con la collaborazione degli Ordini Professionali, che garantisce la libertà terapeutica del paziente, la libertà di cura del medico, la qualità dei servizi e il diritto all'informazione dell'utente, creando appositi elenchi dei professionisti che esercitano le MC e che di fatto rappresenta un passo ulteriore per integrare le MC nel SSR.

Tale processo di integrazione si è tradotto nella creazione di numerosi ambulatori di MC sul territorio (57 ambulatori – censimento aprile 2007), nella istituzione di una Struttura regionale di riferimento per le MNC per lo svolgimento delle funzioni di interesse generale, che si articola, per le funzioni specialistiche, nell'Ambulatorio di Omeopatia dell'Azienda USL di Lucca, nel Servizio di Fitoterapia dell'Azienda USL di Empoli e nel Centro di medicina tradizionale cinese "Fior di Prugna" dell'Azienda USL di Firenze. Sono stati altresì attivati progetti di ricerca e avviati master formativi presso le Università toscane rivolti a medici, farmacisti, ecc.

La Regione Toscana intende rispondere con questa azione di governo alla domanda dei cittadini che ricorrono all'uso delle MC e delle MNC in maniera sempre crescente, come dimostrano i dati della campagna informativa regionale del 2005 rivolta alla popolazione, e vuole anche rispondere al progressivo sviluppo della ricerca sull'efficacia delle medicine complementari che ha evidenziato come l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia e la medicina manuale possono essere tecniche esclusive o integrative al trattamento consolidato in termini di efficacia, di sicurezza per l'utente e di risparmio per il SSR; esse inoltre hanno scarse controindicazioni, ridotti effetti collaterali e presentano una forte compliance e concordanza da parte dell'utente.

Per queste ragioni il Piano Sanitario 2008–2010 guarda alle Medicine Complementari come ad una risorsa innovativa di cui ciascun settore del sistema toscano di salute potrà e dovrà giovare per rispondere alle esigenze dei cittadini, garantire l'uguaglianza nell'accesso alle cure, migliorare il livello qualitativo delle prestazioni e favorire l'assunzione di responsabilità del cittadino nella promozione della sua salute e nella prevenzione delle patologie.

Le linee di sviluppo e gli impegni per il triennio di validità del piano sono:

- radicare le attività di MC in tutte le aziende sanitarie offrendo agli utenti un punto unitario e visibile per le prestazioni di medicina complementare denominato "Punto al Naturale";
- costruire un modello organizzativo a rete che comprenda le attività di MC e MNC realizzate dalle Aziende Sanitarie e le Strutture regionali di riferimento;
- consolidare la struttura regionale di riferimento per le MNC (delibera G.R. n.1384/2002) rafforzando le strutture dell'ambulatorio di Omeopatia dell'Azienda USL di Lucca e del Servizio di Fitoterapia dell'Azienda USL di Empoli e il Centro di medicina Tradizionale cinese "Fior di Prugna" dell'Azienda USL di Firenze per lo svolgimento delle funzioni prima ricordate;
- censire la letteratura scientifica e valutare il campo di applicazione delle terapie complementari e non convenzionali nel trattamento delle patologie oncologiche al fine di diffondere una corretta informazione nella popolazione e consentire l'utilizzo di tali terapie sulla base di protocolli condivisi;
- impegnare il Consiglio Sanitario Regionale a definire, nelle linee guida diagnostico-terapeutiche, il contributo fornito dai trattamenti di MC in quelle patologie per le quali evidenze cliniche, studi di valutazione di efficacia riportati dalla letteratura internazionale o esperienze di altri paesi della U.E. dimostrino essere vantaggiose in termini di miglioramento della salute dei cittadini, sicurezza per l'utente, diminuzione degli effetti collaterali e riduzione della spesa sanitaria;

- assicurare il sostegno agli enti di formazione accreditati a livello regionale per garantire una formazione professionale di alto livello dei medici e del personale sanitario nelle Medicine Complementari;
- realizzare iniziative di formazione degli operatori pubblici che esercitano le MC, anche con una adeguata pratica clinica nei presidi ambulatoriali delle Aziende Sanitarie;
- attuare iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori del SSR, compresi i MMG, i pediatri di libera scelta e i veterinari, nonché gli operatori privati del settore, sui vantaggi e gli svantaggi che derivano dall'uso delle MC, sui loro campi di applicazione, sui limiti di impiego, sull'efficacia, i loro effetti collaterali e sul rapporto costo-beneficio che deriva dal loro uso;
- promuovere i programmi di cooperazione internazionale in ambito sanitario inerenti lo sviluppo della medicina naturale e tradizionale nei paesi in via di sviluppo;
- sviluppare programmi di sorveglianza sanitaria sugli effetti avversi dovuti all'uso delle MC a partire dal programma di fitosorveglianza attivato dal Centro Regionale di riferimento per la fitoterapia di Empoli con l'Istituto Superiore di Sanità;
- fornire il supporto tecnico-scientifico per la procedura di accreditamento degli eventi formativi regionali di MC e MNC ai fini della formazione continua in medicina, per consentire l'aggiornamento professionale e il corretto esercizio della pratica terapeutica degli operatori sanitari che operano in questo campo;
- favorire il rapporto con la Commissione regionale di bioetica, per valutare gli ambiti degli studi proposti dalle Aziende Sanitarie e da ricercatori privati sull'utilizzabilità di trattamenti di MC e MNC come tecnica terapeutica esclusiva o complementare;
- diffondere una corretta informazione fra gli utenti sulle potenzialità terapeutiche e i limiti di impiego delle medicine complementari;
- promuovere la progettualità delle Aziende Sanitarie tesa ad offrire all'utenza la possibilità di utilizzo di tali medicine, in particolare si prevede l'uso delle MC:
- nei consultori e nei punti nascita al fine di contribuire al miglioramento della salute della donna, alla promozione del parto fisiologico e l'allattamento materno, nonché nel trattamento dei disturbi neurovegetativi della menopausa;
- nelle attività rivolte all'infanzia, anche per sostenere l'accrescimento, prevenire e curare i disturbi dell'alimentazione e del comportamento, nonché per il contenimento delle infezioni recidivanti connesse con la socializzazione scolastica;
- per il miglioramento della qualità della vita e la promozione dell'empowerment nella gestione del paziente cronico, compresa la popolazione anziana, il paziente fragile e il paziente oncologico;
- nei programmi di salute mentale dell'adulto e dell'infanzia;
- nella lotta al dolore e nell'assistenza al malato terminale, individuando nella collaborazione con il settore cure palliative e le attività cliniche degli hospice della Toscana, un ambito di integrazione delle tecniche di medicina complementare;
- nell'individuazione di modalità integrate di cura per patologie di particolare interesse epidemiologico come le allergie;
- in campo odontostomatologico per la lotta al dolore, alla sindrome algico-disfunzionale ed a "l'ansia da poltrona";
- nella sperimentazione presso l'ospedale di Pitigliano;
- nel collaborare alla definizione di modelli interculturali di riferimento per affrontare le problematiche sanitarie di maggior rilievo della popolazione migrante.

112

Si ritiene inoltre fondamentale sviluppare attività di ricerca, in collaborazione con le Università e le associazioni private del settore, che, oltre all'efficacia del trattamento, monitorizzino la soddisfazione dell'utenza, la compliance e la concordance al trattamento, gli effetti indesiderati prodotti, ma anche il possibile risparmio per il SSR in termine di riduzione della spesa farmaceutica e di ricorso agli esami strumentali (costo/efficacia). Si dovrà inoltre valutare il contributo delle MC e MNC al cambiamento degli stili di vita.

In particolare i settori in cui sviluppare la ricerca sono la salute di genere, come specificato nel PSN, le malattie a carattere sociale e la riabilitazione.

Nell'ambito poi delle attività di promozione e conservazione della salute, del benessere e della migliore

qualità della vita, è stata promulgata la L.R. n. 2 del 3 gennaio 2005, “Discipline del benessere e bio–naturali”, allo scopo di assicurare ai cittadini, che intendono accedere a pratiche finalizzate al raggiungimento del benessere, un esercizio corretto e professionale delle stesse. In ottemperanza al dispositivo di tale legge, gli impegni del PSR sono volti alla definizione delle procedure di accreditamento delle scuole di formazione delle DBN e dei professionisti che le esercitano. Obiettivo del triennio di validità del piano é favorire la sperimentazione dell’uso di tali discipline in particolari categorie di cittadini, anche con oneri a carico dell’utenza.

5.6.1.7 Riabilitazione

La riabilitazione, attraverso un processo continuo e globale, mira all’integrazione sociale, a tutti i livelli, della persona diversamente abile, nonché al massimo recupero possibile delle funzioni lese.

Tenuto conto della multifattorialità delle cause responsabili della perdita di autonomia dell’individuo, la riabilitazione si esplica nella realizzazione di appropriati servizi per i bisogni della persona disabile in maniera coordinata ed all’interno di un programma, che ha lo scopo di migliorare la salute, il benessere e la realizzazione degli individui sul piano fisico, sociale, formativo, psicologico e lavorativo, favorendo l’inserimento in attività utili e produttive.

In una visione universalistica di tutela della salute, quale è quella che ispira il nostro sistema sanitario, ogni persona, a fronte di qualunque menomazione che determina disabilità, alterando anche transitoriamente la sua autonomia, autosufficienza e capacità di partecipazione, ha diritto di ricevere una valutazione diagnostico–prognostica ed un trattamento riabilitativo adeguato alla sua specifica condizione. L’intervento riabilitativo deve tener conto degli aspetti clinici, ma anche della complessità bio–psico–sociale dell’individuo ed essere orientato alla evidence based medicine (EBM).

Ne consegue che diviene valore intrinseco del sistema sanitario la capacità di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone con disabilità attraverso la coerenza e la unitarietà degli interventi riabilitativi svolti a beneficio della singola persona. Lo strumento con cui assicurare tale unitarietà è il “Progetto Riabilitativo Individuale”.

Per dare unitarietà e coerenza al Progetto Riabilitativo Individuale è necessario individuare riferimenti precisi per la persona disabile e la sua famiglia, e sistemi che assicurino la efficace integrazione degli interventi in vista di obiettivi definiti.

È particolarmente rilevante inoltre il valore della relazione di cura con la Persona, che richiede necessariamente una forte omogeneità e continuità del complesso degli interventi ed il costante monitoraggio dei loro esiti. Altrettanto importante è l’efficace coordinamento ed integrazione delle azioni svolte da più operatori, attraverso il lavoro in team multiprofessionale, e la individuazione di responsabilità definite per la gestione e la verifica del corretto uso delle risorse.

Anche nell’ambito degli interventi di riabilitazione il sistema sanitario toscano si impegna a sviluppare l’adozione, nel triennio di vigenza, del modello di classificazione della ICF – International Classification of Functions – tramite la quale si supera il riferimento alla singola malattia, si codifica la funzione e si prende in considerazione l’effetto concausale e modulatore dell’ambiente.

Nell’ambito degli interventi sanitari di riabilitazione si individuano due distinti livelli assistenziali in relazione all’intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite:

- attività di **riabilitazione intensiva** dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno clinico, valutativo e/o terapeutico;
- attività di **riabilitazione estensiva** che si concretizzano in interventi di più moderato impegno clinico, valutativo e terapeutico a fronte di un maggiore intervento assistenziale quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive.

Gli interventi di riabilitazione necessitano, quindi, della collaborazione fra le varie strutture coinvolte nel percorso, così da assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale, nonché l'integrazione multiprofessionale. Tali azioni si configurano nell'ambito del governo clinico, data la prevalenza di disabilità presenti sul territorio, e sono avviate sviluppando il fondamentale ruolo del territorio nel governo dei percorsi riabilitativi, anche al fine di un ottimale utilizzo della rete dei servizi. In questo contesto assume particolare significato la gestione ed il monitoraggio degli interventi di riabilitazione ambulatoriale previsti dalla normativa regionale di applicazione dei LEA.

In riferimento alle disabilità neuropsichiche, si conferma la validità delle strutture operative interprofessionali come strumento di definizione del percorso terapeutico per la presa in carico e la definizione del profilo di cura nelle diverse fasi del trattamento. In tale contesto, nella gestione delle condizioni croniche e/o stabilizzate, che necessitano prevalentemente di interventi socio-assistenziali, è opportuno prevedere l'adeguamento dell'attuale assetto normativo delle RSD, anche con riferimento ad analoghe strutture del sistema socio-assistenziale.

Esistono in Toscana esperienze e competenze di qualità nell'ambito del processo riabilitativo, che presentano tuttavia tra di loro una differente adozione di modelli operativi, un'insufficiente omogeneità di procedure e una scarsa interfacciabilità tra livelli diversi di erogazione dei servizi, condizioni che determinano scarsa compatibilità con un sistema integrato "a rete"; tali criticità si possono rilevare anche dai documenti dei Dipartimenti Interaziendali di Coordinamento Tecnico delle tre Aree Vaste, il cui ruolo deve essere sviluppato per assicurare la continuità dei percorsi assistenziali, garantire procedure operative condivise e integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi.

Si rende quindi necessario realizzare un governo integrato del sistema che determini:

1. maggiore appropriatezza del livello assistenziale attraverso azioni di governo clinico nei vari setting ospedalieri e territoriali;
2. organizzazione del sistema incentrata sulla gestione di percorsi riabilitativi con indicatori di processo condivisi, che precisino i criteri di accesso, la gestione dell'interfaccia nel passaggio tra i diversi livelli di attività riabilitativa il raccordo con gli altri nodi della rete, compreso il sistema socio-assistenziale, nonché indicatori di efficacia;
3. attuazione di un'omogenea distribuzione dei posti letto, per Area Vasta e nelle aziende sanitarie, in riferimento ai parametri già individuati nel precedente PSR 2005-2007 riallineando l'offerta in funzione dei bisogni assistenziali, con particolare riferimento alla risposta ospedaliera. Per quest'ultima dovrà essere posta specifica attenzione al riequilibrio pubblico privato, consentendo l'eventuale incremento/riconversione di posti letto soltanto a favore delle strutture pubbliche;
4. omogeneità organizzativa e applicativa nel rispetto di una offerta complessiva ed organica relativamente ai bisogni dei cittadini toscani;
5. omogeneità dei parametri di analisi e di verifica, allo scopo di poter effettuare una specifica programmazione delle risorse necessarie, sia finanziarie che organizzative, per il sistema "riabilitazione" e parimenti effettuare una congrua allocazione di tali risorse;
6. predisposizione di adeguati sistemi informativi, disponibili anche per l'utenza.

È importante individuare elementi di specificità dei singoli percorsi (assistenziale e riabilitativo) ed azioni comuni che qualificano, nel triennio di vigenza del PSR, l'insieme della rete dei servizi nel settore della disabilità, tramite:

- revisione dei requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e socio assistenziali;
- ridefinizione dell'offerta ambulatoriale in equilibrio con l'articolazione del territorio e sviluppando adeguate sinergie in condivisione con i medici di medicina generale;
- diffusione dell'assistenza a domicilio, sviluppando il ruolo regolatore e programmatore del servizio pubblico e la partecipazione attiva dei comuni e delle comunità locali, nell'ambito delle zone-distretto; in tale contesto l'organizzazione e lo sviluppo dei percorsi assistenziali per la gestione delle disabilità

croniche deve fare riferimento ai modelli del Chronic Care Model con particolare attenzione allo sviluppo e al sostegno del self-management e al coinvolgimento dei care-givers.

Particolare attenzione è infine da dedicare allo sviluppo di azioni mirate per garantire una presa in carico integrata dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite.

Le gravi Cerebrolesioni Acquisite: il percorso appropriato, il monitoraggio dei processi assistenziali

Per Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) si intende un danno cerebrale di natura traumatica o non traumatica che determina una condizione di coma più o meno prolungato con Glasgow Coma Scale (GCS) < 8 in fase acuta associato a menomazioni motorie, cognitivo-comportamentali e sensoriali responsabili di gravi disabilità. Da questa definizione vengono quindi chiaramente escluse le patologie cronico-degenerative e la maggior parte degli ictus ischemici per i quali a livello regionale sono già state date indicazioni di appropriatezza per ricoveri e trattamenti riabilitativi.

I dati della letteratura scientifica dimostrano che soltanto un precoce intervento riabilitativo può condizionare un positivo risultato clinico, e pertanto il programma riabilitativo del paziente critico dovrà essere attuato quanto prima possibile rispetto al momento rianimatorio. Purtroppo si verifica molto spesso un eccessivo ritardo nel passaggio dalla rianimazione al reparto di riabilitazione, con implicazioni negative sull'attuazione del trattamento riabilitativo sia in termini quantitativi che qualitativi.

Per i pazienti in fase precoce trasferiti da reparti per acuti (Terapie Intensive, Neurochirurgie, ecc.), ancora potenzialmente instabili sul piano internistico generale e con necessità di assistenza medica e infermieristica dedicata nell'arco delle 24 ore, che necessitano di interventi riabilitativi intensivi omnicomprensivi, il ricovero è appropriato nei reparti di riabilitazione indicati come Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA) cod. 75, o, se in condizioni cliniche adeguate, in reparti cod.56 (riabilitazione intensiva ospedaliera) che devono essere sufficientemente presenti sul territorio regionale.

Si rende pertanto necessario assicurare:

- tempestività nell'intervento riabilitativo;
- accessibilità affinché il percorso possa essere garantito a tutte le persone che ne hanno necessità;
- efficienza con effettuazione di procedure riabilitative di validità riconosciuta e condivisa, evitando interventi di dubbia efficacia che inducono una domanda impropria da parte delle famiglie;
- continuità con coerente successione delle fasi di trattamento in funzione dell'evoluzione del processo morboso, della condizione clinica del paziente, ma anche della situazione familiare ed ambientale, con particolare attenzione all'integrazione con le strutture territoriali;
- precoce attivazione del livello territoriale per garantire adeguata continuità assistenziale, e nuova caratterizzazione, sia in termini di offerta che di opportuni collegamenti, dei servizi di riabilitazione territoriale, delle strutture territoriali di ricovero temporaneo e delle strutture a maggior vocazione socio assistenziale (RSA e RSD);
- coinvolgimento del paziente e della sua famiglia in tutte le fasi del percorso con l'obiettivo di favorire il processo di accettazione di eventuali disabilità non emendabili e di incrementare la capacità di gestione da parte dei familiari stessi.

Per i soggetti con grave disabilità e dipendenza da un'assistenza continuativa o con ridotta o assente responsività, l'obiettivo primario è, quando attuabile, la riconduzione del soggetto nel proprio contesto familiare con il supporto prioritario dell'ADI e dei servizi socio assistenziali territoriali.

In tale contesto sono individuati i seguenti obiettivi per il triennio:

1. attivazione nell'area vasta Centro dei p.l. per UGCA già previsti dal precedente PSR 2005-2007, utilizzando risorse presenti nel settore pubblico e/o privato accreditato e privilegiando lo sviluppo di esperienze già maturate;
2. riorganizzazione dell'offerta presente nelle strutture accreditate dell'area vasta Sud Est e dell'area vasta Nord Ovest;
3. definizione di specifici livelli di intervento per persone in stato di bassa responsività protratta e conseguente attivazione in tutte le aziende territoriali di moduli dedicati alla assistenza di tali persone,

anche al fine di garantire la massima appropriatezza di ricovero nelle UGCA. La realizzazione degli interventi a livello territoriale dovrà tenere conto delle necessità delle singole realtà locali con nuovi progetti nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria o con riconversione di strutture extraospedaliere già esistenti.

Dati epidemiologici, oramai sufficientemente affidabili ed in linea con quelli di altre regioni italiane, calcolano un'incidenza di circa 350 casi/anno nella Regione Toscana solo per le GCA di natura traumatica ed emorragica. Restano da valutare con attenzione le GCA di natura anossica ed altra natura che sono in forte aumento, ma per le quali è necessario prendere in considerazione, almeno in alcuni casi, anche percorsi alternativi al trasferimento diretto da reparti per acuti alle UGCA.

Con apposito atto di Giunta saranno delineati gli interventi necessari al fine di assicurare un'appropriata organizzazione delle aree di assistenza e i criteri di trasferibilità dalle strutture ad alta specialità neuroriabilitativa a strutture a minor livello di intensità assistenziale.

L'assistenza protesica in riabilitazione

L'accesso all'assistenza protesica e il ricorso alle tecnologie facilitanti le autonomie personali e assistenziali sono elementi intrinseci del processo riabilitativo; il progetto riabilitativo individuale definisce il livello tecnologico degli ausili e dei dispositivi protesici appropriato alle caratteristiche della persona, dei suoi bisogni e individua gli obiettivi del loro utilizzo.

In questo contesto è fondamentale la conoscenza degli ausili disponibili e delle tecnologie innovative, avvalendosi del nomenclatore delle protesi e degli ausili, delle tecnologie domotiche per l'ambiente domestico, degli ausili personalizzati per l'istruzione, il lavoro e il tempo libero. L'equipe riabilitativa che indica il ricorso agli ausili si avvale, per particolari problematiche e tecnologie, della consulenza dei Laboratori ausili per la comunicazione e di quelli per le autonomie presenti nelle tre aree vaste, nonché dei centri di ricerca presenti sul territorio regionale.

116

Per garantire appropriatezza ed efficacia alla erogazione delle prestazioni di assistenza protesica, particolare attenzione deve essere posta sia al momento valutativo/prescrittivo che a quello autorizzativo e, ove previsto, al collaudo finale.

Le procedure attivate dalle aziende sanitarie per l'acquisizione dei dispositivi protesici, sia quelli definiti su misura ed in particolare con riferimento a quelli non personalizzati, devono essere impostate in modo da garantire adeguati standard qualitativi dei dispositivi medesimi ed adottare criteri selettivi che privilegino i requisiti di qualità.

5.6.1.8 Prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni ospedaliere

L'attualità della patologia infettiva è confermata da alcune seguenti considerazioni tra cui la necessità di:

- un uso appropriato degli antibiotici nella cura e profilassi delle patologie da infezione sia in ambito intra che extra ospedaliero attraverso il sinergismo fra microbiologo ed infettivologo per la scelta degli antibiotici da testare negli antibiogrammi; la periodica revisione, tramite audit clinici, dei casi più complessi; l'utilizzazione di specifici antibiotici su indicazione dell'infettivologo; il parere obbligatorio dello specialista nei confronti della antibiosi di frontiera (casi multiresistenti, cluster epidemici in determinati reparti), per ovviare al grave fenomeno dello sviluppo di multiresistenze agli antibatterici;
- definire percorsi assistenziali e di isolamento per i malati infettivi in genere ed in particolare per i pazienti immunodepressi, per il supporto alla diagnosi e terapia delle infezioni opportunistiche e/o complesse in ambito oncologico, ematologico, trapiantologico e nelle terapie intensive;
- definire procedure e percorsi di diagnostica microbiologica e sierologia per il loro corretto utilizzo e interpretazione;
- costituire, all'occorrenza, una task force di pronto riferimento per le patologie emergenti (BSE, antrace, bioterrorismo, SARS, influenza aviaria);
- garantire l'assistenza clinica nelle patologie infettive nella popolazione detenuta, in quella migrante e nella fascia di popolazione emarginata (homeless, tossicodipendenti, prostitute);

- ottimizzare i percorsi di assistenza domiciliare integrata per la patologia infettiva evoluta (cirrosi scompensata, epatocarcinoma oltre all'infezione da virus dell'immunodeficienza umana);
- un adeguato e urgente controllo dell'infezione da HIV.

AIDS

Su questo ultimo punto siamo ben lontani dal controllo di tale patologia che anzi, durante gli ultimi anni presenta un aumento di prevalenza legato ad un andamento epidemiologico fortemente cambiato, passando da una circolazione in soggetti appartenenti a categorie a rischio alla diffusione nella popolazione generale ed in particolare in soggetti eterosessuali.

Tale situazione ha portato ad una serie di conseguenze:

- la maggioranza delle infezioni viene scoperta in fase avanzata, spesso al momento in cui la malattia si manifesta in fase conclamata;
- il calo di attenzione verso la problematica AIDS e la convinzione che la malattia riguardi sempre le categorie a rischio e che ormai sia una malattia guaribile;
- la bassa percezione del rischio e di conseguenza lo scarso uso dei profilattici;
- l'aumento della prevalenza dei casi di AIDS, dato il numero dei nuovi casi e l'aumentata sopravvivenza, che ha portato a un notevole incremento della spesa sanitaria per la cura della malattia.

Obiettivi per il triennio

Ne deriva la necessità di pianificare un programma di prevenzione che favorisca l'inversione del trend delle nuove infezioni:

- riqualificazione dei servizi in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine una modalità di lavoro per progetti, secondo criteri di adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità delle risorse;
- sviluppo di interventi di prevenzione sugli stili di vita mirati agli adolescenti ed agli adulti, in sinergia con le varie istituzioni e le associazioni del volontariato, con sviluppo delle iniziative all'interno dei centri di aggregazione;
- sviluppo delle azioni di sostegno finalizzate al reinserimento lavorativo e sociale delle persone sieropositive appartenenti alle fasce sociali più deboli;
- potenziamento del counseling pre e post test ovunque esso venga effettuato;
- garanzia della gratuità del test Hiv con particolare riferimento alle popolazioni a maggior rischio quali:
 - carceri: favorire e promuovere progetti riabilitativi volti al reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti sieropositivi, assicurando livelli di assistenza analoghi a quelli esterni;
 - tossicodipendenza ed alcolismo: coordinare l'attività di prevenzione all'AIDS con l'attività di prevenzione dell'abuso e dipendenza;
 - marginalità sociale: vanno assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i malati di AIDS senza fissa dimora, stranieri in regola con il permesso di soggiorno e non, persone non conosciute dai servizi, in collaborazione con le case di accoglienza e i servizi di bassa soglia;
- prevedere la costituzione dei comitati interaziendali di coordinamento tecnico scientifico in ambito infettivologico;
- garantire, rispettando l'appropriatezza nell'uso dei farmaci, le necessità terapeutiche ai pazienti sieropositivi per HIV.

Controllo delle Infezioni

Le complicanze infettive delle procedure assistenziali sono un problema rilevante la cui persistenza è anche legata all'aumento della complessità delle cure e della criticità dei pazienti. Tuttavia possono essere prevenute dall'applicazione di misure di controllo e strategie efficaci. I costi ad esse imputabili, sia di natura assistenziale che legati al contenzioso e al danno di immagine, sono tali da rendere gli interventi di controllo delle infezioni una priorità per il sistema sanitario toscano. L'evoluzione di modelli assistenziali inoltre impone di passare dal concetto di infezione ospedaliera a quello di infezione correlata alle procedu-

re assistenziali (ICPS), con l'estensione dell'applicazione di standard di qualità e sicurezza a ogni modalità di erogazione delle cure.

La Regione Toscana intende promuovere un piano di interventi identificati in base alla loro efficacia e alla riduzione dei costi legati alla non qualità, per avviare in tutte le Aziende un programma di attività condiviso, sostenibile e continuativo dai risultati incisivi e misurabili mediante indicatori uniformi di attività e risultato. Nella definizione del programma di attività la Regione si avvarrà del parere di un Comitato di Coordinamento in rappresentanza delle tre Aree Vaste regionali, e di un Comitato Tecnico – Scientifico che garantisca il coordinamento interprofessionale e il collegamento con le altre attività promosse a livello nazionale.

Obiettivi per il triennio

Gli obiettivi indicati alle Aziende, costituiscono requisiti Regionali di accreditamento e sono finalizzati a:

- mantenimento e sviluppo di iniziative di sorveglianza che riguardino sia la sorveglianza attiva di aree di particolare criticità, sia il monitoraggio di dati correnti;
- miglioramento della qualità della pratica assistenziale e della sicurezza di pazienti e operatori, da conseguire attraverso la produzione, l'implementazione e la verifica di impatto di protocolli e linee guida condivisi.

In particolare, si indicano le seguenti azioni per specifiche aree assistenziali:

Area Chirurgica

Azioni di sorveglianza

- Effettuazione di studi ripetuti di incidenza delle complicanze infettive secondarie ad interventi chirurgici, che comprendano anche modalità di sorveglianza post-dimissione.

Azioni di miglioramento della qualità

- Verifica delle modalità di effettuazione della profilassi antibiotica in chirurgia, con l'obiettivo di valutarne la coerenza con le linee guida nazionali e regionali e di correggere le aree di inappropriata.
- Implementazione di modalità appropriate di gestione preoperatoria del paziente

Area Intensivistica

Azioni di sorveglianza

- Attivazione di un protocollo di sorveglianza continua delle infezioni nelle U.O. di Terapia Intensiva, attraverso l'adesione al "petalo infezioni" – Progetto Margherita – in collaborazione con l'Istituto Mario Negri

Azioni di miglioramento della qualità

- Validazione e implementazione dei Documenti di Consenso regionali esistenti, e redazione, diffusione e validazione di Linee Guida Regionali per la prevenzione delle polmoniti correlate alla ventilazione assistita.

Area della sorveglianza di laboratorio e dell'appropriatezza delle terapie antiinfettive

Azioni di sorveglianza

- Attivazione di un protocollo di sorveglianza continua attraverso la rete dei laboratori di microbiologia, rivolto alla identificazione degli eventi epidemici, alla definizione degli agenti patogeni prevalenti e dei loro profili di resistenza.

Attività di miglioramento della qualità

- Programmazione e attuazione della formazione specifica sul tema della prevenzione delle resistenze e del corretto utilizzo degli antibiotici per gli operatori delle aree critiche ospedaliere, dell'area chirurgica e delle strutture residenziali assistenziali e produzione di linee guida per il trattamento delle infezioni da microrganismi resistenti.

Altre aree prioritarie

Attività di sorveglianza

- Avvio di una indagine pilota sulle infezioni correlate alle procedure assistenziali nelle RSA.
- Sorveglianza continua degli eventi epidemici e monitoraggio degli eventi sentinella.
- Monitoraggio specifico del rischio biologico occupazionale, avviando sistemi di sorveglianza degli incidenti che interessino anche le strutture assistenziali extraospedaliere.
- Miglioramento dell'accuratezza della sorveglianza e delle modalità di segnalazione delle malattie soggette a notifica obbligatoria.

Attività di miglioramento della qualità

- Identificazione e coordinamento a livello regionale di centri di riferimento per specifiche problematiche, quali la Legionellosi, la tipizzazione dei microrganismi responsabili di infezioni trasmesse con gli alimenti, la tipizzazione molecolare dei microrganismi che si presentano in forma epidemica, la caratterizzazione delle resistenze antibiotiche.

5.6.1.9 Il percorso di diagnosi e cura delle maculopatie degenerative

Considerando un'incidenza annuale di Degenerazione maculare legata all'età (AMD) neovascolare pari a 1.05 per 1000 sopra i 55 anni di età (dal Rotterdam Study) e i dati ISTAT sulla popolazione toscana, si attendono in Italia 19.572 nuovi casi per anno.

In Toscana i casi incidenti attesi ogni anno sono 1.308 distribuiti nelle Aree Vaste come segue: 478 (Nord-Ovest), 528 (Centro), 302 (Sud-Est).

I dati disponibili indicano che la prevalenza è circa 10 volte l'incidenza annuale in valore assoluto, dato sostenuto dal fatto che l'età media dei malati è 75 anni, che la loro attesa media di vita è 10 anni e che la neovascolarizzazione coroideale (CNV) che caratterizza la AMD neovascolare ha effetti irreversibili sulla visione.

Il danno visivo legato alla AMD neovascolare è massimo nei primi mesi di malattia. Sebbene un certo recupero visivo si ottenga con le moderne terapie antiVEGF, buona parte del danno subito è irreversibile. Per questo si dovrebbe poter diagnosticare e trattare un malato di AMD neovascolare entro 15-30 giorni in modo da stabilizzare la visione nella maggior parte dei soggetti prima che si realizzi un profondo deficit visivo.

119

Difficilmente il paziente che viene colpito da AMD neovascolare nel primo occhio riconosce tempestivamente i sintomi e richiede prontamente la diagnosi e il trattamento. Per ovviare a ciò si possono proporre interventi per l'individuazione e l'educazione dei soggetti a rischio. Sono a maggior rischio di sviluppare una AMD neovascolare (20% in 5 anni) soggetti di età maggiore di 55 anni che presentino lesioni maculari, che si possono individuare con un esame del fondo oculare.

A queste persone possono essere prescritti alcuni antiossidanti che hanno dimostrato di ridurre del 20-25% il rischio di malattia in un ampio studio randomizzato controllato (AREDS). Tali soggetti a rischio, se fumatori, dovrebbero essere avviati a programmi anti-fumo, in quanto questa esposizione aumenta di 3 volte il rischio di AMD neovascolare. Di semplice realizzazione sarebbero campagne di informazione sui sintomi della malattia dirette al medico di medicina generale ed al pubblico che afferrisce agli ambulatori medici, ad esempio con mezzi visivi. Saranno promossi inoltre programmi di screening che potrebbero essere limitati alle fasce d'età più elevate, sia per la maggiore incidenza di AMD con l'età, sia per la prevedibile minore autonomia di gestione della propria salute negli anziani fragili.

La AMD neovascolare ha un importante impatto psicologico sul malato anche se è colpito un solo occhio. Tuttavia, la compromissione della qualità della vita e della autonomia del paziente si verifica quando il secondo occhio viene coinvolto (rischio del 40% in 5 anni). Per ridurre la disabilità utilizzando le nuove terapie disponibili è fondamentale realizzare una rete assistenziale che conduca il paziente ad un rapido trattamento e ad una efficiente gestione del percorso clinico, attraverso gli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, ai quali spetta in parte la sorveglianza in fase di cronicità insieme ai medici di medicina generale.

Nella medicina moderna il malato assume progressivamente il ruolo di soggetto attivo, coinvolto nella gestione della propria malattia cronica e capace di interagire con il sistema di cura tramite le associazioni che lo rappresentano. Una naturale estensione di ciò è il ruolo che il volontariato assume nella educazio-

ne sanitaria delle persone che vengono colpite da AMD neovascolare, anche allo scopo di fornire loro sostegno. Le associazioni di malati svolgono azioni di supporto al singolo malato accanto al personale sanitario e possono contribuire alla umanizzazione ed al miglioramento del percorso clinico. La pianificazione di campagne educative e di screening per la AMD neovascolare deve quindi avvenire insieme alle associazioni dei malati, che possono inoltre contribuire al loro svolgimento tramite il volontariato.

5.6.1.10 La rete specialistica per la diagnosi e cura delle malattie rare

L'assistenza ai soggetti portatori di malattie rare si conferma tra le azioni prioritarie del vigente Piano. Garantire trasparenza delle istituzioni, informazione sui servizi erogati e qualità degli stessi sono elementi di grande impegno per la Regione Toscana.

Nel corso della vigenza del PSR 2005–2007 l'impegno regionale è stato concentrato nel dare applicazione agli indirizzi nazionali.

Nel triennio si sono consolidate le azioni e in collaborazione con il Forum regionale e i professionisti della rete delle malattie rare sono stati individuati i presidi dedicati alla diagnosi e alla cura delle malattie rare ed è stato istituito il registro regionale delle malattie rare come articolazione del registro nazionale.

Diventa uno degli obiettivi prioritari del prossimo triennio potenziare le funzioni della rete regionale delle malattie rare, nella finalità di assicurare ai cittadini percorsi assistenziali clinico diagnostici omogenei, appropriati e condivisi.

Il registro, gestito per conto della Regione Toscana dalla Fondazione CNR – Regione Toscana “Gabriele Monasterio”, è uno degli strumenti funzionali al potenziamento della rete che, oltre a produrre misure epidemiologiche delle diverse malattie, consente di affrontare una delle criticità evidenziate in questo settore, ovvero la necessità di migliorare la diffusione delle conoscenze scientifiche, in particolare per quelle malattie per le quali proprio la rarità, la mancanza di informazione sui percorsi assistenziali assicurati, costituisce un problema vitale per i soggetti che ne sono portatori.

Gli obiettivi sopra indicati trovano conferma anche nel “Programma di azione comunitario” nel settore della sanità pubblica 2003 – 2008 che individua, come azioni comunitarie specifiche per le malattie rare lo scambio di informazioni a livello internazionale e lo sviluppo integrato di strategie e meccanismi di prevenzione.

Diventa obiettivo strategico del Piano, strutturare un modello organizzativo che privilegi i sistemi di comunicazione, di collaborazione e di coordinamento tra i presidi della rete regionale delle malattie rare con quella nazionale e tra questi e la rete europea.

La commissione di coordinamento regionale, nominata dal Consiglio Sanitario Regionale, assicura il coordinamento professionale nel settore, e conseguentemente la omogeneità e la appropriatezza dei percorsi di cura.

Nel triennio di vigenza del Piano la medesima commissione, integrata con le professionalità necessarie, dovrà elaborare:

- un protocollo che definisca le procedure operative cui si deve attenere ogni presidio della rete, anche in relazione agli accordi definiti a livello nazionale;
- le procedure organizzative che assicurino l'approccio interdisciplinare al paziente, l'integrazione con i servizi territoriali e il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta per l'erogazione dell'assistenza in ambito domiciliare.

Costituiscono ulteriori elementi operativi del vigente Piano:

1. l'implementazione del sito web regionale gestito per conto della Regione dalla Fondazione CNR – Regione Toscana “Gabriele Monasterio”;
2. il consolidamento dell'attività del registro anche attraverso una articolazione a rete territoriale con punti di riferimento per Area Vasta;
3. lo sviluppo di programmi di ricerca sulla diagnosi ed il trattamento delle malattie rare incluso la disponibilità dei farmaci orfani prevedendo anche l'adesione ai progetti di ricerca nazionali ed europei;

4. lo sviluppo dei rapporti tra i presidi della rete per diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici;
5. la diffusione delle informazioni sui percorsi assistenziali accreditati presso tutti gli operatori del sistema coinvolti (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta ecc.) sfruttando anche le sinergie con le associazioni dei malati e dei loro familiari;
6. la realizzazione di periodici eventi di comunicazione tecnico/scientifica che coinvolgano i cittadini ed i professionisti e che con la collaborazione degli Atenei toscani favoriscano la conoscenza delle malattie rare da parte degli studenti universitari.

Inoltre, è prioritario che vengano attivati percorsi di formazione/addestramento, all'interno della rete specialistica regionale, affinché l'assistenza ai soggetti portatori di malattie rare, ancorché pianificata e monitorata dal centro di riferimento, venga garantita appropriatamente ed in sicurezza presso il presidio accreditato a tale terapia più vicino al domicilio del paziente, ciò anche in situazioni di urgenza. In tale contesto logico, può costituire utile esempio di approccio organizzativo quello proposto e progettato nel campo dell'assistenza per il paziente affetto da coagulopatie congenite (emofilia e sindromi correlate) in caso di emorragia. È possibile infatti prevedere tre livelli di intervento:

1. inserimento nella rete regionale del data base del Centro regionale di riferimento;
2. garanzia della presenza di farmaci antiemorragici nei Pronto Soccorso individuati;
3. attivazione di seminari annuali di formazione in ogni area vasta e corsi di training presso il Centro di riferimento.

5.6.1.11 Diagnostica predittiva e medicina personalizzata

Si è visto, nel corso degli anni, un processo evolutivo che ha segnato il passaggio dalla medicina curativa a quella preventiva e, contestualmente, da un approccio dell'organizzazione dei servizi sanitari da individuale a collettivo con azioni non più limitate al controllo dei sintomi, ma anche e soprattutto ad interventi di prevenzione primaria e secondaria.

I temi dell'educazione alla salute e della diagnosi precoce hanno assunto crescente importanza determinando significativi risultati in termini di riduzione della morbilità e della mortalità per molte patologie ed in particolare per alcuni tumori (lotta al fumo e tumori polmonari, citologia vaginale e cancro del collo dell'utero).

Più recentemente si è sviluppato un nuovo settore della medicina che, con il supporto di una diagnostica prevalentemente di tipo genetico, definisce il rischio individuale di sviluppare una patologia, consente di prevedere una particolare predisposizione o un significativo aumento della probabilità di una persona di ammalarsi. Studi di prospettiva (Progetto Genoma) fanno prevedere un notevole aumento di test predittivi per sempre più malattie e la possibilità, attraverso la farmacogenomica, di disporre di farmaci bersaglio specifici e individualizzati.

Il presente PSR delinea la necessità di cogliere il valore della diagnostica predittiva monitorandone strettamente le acquisizioni, ed impegna le strutture regionali, sulla base delle informazioni relative al rischio individuale, a definire percorsi assistenziali per il singolo utente nei casi in cui sia stato definito con queste metodiche, un rischio elevato (medicina personalizzata).

La conoscenza di un preciso rischio individuale obbliga a programmi di controllo intensivi diversi da quelli previsti per l'intera popolazione ed una maggiore flessibilità clinico organizzativa in grado di attuare procedure personalizzate.

In senso estensivo sono riconducibili nell'ambito della medicina predittiva i seguenti campi di applicazione:

- a) **rischio ereditario/genetico specie in ambito oncologico:** l'ITT ha previsto uno specifico percorso assistenziale che a partire dal MMG e attraverso i Dipartimenti Oncologici concentri la casistica in strutture specifiche di Area Vasta in grado di definire il rischio individuale, attivarsi sulla famiglia, adottare specifiche azioni diagnostiche e terapeutiche;
- b) **diagnostica prenatale:** la conoscenza del rischio in utero consente non solo una specifica gestione della gravidanza, ma anche l'attivazione di procedure terapeutiche personalizzate in epoca perinatale

e programmi di controllo appropriati dopo la nascita;

c) **farmacogenetica**: l'acquisizione di conoscenza in termini di resistenza su base individuale a determinati farmaci può consentire scelte farmaceutiche personalizzate e tempestivamente efficaci.

È evidente che il settore della diagnostica predittiva è, al momento, uno degli ambiti di ricerca più interessante anche perché apre la strada alla sconfitta di molte malattie; tuttavia esso conduce a problematiche rilevanti soprattutto di tipo etico per la complessità e delicatezza delle informazioni, per il coinvolgimento di più individui appartenenti ad una famiglia, per la pressione mediatica sul valore di indagini peraltro particolarmente costose.

Il tema necessita di un approccio equilibrato, in grado di coniugare, da una parte, una attenzione scrupolosa per i significati innovativi e insieme etici della problematica, dall'altra la capacità di garantire un'appropriatezza clinico-organizzativa del sistema, mediante l'adozione di linee guida e regole.

Il presente PSR intende valorizzare l'ambito della medicina personalizzata fornendo "linee guida di principi" in grado di definire:

1. informazione adeguata e responsabile per una coscienza collettiva dei cittadini;
2. le acquisizioni necessarie agli operatori coinvolti nel percorso assistenziale;
3. le finalità per il malato e l'appropriatezza per l'uso dei test;
4. i criteri con i quali valutare tempestivamente le opportunità da offrire e i settori da approfondire o assumere in via sperimentale;
5. la pertinenza rispetto al funzionamento del sistema di rete e i servizi necessari;
6. La proporzionalità rispetto alle risorse impiegate (analisi *cost-effectiveness*).

In tale contesto, e nei limiti di quanto sopra ricordato, un ruolo centrale, in campo biomedico, è oggi riconosciuto alla genetica.

La programmazione regionale, a tale proposito, ha pianificato da una parte gli ambulatori di genetica medica sul territorio rivolti ai pazienti e agli altri specialisti, dall'altra la centralizzazione dei laboratori con lo scopo di raggiungere una più razionale organizzazione in termini di qualità, di programmazione e di sviluppo culturale.

122

Nell'ambito del piano precedente sono stati individuati alcuni obiettivi prioritari, di seguito indicati, definiti con specifici atti deliberativi (D.C.R. n. 145/2004 e DGR n. 685/2005 DGR 887/2006):

- attivare un coordinamento scientifico e organizzativo di ambito regionale;
- garantire i test genetici presidiandone i criteri di sensibilità e specificità;
- programmare l'attività di genetica al fine di evitare sovrapposizioni o carenze;
- definire le modalità per l'introduzione di nuovi test genetici;
- collegare il percorso diagnostico con lo specialista clinico di riferimento della patologia;
- garantire la fase pre-test e post-test di consulenza genetica;
- assicurare l'esecuzione dei test genetici in strutture autonome di genetica con personale dedicato.

Il Coordinamento regionale scientifico e organizzativo per le attività di genetica medica è stato costituito per le seguenti finalità:

- rendere ottimali ed uniformi diagnosi, prevenzione e cura (intesa anche come riabilitazione) degli utenti;
- garantire la rispondenza dei percorsi clinico/diagnostici ai requisiti identificati anche a livello nazionale e internazionale per specifiche patologie genetiche (diagnosi presintomatica, diagnosi ai minori);
- assicurare la omogeneità operativa territoriale offerta nelle tre Aree Vaste.

Con la DGR 714/2007 è stato approvato lo schema di accordo tra la Regione Toscana e la Regione Emilia Romagna per l'istituzione di un osservatorio per l'attività di genetica che tra i suoi obiettivi si propone di condividere criteri, atti e percorsi assistenziali e formativi.

Nel corso del triennio di vigenza del piano si è provveduto a strutturare opportunamente il quadro normativo di riferimento.

Le recenti acquisizioni nella comprensione di come i fattori genetici contribuiscano alla suscettibilità, alla progressione e alla risposta ai trattamenti pongono nuove sfide ai servizi sanitari. I laboratori di genetica devono essere definiti con logiche di appartenenza dell'intera rete dei laboratori toscani. Gli scopi dei test genetici con le conoscenze attuali non riguardano più soltanto la salute delle future generazioni, ma anche i rischi attuali di chi si sottopone al test. Inoltre, mentre i test genetici tradizionali erano focalizzati su malattie monogeniche rare, gli attuali test interessano patologie multifattoriali nelle quali la componente genetica è solo una parte. La conseguenza è un espandersi del numero dei test genetici con rilevanti implicazioni per la popolazione, quindi occorrerà programmare una corretta informazione e una adeguata distribuzione dei servizi al fine di assicurare qualità della attività e razionalizzazione della spesa. In particolare occorre, come sopra ricordato:

- definire i requisiti minimi di accreditamento per i servizi di genetica medica;
- definire linee guida per l'appropriatezza di erogazione dei test genetici, attraverso appropriati percorsi di health technology assessment;
- strutturare l'attività dell'Osservatorio Interregionale per l'attività di genetica;
- programmare opportunamente la distribuzione e l'offerta dei servizi sul territorio regionale valutando i costi in termini di personale, di strutture, di test da erogare;
- organizzare interventi di formazione e informazione rivolti prioritariamente agli operatori sanitari e ai cittadini fruitori del servizio;
- attivare una rete con medici di famiglia e pediatri di libera scelta. A loro è demandata la gestione dei pazienti; quindi, una corretta formazione/informazione sulla patologia genetica e sulle eventuali complicazioni a distanza, è di fondamentale importanza per la qualità di vita degli stessi. La rete può garantire il follow-up utile per i possibili aggiornamenti diagnostici e per una programmazione assistenziale regionale;
- assicurare il percorso diagnostico secondo le indicazioni regionali;
- coinvolgere le associazioni dei pazienti e dei loro familiari;
- implementare l'informatizzazione dei laboratori al fine di garantire un sistema di qualità nel flusso dei dati assicurando l'attuazione delle raccomandazioni del Garante per la Privacy;
- attivare un sistema di rete informatica tra i servizi di genetica, la rilevazione toscana dei difetti congeniti e il Registro Toscano Malattie Rare;
- attivare un sistema di flussi informativi che consentano una rilevazione puntuale dei dati di attività di genetica;
- attivare strumenti di sorveglianza e audit attraverso la condivisione degli indicatori di attività e di impatto economico.

123

5.6.1.12 Assistenza termale

Lo sviluppo delle politiche di salute della Regione relative al settore termale è indirizzato alla promozione e valorizzazione dell'offerta termale toscana tramite il rilancio del ruolo sanitario delle strutture termali regionali. In particolare sono individuati i seguenti obiettivi:

- individuazione di riferimenti certi per la autorizzazione e l'accreditamento degli stabilimenti termali, anche in attuazione degli accordi nazionali per la erogazione delle prestazioni termali;
- individuazione di percorsi riabilitativi e definizione di prestazioni sanitarie per le quali esistono evidenze scientifiche d'efficacia se erogate in ambiente termale, anche tramite la attivazione di sperimentazioni in relazione a specifiche patologie;
- promozione dei rapporti tra strutture termali ed Università, anche ai fini del coinvolgimento delle aziende termali nella realizzazione di indagini epidemiologiche e statistiche e di ricerche scientifiche nel campo degli interventi sanitari termali;
- verifica ed eventuale revisione dei requisiti per la attribuzione di livelli tariffari differenziati relativamente alla remunerazione delle prestazioni sanitarie termali erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale;
- verifica della possibilità di inserimento degli stabilimenti termali nello sviluppo dei processi di integrazione delle medicine complementari e non convenzionali negli interventi per la salute;

- sostegno ad azioni coordinate con il livello territoriale al fine di promuovere la realizzazione, presso le aziende termali, di programmi finalizzati alla promozione di sani stili di vita.

5.6.1.13 Il patrimonio scientifico, documentario ed artistico delle aziende sanitarie

Le aziende sanitarie sono chiamate ad occuparsi della conservazione e valorizzazione del patrimonio storico culturale e scientifico di rilievo ai fini della documentazione dell'evoluzione storico-culturale e scientifica della sanità pubblica.

In particolare i settori su cui intervengono sono i seguenti:

- i beni strumentali, costituiti dalla strumentazione scientifica dimessa e ritenuta di interesse per la storia della scienza e della tecnica;
- il patrimonio storico artistico, beni mobili e immobili;
- i patrimoni archivistici;
- i patrimoni antichi delle biblioteche;
- il patrimonio librario e documentario corrente, libri scientifici/riviste scientifiche per le necessità delle aziende.

Le finalità sopra indicate sono perseguite dalle aziende sanitarie tramite le proprie strutture ed avvalendosi di specifiche competenze, anche in stretto raccordo con le Università (vedi Centro tutela e valorizzazione antico patrimonio scientifico senese) e gli istituti di ricerca nazionali e internazionali.

La legge regionale n.40/2005, all'articolo 116, prevede che "le aziende per l'accertamento della rilevanza dei beni ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica e per stabilire le modalità per la loro conservazione, tutela e valorizzazione, possono avvalersi di apposite commissioni tecniche, nonché della collaborazione dei competenti organismi dell'amministrazione statale e regionale preposti alla loro tutela e valorizzazione culturale scientifica".

124

La Giunta già nel 2000 ha dato indicazioni per la costituzione di tre Commissioni tecniche con funzioni di area vasta. Questi organismi con varia composizione ed assetto giuridico, hanno sviluppato i diversi filoni di attività in maniera anche molto differenziata. Sono stati realizzati vari interventi: operazioni inventariali, percorsi museali, pubblicazioni editoriali ed avviate iniziative per la biblioteca in rete.

Nel 2007 sono stati approvati nuovi indirizzi regionali per rafforzare i vari livelli organizzativi e risistemare complessivamente la materia. Viene valorizzata la funzione di promozione esercitata a livello d'area vasta dalle Commissioni tecniche, che devono garantire il coordinamento tra le aziende dell'area vasta, predisporre un piano annuale di attività a livello di area vasta e assicurare il raccordo con il livello regionale.

Il Comitato regionale, istituito con la DGR 462/2007, costituisce la sede di coordinamento e di monitoraggio delle iniziative sul territorio. È composto da rappresentanti della Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, della Direzione Generale Politiche formative, beni e attività culturali, delle Commissioni tecniche di Area vasta, della Direzione regionale del Ministero per i Beni e le attività culturali, dell'Università e dell'Ordine dei Medici.

La presente azione di Piano sanitario regionale intende promuovere e sostenere le attività delle Aziende sanitarie sulla base dei seguenti interventi:

- valutazione, selezione e conservazione, in stretta connessione con le Sovrintendenze, della documentazione amministrativa, storica e sanitaria delle singole aziende e corretta distruzione della documentazione di cui non necessita la conservazione;
- selezione e catalogazione della strumentaria medica secondo le norme dell'ICCD;
- catalogazione dei beni storico-artistici e dei beni archivistici secondo standard concordati;
- reperimento locali idonei per la conservazione della strumentaria scientifica obsoleta, dei beni storico-artistici e dei beni archivistici;
- promozione dello studio e della documentazione degli edifici ad uso ospedaliero e sanitario – mantenendo gli opportuni contatti con le autorità competenti in materia di beni ambientali e architettonici;
- promozione fra gli operatori e nella popolazione, di un'azione di conoscenza e sensibilizzazione sulla

storia della sanità e dell'assistenza nella realtà Toscana. Sviluppo di iniziative di divulgazione della cultura scientifica in un quadro d'evoluzione storica rivolte agli operatori, ai cittadini e al mondo della scuola;

- costituzione di un sistema bibliotecario integrato relativo alla documentazione biomedica per le necessità delle Aziende Sanitarie. Realizzazione di un catalogo unico integrato con le Università;
- promozione di interventi di formazione e qualificazione del personale che si occupa della gestione del patrimonio storico artistico culturale e scientifico e delle biblioteche nell'ambito delle Aziende sanitarie.

La presente azione di piano evidenzia inoltre la necessità di stabilire forme di collegamento e collaborazione con le specifiche iniziative e attività di cui al Piano integrato della Cultura 2008–2010.

Costituiscono obiettivi per il prossimo triennio:

1. piena applicazione degli indirizzi regionali relativi all'organizzazione delle strutture aziendali e regionali di riferimento;
2. reperimento locali idonei per la conservazione della strumentaria scientifica e della documentazione clinica di carattere storico;
3. utilizzo scheda unica a livello regionale per selezione e catalogazione della strumentaria medica secondo le norme dell'ICCD;
4. realizzazione di eventi di promozione e divulgazione.

5.6.1.14 Assistenza religiosa

La legge 23 dicembre 1978 n. 833 all'articolo 38 prevede che presso le strutture di ricovero del S.S.N. sia assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

La Regione Toscana considera diritto fondamentale il rispetto delle diverse opzioni filosofiche, esistenziali e delle fedi religiose e intende assicurare il servizio di assistenza religiosa presso tutte le strutture di ricovero in conformità delle norme concordatarie e statali vigenti in materia.

125

A tal fine le Aziende sanitarie sono tenute a disciplinare l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio e, per gli altri culti, d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio, in conformità agli indirizzi regionali.

In ogni Azienda Sanitaria dovranno essere garantite, attraverso apposite convenzioni con le autorità ecclesiastiche locali, le modalità organizzative atte ad assicurare l'assistenza religiosa all'interno dei servizi socio-sanitari.

I rapporti relativi all'assistenza religiosa cattolica sono regolati da un Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana, comprensivo di uno schema tipo di convenzione da stipularsi tra le Aziende Sanitarie e le competenti autorità ecclesiastiche locali.

5.6.2 Progetti Obiettivo

La strategia regionale di promozione di un sistema integrato di interventi socio sanitari ha come strumento fondamentale i progetti obiettivo ad alta integrazione, che costituiscono parte integrante e nucleo delle attività dei servizi socio sanitari territoriali. La loro realizzazione avviene nell'ambito della organizzazione sanitaria territoriale, fatte salve le necessarie connessioni ed implicazioni rispetto all'organizzazione delle strutture ospedaliere di secondo e di terzo livello.

I progetti obiettivo definiscono le strategie programmatiche specifiche per dare una risposta completa ed unitaria ai bisogni complessi in essi rappresentati, secondo i principi dell'unitarietà d'intervento, della continuità assistenziale, della valutazione multidimensionale del bisogno, del piano personalizzato di intervento, della progettazione integrata delle risposte sanitarie e sociali e della condivisione degli obiettivi, della valutazione partecipata e periodica degli esiti.

La metodologia di lavoro, orientata per progetti, mira alla personalizzazione degli interventi al fine di col-

legare, in modo qualitativo, i bisogni alle risposte e migliorare l'accessibilità ai servizi, unificando i punti d'accesso e contrastando le disuguaglianze, garantendo la tutela soprattutto dei soggetti più deboli. Come ricordato nelle pagine precedenti, quindi, è fortemente ricercata la unitarietà della programmazione strategica con il PISR, nei campi ove questa appare qualificante e necessaria. A tal fine i progetti sottoriportati sono confermativi ed integrativi a quanto già previsto dal PISR.

5.6.2.1 Salute Mentale

Nel corso del triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2005–2007 è proseguita l'azione di consolidamento della rete integrata dei servizi territoriali per la salute mentale coerentemente con i principi organizzativi indicati fin dal 1995 dall'OMS nel documento "World Mental Health: Problems and Priorities in Low–Income Countries" e nel rispetto dei principi fondamentali che stanno alla base del modello organizzativo dei servizi della Toscana:

- la conferma del divieto di ogni forma di contenzione fisica e l'attenzione alla persona alla sua storia e al suo contesto culturale e sociale;
- lo sviluppo delle più appropriate forme di assistenza e di cura, anche per combattere l'isolamento e lo stigma;
- il "prendersi cura" della persona, il sostegno alla famiglia e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato mirato al superamento delle sue difficoltà psicologiche e se possibile, alla sua guarigione, recupero del suo ruolo sociale e familiare;
- la realizzazione di servizi di salute mentale di comunità con l'attivazione di interventi assistenziali che si sviluppino nella, e con, la comunità locale;
- servizi diffusi sul territorio, versatili, culturalmente integrati.

In particolare nel triennio l'impegno della Regione e dei Dipartimenti di Salute Mentale è stato concentrato su alcune linee di azione:

- analisi e confronto sull'organizzazione dei servizi di salute mentale in coerenza con le scelte strategiche della Toscana, rivolgendo l'attenzione ai pertinenti livelli di programmazione: Aziendale e delle Società della Salute;
- sviluppo di una cultura orientata alla verifica e valutazione del grado di raggiungimento dei risultati, all'appropriatezza ed efficacia delle azioni e al monitoraggio delle attività dei servizi;
- istituzione della Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale (Deliberazione G.R. 1210 del 12.12.2005) e avvio di azioni riguardanti:
 - un'appropriata valutazione dei servizi: l'accreditamento dei servizi per la salute mentale;
 - la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti (andamento della mortalità su popolazione di pazienti seguiti dai servizi di salute mentale della Toscana);
 - i rapporti tra i Dipartimenti di Salute Mentale e le Università;
 - le competenze professionali e la relazione tra operatori e pazienti;
- monitoraggio delle attività dei servizi attraverso l'avvio di un Sistema Informativo Regionale sulla Salute Mentale sulla base del progetto approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1181 del 28.10.2002 e inserimento dello stesso nel Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari per il monitoraggio continuo dell'attività dei servizi;
- definizione del ruolo delle Aziende Ospedaliere Universitarie, delle Università e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nell'ambito dell'assistenza, della formazione e della ricerca nell'ambito della salute mentale;
- promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, attraverso la prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e dei disturbi psichici nell'età adolescenziale e l'elaborazione di percorsi assistenziali per la gestione dell'emergenza psichiatrica;
- sviluppo di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), con particolare attenzione ai Centri ambulatoriali aziendali, in applicazione di quanto disposto nelle linee guida adottate dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 279 del 18.4.2006, come specificato nel progetto speciale "Alimentazione e salute" del presente Piano;

- analisi dei percorsi assistenziali per pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico e avvio di sperimentazioni di servizi integrati per la diagnosi precoce, la cura e l'assistenza.

I Dipartimenti di Salute mentale, pur trovando qualche difficoltà in termini organizzativi, che necessitano di approfondimenti, anche con opportuni tavoli di concertazione, hanno cercato di rispondere adeguatamente alle richieste di assistenza sempre più diffuse ed articolate dal lato dei bisogni da parte di utenti con vari disturbi compresi quelli "gravi".

Gli utenti attivi in carico ai servizi sono circa 90.000 di cui circa 27.000 minori di età. I ricoveri nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura hanno avuto una leggera flessione, mentre è da tenere sotto controllo il dato dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.). In Toscana il tasso di mortalità per suicidi risulta più basso della media nazionale con una tendenza alla diminuzione del fenomeno.

La rete dei servizi, relativamente alla salute mentale adulti, è abbastanza articolata e diversificata in relazione ai bisogni. Per quanto riguarda le strutture residenziali, in questi anni è proseguita l'azione di riorganizzazione e adeguamento delle stesse sulla base di quanto indicato nel precedente Piano Sanitario Regionale. A tale riguardo si evidenziano le difficoltà incontrate dai servizi per attivare una maggiore mobilità nell'ambito delle strutture terapeutico-riabilitative soprattutto per la carenza di programmi e investimenti abitativi diretti a garantire l'inserimento sociale dei pazienti attraverso idonee soluzioni. Critica si presenta anche la risposta al bisogno di inserimenti lavorativi per le persone con problemi di salute mentale. Come specificato nel paragrafo 7.13 del Piano Integrato Sociale Regionale, di cui alla deliberazione del Consiglio Regionale n. 113 del 31.10.2007, devono essere rafforzati gli interventi socio sanitari integrati mediante una maggiore progettualità strategica, nell'ambito della programmazione delle Società della Salute. Le particolari difficoltà riscontrate nel collocamento al lavoro delle persone con disturbi psichici evidenziano la necessità di sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra Dipartimenti di Salute Mentale e Province per l'applicazione della Legge 68/1999 e di prevedere stabili strumenti di integrazione con i servizi per il Collocamento Mirato. La Regione Toscana si impegna a proseguire il percorso avviato diretto a favorire tali collaborazioni e a individuare percorsi propedeutici al lavoro e strumenti di controllo e verifica sull'andamento del tutoraggio e dell'inserimento al lavoro.

Per quanto riguarda la salute mentale infanzia e adolescenza, la rete dei servizi non è ancora completata e non sempre è garantita la continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta. Occorre definire e adottare in ogni Azienda USL protocolli condivisi, con verifiche della loro attuazione, tra servizi di salute mentale infanzia adolescenza e adulti e tra questi e gli altri servizi sanitari e sociali presenti sul territorio per migliorare l'integrazione e la collaborazione. È necessario inoltre che venga assicurata maggiore attenzione agli interventi diretti alla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, nell'ambito della programmazione, sia a livello della zona-distretto che aziendale e di area vasta.

Non è ancora a regime in ogni Azienda USL il sistema informativo salute mentale e ciò non consente il monitoraggio complessivo dei risultati prodotti dalla rete dei servizi. Occorre pertanto una uniforme applicazione delle disposizioni regionali su tutto il territorio.

Il presente PSR in una logica di continuità e rafforzamento del precedente, integra e sviluppa quanto indicato nel Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 (adottato con deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31.10.2007) prevedendo le seguenti linee di azione nel triennio.

L' Organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale

È necessario assicurare la completa e diffusa applicazione delle Linee guida sull'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti di Salute mentale adottate dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 1016 del 27 dicembre 2007 con particolare attenzione alle seguenti priorità.

In ogni Azienda USL deve essere istituito il Dipartimento di Salute Mentale quale struttura organizzativa tecnico professionale finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.

Il Dipartimento concorre, supportando la Direzione Generale delle Aziende USL e delle Società della Salute, alla programmazione delle azioni riguardanti la salute mentale. In particolare, partecipa alla

sperimentazione delle Società della Salute contribuendo alla determinazione del profilo di salute della comunità, alla rilevazione dei determinanti di salute, alla definizione di indicatori per la misurazione delle attività ed alla progettazione dei piani di prevenzione e di miglioramento continuo della qualità della vita della comunità.

In ogni Zona–distretto devono essere istituite le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza e Adulti con il compito di garantire il funzionamento e l'operatività della struttura mediante il coordinamento e la gestione delle risorse umane e finanziarie.

Nelle zone–distretto con più di 150.000 abitanti, è possibile attivare più Unità Funzionali al fine di garantire una migliore funzionalità dei servizi per la salute mentale.

Alle Unità Funzionali deve essere assegnato il personale, come indicato nel Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale di cui alla Deliberazione del Consiglio regionale n. 41 del 17.2.1999 e nella Deliberazione della Giunta regionale n. 596 del 16.6.2003, per assicurare la interdisciplinarietà degli interventi.

Il Dipartimento, attraverso il suo Coordinatore ed i responsabili delle Unità Funzionali della zona–distretto, coadiuva gli organismi di direzione delle Società della Salute nelle fasi di programmazione e stesura del profilo di salute e del piano integrato di salute. In particolare il Dipartimento deve contribuire a favorire, attraverso il monitoraggio e la rendicontazione analitica dei costi, il controllo e l'uso delle risorse, nonché il progressivo superamento degli squilibri strutturali tra zone–distretto in un quadro unitario a livello aziendale.

I Direttori delle Unità Operative, istituite presso ogni Azienda USL, curano gli aspetti tecnico–professionali del profilo di appartenenza.

128

Il Comitato Tecnico di Dipartimento e la Consulta sono costituiti in ogni Azienda USL e afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale per garantire una gestione partecipata delle attività dipartimentali e per coadiuvare il Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale, nonché per garantire la partecipazione attiva dei cittadini e in particolare degli utenti e dei familiari e delle loro associazioni alla programmazione e alla verifica delle attività del Dipartimento.

In coerenza con la normativa vigente in materia di Dipartimenti interaziendali di Area Vasta, è istituito in ogni Area Vasta un Coordinamento tecnico professionale per consentire l'esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema e la valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi per la salute mentale.

È necessario assicurare la collaborazione tra Università e Dipartimenti, così da sviluppare le condizioni per una proficua collaborazione sia nell'ambito dell'assistenza, sia in quelli della ricerca e della didattica.

L'articolazione dell'assistenza

I Servizi di Salute mentale assicurano livelli di assistenza, attraverso una rete di servizi territoriali ed ospedalieri, nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette. Operano attraverso gruppi operativi interdisciplinari garantendo quattro tipologie di servizio:

- il Centro di Salute Mentale è organizzato per assicurare tutti i giorni dell'anno una risposta a domande sia programmate che urgenti, di tipo ambulatoriale che domiciliare;;
- il Centro Diurno: struttura semiresidenziale;
- le Strutture Residenziali a vario grado di assistenza;
- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a porte aperte.

Questa articolazione dell'assistenza deve rappresentare un sistema di cura unitario e complesso con passaggi coerenti e chiari per evitare il rischio della disarticolazione in tanti frammenti con conseguenti servizi confusi e prestazioni inefficaci ed inefficienti. La funzione unificatrice dell'articolazione dei suddetti interventi viene garantita dal Centro di Salute Mentale che costituisce la sede organizzativa degli operato-

ri ed il punto di coordinamento dell'attività di tutela e presa in carico della Salute Mentale e rappresenta il punto di riferimento centrale dell'Unità Funzionale.

I servizi devono operare in rete tra loro ed in rapporto con gli altri servizi socio-sanitari.

Il percorso terapeutico-riabilitativo

Soltanto attraverso un chiaro e ben definito percorso terapeutico-riabilitativo è possibile riconoscere e valorizzare le qualità della persona e favorire il recupero, parziale o totale, della sua autonomia, consentendole di vivere una vita accettabile sotto i profili sociale e familiare.

Di seguito si puntualizzano alcuni aspetti fondamentali del percorso per orientare le modalità di approccio alla cura e all'assistenza.

- *L'accesso ai servizi.* Avviene ordinariamente attraverso il personale del Centro di Salute Mentale che elaborerà un atto strutturalmente predisposto in cui sarà dato conto di una valutazione complessiva dei disturbi di salute mentale presentati dal soggetto, dei suoi bisogni e sarà costruito un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.
- *La valutazione del bisogno e la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.* Se la persona necessita di interventi complessi in una dimensione interprofessionale che richiede gli apporti di diverse competenze, alla definizione del progetto partecipano tutti i professionisti interessati al percorso di cura e assistenza. Per garantire la continuità delle cure occorre prevedere l'individuazione di un responsabile dei processi di cura ("case manager") che segue le diverse fasi del progetto terapeutico-riabilitativo ed ha il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, l'apporto integrato delle varie professionalità e l'attivazione dei servizi socio-sanitari previsti. Nella definizione del progetto terapeutico-riabilitativo sarà assicurata l'acquisizione del consenso della persona o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate. Con l'assenso del/la cittadino/a interessato/a, il progetto potrà essere condiviso con i familiari e/o con le persone di aiuto formalmente individuate.

129

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

L'attenzione posta dai Dipartimenti di Salute Mentale alla funzione di ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ha permesso, l'avvio di processi di riorganizzazione con particolare attenzione a garantire che l'attività di ricovero svolta in ospedale rimanesse all'interno dei percorsi di cura definiti nell'ambito delle Unità Funzionali e la messa in atto di azioni per evitare ogni forma di contenzione fisica.

Il processo avviato deve trovare conferma, attraverso:

- il tassativo divieto di ogni forma di contenzione fisica ed una maggiore attenzione al ricorso a quella farmacologica che dovrà essere monitorata;
- lo sviluppo e l'estensione delle sperimentazioni effettuate nelle zone distretto della Valle del Serchio e della Val di Nievole la ricerca di soluzioni organizzative che garantiscano la continuità terapeutica ed assistenziale e che si collochino il più vicino possibile ai contesti di vita della persona. Per assicurare un'efficace risposta all'emergenza di bisogni psichiatrici acuti nelle zone-distretto con popolazione inferiore ai 60.000 abitanti, presso reparti di area medica, è prevedibile l'utilizzo di posti letto per i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori. Tali servizi vengono attivati al bisogno.
- la diffusione di protocolli operativi che delineino modalità assistenziali nei casi di pazienti con doppia diagnosi e abuso di sostanze.

Le persone "non collaboranti"

Al fine di assicurare la presa in carico delle persone con disturbi mentali che hanno difficoltà ad affrontare la propria sofferenza e ad esprimere richieste di assistenza o rifiutano le usuali vie di accesso ai servizi, è necessario sperimentare (con rigorose valutazioni di risultato), nuove forme di facilitazione dell'accesso e di offerta di aiuto, professionale e non, per intercettare i bisogni non espressi e per offrire le cure necessarie. Si prevede pertanto l'avvio di sperimentazioni di servizi di prossimità per il funzionamento dei quali occorrerà avvalersi della collaborazione delle associazioni di volontariato presenti sul territorio e prioritariamente dei gruppi e associazioni di auto mutuo aiuto costituite da utenti. È necessario inoltre

operare attraverso l'integrazione con le strutture territoriali che stanno già sperimentando questa modalità operativa.

Verso l'accreditamento delle strutture per la salute mentale

Un importante impegno della Regione Toscana e delle Aziende USL per il prossimo triennio riguarderà la definizione dei requisiti di accreditamento dei servizi rivolti alle persone con problemi di salute mentale. L'obiettivo, in coerenza con quanto enunciato nei paragrafi 7.5.1 e 7.5.3 del presente Piano Sanitario Regionale, è quello di promuovere lo sviluppo della qualità del sistema integrato dei servizi socio sanitari per la salute mentale e di facilitare i rapporti tra servizi, le strutture e i cittadini.

La salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.)

A integrazione di quanto disposto nel paragrafo 7.13 del Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 al punto "Salute mentale e carcere" e in coerenza con gli obiettivi previsti nel paragrafo 5.6.2.7 del presente Piano Sanitario Regionale, si individua, quale obiettivo prioritario per il prossimo triennio, il completo superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino. A tal fine la Regione Toscana partecipa al progetto di revisione della realtà degli O.P.G. e delle case di cura circondariali in discussione a livello nazionale e si impegna a definire il modello organizzativo per assicurare una nuova gestione della struttura sulla base del principio fondamentale della territorialità. L'ambito territoriale deve costituire la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali internate o detenute nell'O.P.G.

Le Regione Toscana è altresì impegnata a proseguire il percorso avviato finalizzato a garantire idonei livelli assistenziali attraverso la realizzazione, nell'ambito della programmazione di Area Vasta, di specifiche strutture per gli internati residenti in Toscana.

I rischi di mortalità dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici

130

I dati di letteratura evidenziano che le persone con disturbi di salute mentale presentano un aumento del rischio di mortalità sia per cause naturali che non naturali. A tal proposito sono stati condotti studi nelle province di Firenze e Livorno che confermano queste segnalazioni. Infatti le ricerche evidenziano che i pazienti con diagnosi psichiatrica hanno un aumento del rischio di mortalità tre volte più alto della popolazione non affetta da tali disturbi. I fattori più comunemente suggeriti per dare una lettura complessiva tale fenomeno sono: gli stili di vita poco salutari, gli effetti collaterali dei farmaci psicotropi, la minore frequenza con cui verrebbero diagnosticati e debitamente trattati i disturbi fisici.

Anche la percentuale di morte per cause quali il suicidio ed altre cause violente è più elevata.

Emerge pertanto la necessità di orientare i servizi di salute mentale e più complessivamente tutto il sistema assistenziale perché si sviluppi una maggiore attenzione ad una "presa in carico globale" di questi pazienti. La Regione Toscana si impegna ad un costante e diffuso monitoraggio di questo fenomeno.

I Farmaci e le terapie complementari

Nella Regione Toscana l'uso dei farmaci antidepressivi è più alto della media nazionale con differenze territoriali significative.

Occorre pertanto sviluppare azioni, insieme alla Commissione terapeutica regionale, per promuovere l'uso appropriato dei farmaci su tutto il territorio e migliorare il rapporto tra medici di medicina generale e Dipartimenti di salute mentale. Per favorire tali percorsi verranno adottate specifiche linee di indirizzo in materia.

La riduzione del ricorso ai farmaci all'interno di un percorso terapeutico-riabilitativo è perseguibile anche attraverso una piena valorizzazione delle terapie psicologiche (dalle terapie psico-educative a quelle più propriamente psicoterapeutiche). Entro il triennio di validità del presente Piano saranno a tal fine elaborate specifiche direttive operative.

Richiamato quanto indicato nell'azione di piano su Medicine Complementari e non convenzionali di cui al paragrafo 5.6.1.6 del presente Piano Sanitario Regionale, si ritiene utile proseguire la sperimentazione di tali terapie nelle attività di cura e riabilitazione per le persone affette da malattia mentale avvalendosi dell'apporto professionale della Struttura regionale di riferimento di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1384 del 2002, e prevedendo lo sviluppo di programmi diretti:

- alla valutazione di efficacia di tali trattamenti su minori e adulti;
- a diffondere la conoscenza di tali pratiche attraverso iniziative di formazione per gli operatori e di informazione per la cittadinanza.

5.6.2.1.1 La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

La promozione della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, rappresenta una priorità nell'ambito delle attività della salute mentale.

Come afferma anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità i bambini fino dalla prima infanzia, gli adolescenti ed i giovani si collocano tra le aree di popolazione particolarmente a rischio di disturbi psicopatologici a causa di fattori sociali, psicologici, biologici e ambientali. A questa fascia di popolazione deve essere quindi concessa un'elevata attenzione nelle attività di promozione della salute mentale, di prevenzione e di trattamento dei problemi ad essi correlati. I disturbi nell'infanzia inoltre possono essere importanti precursori di disturbi nell'età adulta e quindi le azioni condotte in favore della salute mentale dei bambini e degli adolescenti costituiscono un investimento strategico tale da produrre benefici a lungo termine per gli individui, la società ed i sistemi sanitari.

A fronte di tali problemi, la Regione Toscana, già con il PSR 1999–2001 ha previsto, con la costituzione di Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale, l'attivazione di interventi interprofessionali di varia intensità per la prevenzione e la presa in carico di soggetti dell'età infantile e adolescenziale.

Gli strumenti di programmazione regionale e locale hanno consentito l'avvio di un importante lavoro interdisciplinare e l'attivazione di servizi con équipes multidisciplinari integrate operanti a livello della comunità.

Nel triennio di vigenza del PSR 2005–2007 è proseguita l'azione di sviluppo dei servizi dedicati all'infanzia e all'adolescenza. La costituzione delle Unità Funzionali salute mentale infanzia e adolescenza in quasi tutte le zone–distretto ha permesso, attraverso interventi interdisciplinari, una migliore accoglienza e trattamento dei soggetti con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici quali i disturbi alimentari psicogeni, i disturbi derivanti da eventi traumatici come gli abusi e il maltrattamento, i disturbi dello spettro autistico. È stato altresì affrontato il problema dell'emergenza/urgenza in preadolescenza e adolescenza per assicurare, attraverso percorsi certi e qualificati, idonee risposte alle situazioni di scompenso acuto.

Tuttavia, le azioni intraprese non sono ancora sufficienti a garantire risposte assistenziali adeguate ai bisogni accertati, su tutto il territorio della Regione Toscana.

È necessario pertanto consolidare il processo avviato confermando le strategie per la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza definite con il Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale contenuto nel Piano Sanitario regionale 1999–2001 e nel Piano Sanitario Regionale 2005–2007 e rafforzare gli interventi e le risposte assistenziali, fornendo, entro il primo anno di validità del presente Piano, indirizzi e linee guida specifici e indirizzando risorse aggiuntive a quelle attualmente destinate, sui seguenti ambiti di azione:

- la prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- i disturbi psichici dell'età adolescenziale: prevenire e accogliere precocemente.

Il lavoro di prevenzione e di promozione della salute mentale nell'età evolutiva deve prevedere un maggiore coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale. I servizi di salute mentale e tutti gli altri soggetti pubblici e privati devono operare in stretto contatto con chi sta facendo promozione della salute integrandosi costantemente sia a livello progettuale–operativo che formativo.

Occorre inoltre adeguare gli strumenti di informazione, lettura e valutazione del bisogno e dell'organizzazione della risposta assistenziale per assicurare la qualità e l'efficacia delle azioni intraprese.

Sarà, pertanto, assicurato lo sviluppo dei seguenti processi:

- formazione e aggiornamento continuo degli operatori;
- accreditamento dei servizi;
- messa a regime del sistema informativo salute mentale aziendale;

- adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione e accoglimento precoce della sofferenza psichica dell'adolescente e per la realizzazione di una rete integrata di servizi;
- adozione da parte della Giunta regionale di linee guida per l'individuazione precoce del disturbo, la presa in carico, in tutte le fasi della vita, delle persone affette da autismo e la definizione della rete integrata dei servizi;
- adozione di protocolli operativi tra Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia Adolescenza, Unità Funzionali Salute Mentale Adulti, Attività consultoriali, SERT, servizi sociali, Aziende Ospedaliere Universitarie;
- diffusione della "Dichiarazione di Firenze – Il benessere psichico dei bambini in Europa Piani e Prospettive".

La prevenzione e l'individuazione precoce dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva

Dalle esperienze e iniziative che hanno affrontato in questi anni, con modalità diverse, le necessità di prevenzione, rilevamento precoce e intervento terapeutico nel disagio perinatale (in particolare sulla depressione post-partum e sul disagio relazionale precoce), emerge quanto segue:

- esiste un'eccessiva frantumazione dei percorsi ed una disomogeneità territoriale;
- i dati generali relativi all'efficacia degli interventi sono scarsi;
- di difficile rilevamento risultano i protocolli di intervento sul disagio una volta che questo è stato rilevato o che dall'area del rischio si è passati all'espressione sintomatica;
- è molto alta la percentuale della psicopatologia materna perinatale sommersa: solo 1/3 dei casi viene riconosciuto e riceve interventi terapeutici adeguati;
- risulta ridotta la quantità complessiva di risorse impegnate.

I fattori di rischio e gli indicatori di disturbo evolutivo

Nella individuazione precoce dei disturbi neuropsichici occorrerà porre attenzione ai principali fattori di rischio responsabili di alterazioni delle prime relazioni e di fallimenti nello sviluppo psicoemozionale, tali da condurre a esiti di psicopatologia, quali:

- le condizioni genitoriali correlate a sviluppi patologici della prole;
- le condizioni del bambino che espongono a rischio di disturbo psicopatologico successivo;
- la tardiva o mancata disponibilità di diagnosi e di cure nella prima infanzia.

Gli interventi di prevenzione e trattamento precoce

Pur non potendosi definire alcun intervento da solo completo, ma ritenendo opportuno trovare fra i vari approcci un'integrazione sia per modalità sia per sedi di erogazione, si devono distinguere diverse articolazioni:

- partecipazione ed aggiornamento continuo di un apparato di conoscenze e informazioni sull'importanza della qualità delle prime relazioni e dei processi di attaccamento negli operatori che lavorano con i genitori, i bambini, l'evento della nascita (pediatri di famiglia, operatori dei punti nascita e dei servizi pediatrici ospedalieri, operatori dei nidi e delle scuole per l'infanzia, operatori dei servizi di salute mentale, operatori dei servizi sociali e del volontariato sociale);
- rete di servizi (sociali, delle dipendenze, della salute mentale, dell'assistenza alla gravidanza, pediatrici, educativi della prima infanzia) in grado di comunicare e di cogliere il rischio e il bisogno nel momento in cui emerge;
- team multiprofessionali di primo livello e specialistici, dedicati e di facile accessibilità, con sufficienti risorse per una valutazione precoce del rischio di fallimento genitoriale e di distorsione dell'attaccamento e familiarità con strumenti efficaci di individuazione precoce del rischio prenatale e postnatale (PDI, RQ-CV, Edimburgh PND Scale, FEAS, ITSEA ecc.), attraverso tecniche di intervento specifiche, che presuppongono una formazione apposita.

La rete integrata dei servizi

Occorre prevedere più livelli di intervento che richiedono una continua integrazione tra loro e i diversi

attori e un funzionamento in rete, per includere attori formali e informali, istituzionali ed extra-istituzionali presenti in ciascuna specifica realtà al fine di sostenere in via prioritaria la genitorialità. È inoltre indispensabile avvalersi dell'esperienza degli utenti che rappresentano una risorsa necessaria a mantenere e sviluppare la qualità del servizio e a favorire l'empowerment di componenti sociali formali e informali.

La rete dei servizi si articola sui seguenti livelli:

- interventi sociali di base per garantire la tutela e le condizioni materiali della genitorialità e dello sviluppo del bambino;
- interventi indiretti per arricchire la rete di sostegno alla genitorialità, le competenze dei genitori, l'accesso ai servizi, accrescere la cultura della genitorialità efficace;
- servizi clinici e/o educativi di primo livello di facilitazione delle competenze del bambino e dei genitori. Interventi di scuola, visita domiciliare, di gruppo, di auto-aiuto, basati sull'ambulatorio del pediatra di famiglia, etc;
- servizi clinici specialistici di secondo livello (uno per Azienda USL) per interventi terapeutici individuali orientati su tutte le aree di sviluppo del bambino (sensoriale, motorio, cognitivo, emotivo, familiare e comunitario);
- servizi clinici specialistici di terzo livello (in ambito di area vasta).

A fronte di quanto sopra si individuano i seguenti obiettivi:

- favorire una uniforme e diffusa azione sul territorio per attivare ed ottimizzare risposte efficienti e di specifica qualità che vadano realmente ad incidere sulla prevenzione (primaria e secondaria) e sulla riduzione dei gravi quadri psicopatologici;
- costruire la rete per l'individuazione precoce dei soggetti a rischio, la segnalazione degli stessi all'ambulatorio competente, la tutela della continuità assistenziale per i casi già in carico, il sostegno allo sviluppo delle competenze genitoriali nelle situazioni problematiche;
- prevedere servizi ambulatoriali specializzati 0-5 per gli interventi di prevenzione selettiva di diagnosi e gli interventi terapeutici nella grave psicopatologia;
- realizzare una campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza della prima relazione madre-figlio e dei processi di attaccamento.

133

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi saranno sviluppate iniziative di formazione specifica degli operatori che lavorano con genitori e bambini piccoli.

I disturbi psichici dell'età adolescenziale: prevenire e accogliere precocemente

L'età adolescenziale e post-adolescenziale, come tutte le fasi di passaggio del ciclo evolutivo vitale, è particolarmente soggetta al rischio di comparsa dei disturbi psichici.

È in questa fase che si strutturano i disturbi di personalità, compaiono i disturbi alimentari psicogeni, appaiono i primi segni che preannunciano un esordio psicotico, si manifestano comportamenti suicidari. Le stime epidemiologiche segnalano che circa il 20% degli adolescenti e preadolescenti soffrono di disturbi psichici. Un adolescente su cinque presenta difficoltà cognitive, emozionali e di comportamento, un adolescente su otto soffre di un disturbo mentale riconoscibile. La prevalenza di questi disturbi cresce di decennio in decennio.

Una volta individuati i fattori ai quali possono essere ascritti in tutto o in parte i disturbi delle personalità dei bambini, adolescenti e giovani occorre organizzare la rete dei servizi potenziandone i vari punti e individuare percorsi assistenziali chiari e definiti in modo da garantire l'individuazione precoce del disturbo, la presa in carico tempestiva e complessiva dell'adolescente e la definizione del progetto terapeutico individualizzato con risposte differenziate e integrate.

La complessità dei disturbi infantili e adolescenziali ed i bisogni che emergono richiedono un costante lavoro in rete con altri servizi ed operatori sia all'interno dell'Azienda USL che con servizi presenti sul territorio. In particolare nella programmazione delle azioni di prevenzione e promozione della salute mentale è importante tenere conto del ruolo progettuale ed operativo dei Consultori adolescenti nei percorsi di promozione del benessere, prevenzione del disagio e presa in carico delle tematiche adolescenziali-

li e giovanili. I Consultori, come indicato nel paragrafo 5.6.2.5 del presente Piano Sanitario Regionale. Va inoltre considerato che lo sviluppo e la crescita dei giovani si realizza sempre più spesso attraverso il ruolo esercitato da contesti caratterizzati dalla più varia potenzialità educativa e formativa. A tal proposito la scuola rappresenta un contesto estremamente significativo, che dispone al suo interno di elevate potenzialità non sempre utilizzate nelle forme più efficaci e funzionali. Per svilupparne le potenzialità, nella direzione di una più elevata capacità di promuovere il benessere e la salute, diventa fondamentale costruire azioni condivise tra i servizi di salute mentale, i consultori, l'educazione e la promozione della salute ed i SERT per recepire i bisogni e le necessità del sistema scuola e per guidarlo nel suo complesso tenendo conto, in particolare, di quanto indicato nel paragrafo 3.2.2 del presente Piano relativamente a "Una scuola che promuove salute".

Un'attenzione particolare va posta inoltre alle situazioni di emergenza psichiatrica in preadolescenza e adolescenza. A tal proposito si evidenzia che del 20% degli adolescenti e preadolescenti che soffrono di disturbi psichici il 5% soffre di disturbi psichiatrici che necessitano di percorsi di diagnosi e cura più intensivi che spesso hanno annoverato anche un ricovero in ambito specialistico; solo una percentuale ridotta di tali ricoveri riveste carattere di emergenza-urgenza. Come sopra richiamato la Regione Toscana si impegna ad adottare linee guida che orientino le Aziende unità sanitarie locali nella riorganizzare del percorso diagnostico terapeutico e della risposta all'emergenza psichiatrica e psicopatologica in preadolescenza e adolescenza nel rispetto dei seguenti principi:

- la specificità dell'età adolescenziale (11-18 anni) richiede servizi specificatamente destinati a questa età;
- i servizi devono essere messi in grado di gestire la gran parte delle complesse, frequenti e talvolta gravi problematiche psicopatologiche dell'adolescente con modalità ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, e anche di ricovero senza caratteristiche di emergenza-urgenza;
- nei casi in cui sia indispensabile il ricovero nelle situazioni di emergenza-urgenza è necessario prevedere che avvenga nell'ambito di una struttura sicura ma aperta e dove sia possibile la permanenza di un genitore in modo da far partecipare la famiglia alla risoluzione della crisi e preparare il ritorno rapido nei luoghi abituali di vita dell'adolescente. È inoltre indispensabile assicurare la dotazione di personale medico, infermieristico ed educativo appositamente formato a lavorare con gli adolescenti;
- il ricovero non è mai un intervento sanitario isolato e ridotto al puro contenimento sintomatologico della crisi, quanto piuttosto una fase in un percorso di cambiamento della situazione psicopatologica e di vita del minore.

134

Nel corso del triennio saranno sviluppati e qualificati:

- i percorsi terapeutico-riabilitativi per soggetti in preadolescenza e adolescenza;
- i servizi per la gestione delle gravi problematiche psicopatologiche dell'adolescente con le seguenti modalità:
 - ambulatoriali diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
 - semiresidenziali, centri diurni terapeutico-riabilitativi;
 - residenziali, comunità terapeutico-riabilitative;
 - interventi integrati con le strutture di accoglienza socio-educative con particolare attenzione ai giovani immigrati;
 - interventi integrati con la scuola e con altre agenzie educative e formative presenti sul territorio.

Obiettivi:

- sviluppare forme di collaborazione sistematiche tra le Unità Funzionali Salute mentale Infanzia Adolescenza e Adulti, l'Educazione e la promozione della salute, l'Unità Funzionali attività consultoriali, i SERT, i Servizi dei Comuni dedicati all'infanzia e all'adolescenza, i servizi delle Aziende Ospedaliere, i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale per promuovere la salute ed il benessere psichico degli adolescenti;
- definire percorsi per l'individuazione precoce dei problemi di salute mentale nell'adolescenza per poter intervenire preventivamente attraverso azioni uniformi e diffuse su tutto il territorio regionale;
- completare l'organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza ridefinendo i percorsi di accoglienza e cura, con particolare attenzione alle situazioni di emergenza e crisi acuta in età adolescenziale.

5.5.2.1.2 Diagnosi precoce, presa in carico interprofessionale e continuità delle cure dall'infanzia all'età adulta dei disturbi dello spettro autistico

L'autismo è un disturbo dello sviluppo celebrale che si manifesta entro i tre anni di età. La prevalenza dei casi di Autismo è più alta di quella osservata nei decenni scorsi probabilmente a causa dell'applicazione di un concetto di autismo più ampio e del miglioramento degli strumenti diagnostici. Essa viene stimata da 2 a 6 casi su 1000 bambini. Su una popolazione di minori nella Regione Toscana di circa 500.000 unità dovrebbero essere presenti circa 2.500 bambini e adolescenti affetti da autismo; nella popolazione generale si valuta che siano presenti in Toscana dai 10 ai 15 mila soggetti con autismo.

Si osserva inoltre che la fascia di età che presenta la maggiore incidenza riportata dai servizi di NPI è quella coincidente con l'età della scuola dell'obbligo, mentre i casi in età pre-scolare sono solo il 17,1% della casistica, indicando la mancanza di una diagnosi precoce e quindi di una tempestiva presa in carico assistenziale-riabilitativa. Un'indagine conoscitiva effettuata in Toscana nel 2006, pur avendo fornito dati parziali, ha evidenziato, in particolare, che:

- l'età media della prima diagnosi è intorno ai 3 anni e 9 mesi. Con una diagnosi in età così avanzata si perdono le ampie possibilità di recupero connesse ai trattamenti precoci;
- la fascia di età che presenta la maggiore incidenza è quella riportata dai servizi di neuropsichiatria infantile e coincidente con l'età della scuola dell'obbligo;
- non sempre è presente una valutazione funzionale ed una programmazione adeguata dell'intervento precisa, documentabile e valutabile nel tempo;
- non è garantita la continuità delle cure tra i servizi per i minori e quelli per gli adulti. Solo sei aziende su dodici si occupano di adulti con problemi di autismo. Nessuna azienda dichiara di seguire persone con disturbi dello spettro autistico con un'età maggiore di 44 anni.

Si rende pertanto necessario sviluppare una strategia di azione complessiva su tutto il territorio regionale che, tenendo conto delle criticità emerse, affronti le problematiche dell'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico.

135

La Giunta regionale è impegnata a svolgere un'adeguata indagine e a fornire apposite linee guida, ivi compreso i percorsi diagnostici, assistenziali e terapeutici, a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni e a rafforzare gli interventi e le risposte assistenziali indirizzando risorse aggiuntive a quelle attualmente destinate.

In particolare occorrerà che, nel triennio di validità del presente Piano Sanitario Regionale, vengano assunti i seguenti obiettivi:

- individuare precocemente il disturbo. Un'efficace strategia per l'individuazione precoce del disturbo deve prevedere due fasi successive: la prima intorno al compimento del primo anno di età (9-12 mesi) e la seconda tra i 18 e i 24 mesi. È necessario pertanto prevedere idonei strumenti per l'individuazione dei casi a rischio nell'ambito dei bilanci di salute, sviluppare le competenze dei pediatri nel riconoscimento degli indici di rischio clinico e attivare programmi per il trattamento precoce;
- assicurare la presa in carico della persona attraverso una valutazione funzionale pluriprofessionale e interdisciplinare e la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato che tenga conto dei bisogni specifici e della situazione contestuale;
- definire e qualificare la rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza dei disturbi dello spettro autistico con particolare attenzione ad assicurare la continuità della presa in carico dall'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza all'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti e allo sviluppo di interventi coordinati e qualificati lungo tutto l'arco di vita;
- migliorare e potenziare l'integrazione scolastica dei minori; garantire interventi educativi e assistenziali domiciliari e di comunità;
- garantire percorsi specifici di accoglienza ospedaliera in attuazione alla deliberazione della Giunta regionale n. 393 del 13/4/2001.

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi occorre garantire:

- la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale che favorisca in particolare l'acquisizione delle conoscenze sulle più recenti acquisizioni scientifiche nel settore e la diffusione dell'uso di strumenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- lo sviluppo di specifiche competenze di alcuni professionisti nel campo della diagnosi e del trattamento precoce;
- lo sviluppo di un osservatorio epidemiologico sull'autismo nell'ambito delle funzioni dell'Agenzia regionale sanità toscana;
- la ricerca e il monitoraggio continuo sugli esiti dei percorsi avviati e dei progetti di trattamento integrato;
- lo sviluppo di nuove sinergie e di sistemi di aiuto ai familiari.

Nella costituzione della rete integrata di servizi è necessario assicurare interventi articolati sui seguenti livelli:

- Rete pediatrica territoriale per l'individuazione precoce del disturbo;
- Gruppo Interdisciplinare adulti e infanzia adolescenza (a livello aziendale): istituito nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale e formato da figure professionali diverse afferenti alle Unità Funzionali adulti e Infanzia adolescenza, con competenze specifiche nel settore dei disturbi dello spettro autistico e coordinato da un responsabile.

Il Gruppo Operativo Interdisciplinare deve assicurare:

- la diagnosi, la presa in carico globale della persona in tutte le fasi della vita e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato;
- il percorso assistenziale, le modalità terapeutiche specialistiche e gli interventi integrati specifici che assicurino la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative in tutte le fasi della vita;
- la valutazione sul tipo e grado di intensità di supporto nelle varie fasi della vita;
- interventi di supporto guidato (parent training) per i familiari e attività di counseling;
- Centro diurno: garantisce il percorso riabilitativo qualificato per accogliere le persone con disturbi di salute mentale nelle varie fasi della vita (zona–distretto e/o plurizonale);
- Struttura residenziale (aziendale e/o area vasta) articolata su più moduli: assicura la continuità del percorso assistenziale sia in fase di lunga assistenza sia per limitati periodi di tempo in relazione alla situazione clinica e alle esigenze della famiglia;
- Centri di riferimento di Area Vasta per la formazione, la consulenza e il supporto tecnico al Gruppo Operativo Interdisciplinare aziendale per la conferma diagnostica e per il trattamento delle complicanze nelle fasi acute, per la supervisione del trattamento e per la valutazione della sua efficacia e del percorso assistenziale, nonché per la ricerca e la diffusione delle conoscenze scientifiche, definizione di protocolli per la diagnosi e la cura condivisi.

Nella costruzione di tale rete regionale di assistenza occorrerà porre particolare attenzione alla necessità di garantire:

- servizi accessibili e ben identificati;
- percorsi terapeutico–assistenziali chiari e coordinati;
- la presa in carico interdisciplinare attraverso l'apporto integrato di competenze specificamente qualificate ed in grado di assicurare risposte professionalmente qualificate e specializzate nel settore dei disturbi dello spettro autistico;
- la continuità di cura con particolare attenzione al passaggio dalla minore alla maggiore età;
- l'aggiornamento continuo di tutto il personale coinvolto;
- l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, tra istituzioni pubbliche e privato sociale;
- la collaborazione e il confronto con gli utenti ed i familiari.

5.6.2.2 Dipendenze

In tema di dipendenze il PISR 2007–2010 ha focalizzato l'attenzione su aspetti peculiari quali l'integrazione degli strumenti di programmazione socio-sanitaria, il potenziamento della rete dei servizi pubblici e del privato sociale, la diffusione dell'uso di droghe tra i giovani (data la costante diminuzione dell'età di primo consumo), l'approccio globale verso tutte le forme di dipendenza, ivi comprese quelle da sostanze legali e quelle non correlate a sostanze, l'individuazione di azioni specifiche per fasce di popolazione a rischio di esclusione sociale.

Le presenti disposizioni integrano, armonizzano e sviluppano i contenuti del PISR 2007–2010 in riferimento a nuovi bisogni e problematiche con quanto già elaborato e contenuto nei seguenti atti:

- Accordo Stato/Regioni del 29/03/2007 relativo al Piano Nazionale Alcol e Salute;
- Piano Nazionale “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari” approvato con DPCM del 4/05/2007;
- Relazione Sanitaria dell'Agenzia Regionale di Sanità;
- Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia;
- Piano Italiano di Azione sulle droghe approvato dal Consiglio dei Ministri il 29 novembre 2007;
- Decreto del Ministero della Salute del 16 novembre 2007 concernente la consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate;
- Decreto del Ministero della salute del 16 Novembre 2007 concernente la detenzione ed il trasporto di medicinali stupefacenti da parte di cittadini che si recano all'estero e di cittadini in arrivo sul territorio italiano;
- Atto di Intesa Stato/Regioni del 30 ottobre 2007 relativo all'accertamento di assenza di tossicodipendenza in alcune categorie di mansioni lavorative;
- Sentenza della Corte Costituzionale 387/2007 sul ricorso di illegittimità costituzionale di alcuni articoli della Legge 49/2006 presentato dalle Regioni Toscana, Lazio, Emilia–Romagna, Liguria, Piemonte ed Umbria.

137

Nei precedenti atti di programmazione, sanitaria e sociale, la Regione Toscana ha perseguito con continuità il principio dell'integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale ed assicurare un razionale utilizzo dei servizi e dei livelli di assistenza.

In questo processo è stato decisivo il ruolo dei Servizi Tossicodipendenze (SERT) che oltre ad assicurare le attività di prevenzione, di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale si sono fatti promotori della cooperazione tra soggetti pubblici e non, per un'integrazione tra Pubblico e Terzo Settore che è stata fortemente valorizzata a partire dalla Legge Regionale 72/97.

Le controversie ideologiche sono state pertanto superate a favore di una “politica del fare”, rispettosa delle differenze e con l'obiettivo comune di dare risposte concrete ed efficaci alle persone con problemi di dipendenza.

I servizi pubblici e privati sono stati dotati di un software gestionale unico per tutto il territorio regionale e specifici atti hanno precisato il diverso apporto dei servizi al circuito di cura e definito gli standard minimi da assicurare ai cittadini in ordine sia alla valutazione diagnostica multidisciplinare sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi.

È stata realizzata una rete di Centri Antifumo unica in Italia e sono stati anche introdotti nei Livelli Essenziali di Assistenza regionali specifici pacchetti assistenziali per la disassuefazione dal tabagismo.

Per altre patologie (ad es. gioco d'azzardo patologico), ad oggi non comprese nei LEA, sono state favorite specifiche sperimentazioni, anche residenziali.

È stato dato un concreto impulso alla formazione professionale per dipendenze, come quella da cocaina, per la quale sono tuttora carenti terapie farmacologiche di comprovata efficacia.

Per l'alcolismo e le problematiche alcolcorrelate si è provveduto ad istituire sia il Centro Alcolologico Regionale che le equipe alcolologiche territoriali e rafforzata la rete dell'associazionismo e dell'auto mutuo-aiuto.

È stato attuato il riordino delle strutture residenziali e semiresidenziali per garantire risposte appropriate ai molteplici bisogni di cura ed un sistema tariffario articolato per intensità di cura nelle quattro diverse aree di intervento in cui si articolano oggi i servizi di accoglienza, terapeutico-riabilitativi, specialistici (doppia diagnosi, osservazione diagnosi e orientamento, madri con figli) e pedagogico-riabilitativo. Sono state avviate concrete azioni a sostegno di progetti di riduzione del danno e per persone a forte marginalità sociale.

È stato infine avviato il processo di accreditamento istituzionale dei SERT in un'ottica di qualità e di efficacia nell'erogazione delle prestazioni.

L'impegno programmatico profuso dalla Regione Toscana si è concretizzato in alcune realtà territoriali che sono divenute veri e propri punti di eccellenza per il modello organizzativo, mentre altrove sono state riscontrate difficoltà che hanno ostacolato un'omogenea applicazione del modello nell'intero territorio regionale.

Tali criticità possono così riassumersi:

- a) aumento assai rilevante delle persone in cura ai servizi, dai 9000 casi del 1990 agli oltre 25.000 osservati nel 2007; tale incremento, cui si associa un diverso e più dinamico approccio diagnostico terapeutico, in alcune realtà non è stato affiancato da un parallelo e adeguato potenziamento delle risorse necessarie;
- b) istituzione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali nel quale è confluito anche l'ex Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, privando così di fatto il settore di risorse economiche finalizzate per la realizzazione di interventi organici e innovativi, soprattutto a livello locale;
- c) progressiva diminuzione dei trasferimenti statali agli enti locali a fronte di un aumento delle competenze degli stessi e delle risposte socio-assistenziali e socio-sanitarie da garantire;
- d) incertezze operative legate alle recenti modifiche dell'assetto organizzativo del sistema socio-sanitario regionale (Società della Salute, Aree Vaste);
- e) disomogeneità da parte delle Aziende USL nell'applicazione delle disposizioni regionali; le criticità maggiori sono state riscontrate nelle Aziende USL dove non sono stati costituiti i Dipartimenti delle Dipendenze;
- f) permanere in molte parti della società civile e dei servizi di uno stigma delle dipendenze come comportamenti devianti, immorali, criminali; tali orientamenti contribuiscono a ritardare l'accesso ai servizi, ad impedire diagnosi precoci e a deresponsabilizzare i pazienti verso le cure;
- g) notevole incremento e diffusione delle droghe, legali e illegali, con nuove modalità e abitudini di consumo in particolare nelle fasce giovanili.

138

Obiettivi

- garantire, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, la qualità e l'appropriatezza delle cure in rapporto a specifiche esigenze e bisogni di salute, delle persone con dipendenze patologiche e dei consumatori problematici;
- consolidare l'accesso al Fondo Sanitario Regionale nella quota di assorbimento dell'1,5% già prevista dai precedenti Piani Sanitari Regionali per i livelli assistenziali delle dipendenze;
- favorire la compliance alle cure rendendo omogenea l'applicazione delle norme regionali;
- consolidare l'integrazione e la collaborazione tra servizi pubblici e privati, anche in relazione a nuovi bisogni socio-sanitari emergenti;
- favorire l'integrazione tra servizi di salute mentale e dipendenze per una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenza e comorbilità psichiatrica, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi;
- stabilizzare i programmi di primo intervento, le unità di strada ed altre azioni denominate di bassa soglia in quanto finalizzate a ridurre i rischi per la salute per persone non ancora in condizioni tali da poter sospendere l'uso di sostanze;
- rafforzare e stabilizzare gli interventi socio-sanitari, quali gli inserimenti lavorativi, in quanto favorevoli la cura e il reinserimento sociale;
- utilizzare il sistema informativo delle dipendenze per favorire il costante monitoraggio del fenomeno, a livello locale e regionale;
- intervenire su tutte le sostanze di abuso, comprese quelle legali, e sulle dipendenze senza sostanze

(Gioco di Azzardo Patologico) in sintonia con i Piani Nazionali “Alcol e Salute” e “Guadagnare Salute”, anche attraverso una differenziazione fisica dei luoghi di cura.

Strategie

In continuità con la precedente programmazione regionale sanitaria e sociale occorre pertanto:

- rafforzare la rete dei servizi, pubblici e privati, la cui integrazione ha caratterizzato in questi anni il modello toscano di contrasto alla droga e d'intervento sulle dipendenze patologiche;
- avviare una forte azione tesa al consolidamento ed alla messa a regime su tutto il territorio delle disposizioni regionali del settore delle dipendenze.

L'Organizzazione dei servizi per le dipendenze e la partecipazione

a) I SERT

La rete regionale dei SERT è quella risultante dal processo di accreditamento (DGR 709/2006).

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei SERT sono quelli disciplinati dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 70 del 19 luglio 2005.

Le Aziende USL e le Società della Salute adottano i necessari atti affinché i SERT assicurino la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti legali e illegali e da dipendenza senza sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, e svolgono le funzioni ad essi assegnati da disposizioni regionali e nazionali.

I SERT vengono riconosciuti come strutture complesse qualora abbiano un'utenza in trattamento con dipendenze da sostanze illegali e legali non inferiore alle 400 unità.

Per la definizione di soggetto in trattamento le Aziende USL e le Società della Salute faranno riferimento alla tabella 1 del DM 444/90.

Il carico di utenti dovrà risultare dai dati estratti, in ambito aziendale, dal Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze.

139

b) I Dipartimenti delle Dipendenze

Le Aziende USL, al fine di assicurare l'omogeneità dei processi assistenziali e delle procedure operative nonché l'integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi, costituiscono il Dipartimento di coordinamento tecnico delle dipendenze.

Ad esso è preposto un Coordinatore nominato dal Direttore Generale, in base alle vigenti norme.

Il Coordinatore del Dipartimento partecipa ai processi decisionali della direzione dell'Azienda USL e delle Società della Salute nelle forme e con le modalità stabilite nei rispettivi atti.

Nelle Aziende USL monozonali il coordinatore del Dipartimento coincide con il responsabile del SERT.

c) I Comitati delle Dipendenze

Al fine di realizzare una cooperazione improntata all'ottimizzazione della rete degli interventi del pubblico, degli Enti Ausiliari e degli organismi rappresentativi del Terzo Settore nell'ambito delle risposte preventive, di cura e reinserimento sociale e lavorativo per le persone con problemi di dipendenza è costituito in ogni Azienda USL il Comitato delle Dipendenze.

Il Comitato è lo strumento di supporto alla programmazione territoriale per le azioni di governo nel settore delle dipendenze.

È presieduto dal coordinatore del Dipartimento delle Dipendenze ed è composto, oltre che dai rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore, da soggetti rappresentativi delle realtà locali interessate alle azioni di contrasto alle droghe ed alle dipendenze (Uffici territoriali del Governo-Prefetture, Questure, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Istituzioni scolastiche, Cooperative e associazioni di mutuo-auto-aiuto).

Il Comitato del Dipartimento delle Dipendenze supporta le Società della Salute e l'Azienda USL nel coordinamento e nella verifica delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento sociale e lavorativo nel settore delle dipendenze e opera per favorire l'integrazione operativa tra servizi pubblici e del privato sociale nella copertura dei servizi esistenti e sull'attivazione di eventuali nuovi servizi.

Il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze

Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, la Giunta regionale con apposita delibera istituisce il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.

Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale.

È presieduto dal Direttore Generale del Diritto alla Salute o suo delegato e ad esso partecipano rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.

Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Il riordino delle strutture semiresidenziali e residenziali, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, avviato dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrato di fondamentale importanza nel percorso di cura e riabilitazione per le persone con problemi di tossico-alcolodipendenza.

Tutte le strutture, sia pubbliche che degli Enti Ausiliari, hanno raggiunto l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali previsti, così che sono regolarmente autorizzate tutte le strutture che operano sul territorio regionale. In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ad oggi, la Toscana è l'unica regione d'Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso che, con un quinquennio di lavoro comune tra operatori pubblici e privati ha prodotto, quale ulteriore risultato, un'approfondita ed estesa conoscenza dei punti di forza e delle criticità del sistema.

140

• La situazione al 31 dicembre 2007

Il fabbisogno regionale risulta coperto da complessivi 1.130 posti in comunità residenziali e semiresidenziali autorizzati e convenzionati con le Aziende USL (959 gestiti da Enti Ausiliari e 171 gestiti da Aziende USL).

Il fabbisogno calcolato in base al tasso di occupazione ammonta a circa 860 posti complessivi.

Nel triennio di validità del Piano non è pertanto consentita l'apertura di nuove Comunità residenziali e semiresidenziali o l'aumento dei posti già autorizzati.

La spesa storica per gli interventi residenziali e semiresidenziali per utenti toscani si è assestata attorno a Euro 13.700.000,00 (Euro 9.600.000,00 per assistiti in Comunità gestite da Enti Ausiliari Toscani, Euro 2.000.000,00 per assistiti in Comunità gestite da Aziende USL toscane, Euro 2.100.000,00 per assistiti in comunità extraregionali).

I costi sostenuti dalle strutture a gestione diretta delle Aziende USL (circa il 24%) sono in molti casi superiori a quelle gestite dagli Enti Ausiliari; tuttavia spesso affrontano problematiche di maggiore complessità.

I ricavi degli Enti Ausiliari per assistiti provenienti da altre regioni ammontano a circa Euro 4.800.000,00, pari a oltre il 30% della spesa complessiva sostenuta per assistiti toscani, e dimostrano un elevato indice di attrazione della realtà toscana e della bontà delle scelte di riordino effettuate.

Occorre pertanto consolidare e valorizzare il livello di qualità e di integrazione raggiunto dal sistema toscano e pertanto la Giunta regionale è impegnata a garantire:

- il mantenimento della spesa storica per il livello di assistenza residenziale e semiresidenziale dell'utenza toscana;
- la progressiva riduzione degli invii in Comunità extraregionali, limitando tali invii a motivate esigenze e risposte terapeutiche e assistenziali non ravvisabili nel sistema toscano, con il contestuale utilizzo della rete toscana;
- un ottimale utilizzo delle risorse esistenti evitando a tal fine la duplicazione di strutture tenuto conto, in un'ottica paritaria, delle specificità e dell'esperienza maturata dal servizio pubblico che dagli Enti Ausiliari nella gestione dei programmi di recupero per tossicoalcolodipendenti;
- il processo di accreditamento delle strutture secondo il dettato della L.R. 8/1999;
- l'aggiornamento del sistema tariffario e i meccanismi del suo adeguamento;

- l'aggiornamento delle qualifiche abilitate al lavoro in comunità (lauree brevi con la progressiva sostituzione del profilo di operatori di comunità che opererà ad esaurimento);
- lo sviluppo di analisi delle metodologie di trattamento e dei sistemi di valutazione;
- l'individuazione dei bisogni emergenti e la sperimentazione di nuovi modelli operativi, con la definizione dei requisiti per le corrispondenti tipologie di servizi ove non già disciplinati, anche attraverso la riconversione di strutture residenziali e semi-residenziali (o parti di esse), già autorizzate;
- rendere ulteriormente qualificato e competitivo il sistema della residenzialità della Toscana anche attraverso forme di integrazione pubblico/privato sociale, già peraltro avviate in alcune realtà locali, con l'individuazione di chi fa cosa al fine di evitare dualismi, spreco di risorse, anche economiche, e fornire risposte di cura appropriate.

Si conferma la sperimentazione avviata per il trattamento residenziale dei soggetti con problematiche connesse al "Gioco d'azzardo patologico".

Gli interventi di bassa soglia

Con riferimento a quanto previsto dal PISR 2007–2010 nella parte 7.6.4 "Gli interventi a bassa soglia", si osserva un forte impulso programmatico regionale su tali interventi che, in particolare per quanto concerne i soggetti tossico/alcolodipendenti, si è concretizzato con progettualità specifiche sviluppatesi in quelle aree territoriali (Firenze, Pisa, Livorno) dove il fenomeno è più presente.

Occorre pertanto tradurre quelle progettualità ormai "storiche" (in quanto attive da oltre un decennio sui territori interessati quali i Centri fissi a bassa soglia, le Unità mobili in contesti di consumo e spaccio e l'Unità mobile/postazione attrezzata nei grandi eventi di aggregazione giovanile), in azioni e programmi stabili in quanto di comprovata efficacia per attività di riduzione del danno e dei rischi per la salute e di prevenzione dell'uso e abuso delle sostanze stupefacenti e di alcol in fasce di popolazione fortemente a rischio di esclusione sociale.

La Giunta è pertanto impegnata, con la collaborazione degli Enti interessati (SdS, Aziende USL, CNCA toscano, Cooperative sociali, Enti Ausiliari) a stabilizzare per il triennio 2008–2010 gli interventi attivi nei territori di Firenze, Pisa e Livorno. A tal fine si prevede un cofinanziamento annuo da parte Regionale, e la definizione di linee di indirizzo per l'estensione degli interventi sull'intero territorio regionale, secondo i contributi tecnici che emergeranno dal tavolo regionale sulla marginalità attivato con deliberazione di Giunta 143/2005.

141

La rete informativa e l'osservazione epidemiologica regionale

La Regione Toscana, con una precisa scelta tecnico–metodologica e di innovazione tecnologica, ha realizzato da anni un articolato sistema di verifica e di valutazione degli interventi dei SERT con particolare cura per la formazione degli operatori sulla raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati (cartella elettronica SIRT). La cartella elettronica SIRT è divenuta il principale strumento per la gestione unificata dei percorsi assistenziali da parte di tutti i soggetti pubblici e privati operanti in Toscana ed il sistema regionale, allineato anche con il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND), è stato certificato come conforme rispetto a quanto richiesto dall'Osservatorio europeo.

Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza e di efficacia dei servizi impongono di mantenere un elevato livello di integrazione tra il nuovo sistema informativo e le strutture preposte al monitoraggio, studio ed intervento sulle dipendenze.

A tale scopo è già stato prodotto un insieme di indicatori, alimentati dall'enorme patrimonio informativo prodotto dal SIRT e funzionali al governo del sistema regionale e locale delle dipendenze

La sfida del prossimo triennio consiste nel portare a regime l'utilizzo degli indicatori per far sì che i dati raccolti siano adeguatamente valorizzati, a fini conoscitivi e gestionali, sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni ed alla loro continua evoluzione.

La Giunta regionale è impegnata nel triennio a:

- garantire la gestione unificata dei percorsi assistenziali, la valutazione diagnostica multidisciplinare e la formulazione dei piani di trattamento (DGR 990/2004) prevedendo anche, all'occorrenza, forme di

- incentivazione/penalizzazione per i servizi pubblici e gli Enti Ausiliari;
- ampliare il SIRT aggiornandolo per le specificità relative alle patologie da alcol e correlate, al tabagismo e alle dipendenze senza sostanze;
- verificare il rispetto delle scadenze temporali stabilite per la trasmissione in Regione, da parte delle Aziende USL, del flusso informativo dipendenze, così come stabilito nel Manuale dei Flussi D.O.C.;
- avvalersi del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze per la valutazione dei dati raccolti sulle dipendenze a livello regionale e per produrre i necessari elementi di conoscenza del fenomeno ai fini della programmazione degli interventi sul territorio toscano.

Le sostanze psicotrope legali (alcol e tabacco) e le dipendenze senza sostanze

L'alcol

La legge 30 marzo 2001, n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” e la notevole diffusione dell’uso, abuso e dipendenza da alcol in particolare nelle fasce di popolazione giovanile e le nuove abitudini al consumo, impongono l’adozione di scelte coraggiose sia a livello programmatico che di azioni concrete di sensibilizzazione, informazione e prevenzione dei rischi per la salute per sé e per gli altri provocati dalle sostanze alcoliche, nonché del ridisegno dell’assetto organizzativo dei servizi preposti.

Dall’analisi sull’organizzazione dei servizi previsti dall’Azione programmata “Organizzazione dei servizi alcolologici” (DCR 281/1998) e dalle indagini epidemiologiche realizzate nel corso di questi anni, si rileva una disomogenea applicazione delle disposizioni regionali emanate con la citata Azione Programmata.

Dal punto di vista territoriale le previste equipe alcolologiche non sono state costituite in tutte le Aziende USL e, laddove attivate, il personale dedicato non è sempre sufficiente a garantire un’adeguata risposta preventiva, diagnostica e terapeutica.

A livello ospedaliero si è registrato il grosso contributo fornito dal Centro di Alcologia dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi nella presa in carico e nella gestione dei ricoveri per utenti con gravi patologie alcolcorrelate in un processo di continuità terapeutico assistenziale con i servizi territoriali.

Fermo restando la riconferma del modello territoriale toscano relativo all’organizzazione dei servizi alcolologici all’interno dei servizi per le dipendenze, la Giunta regionale è impegnata a rivedere l’Azione Programmata “Organizzazione dei servizi alcolologici” secondo le seguenti direttrici.

Accordi nazionali

- Garantire la piena applicazione dei Piani nazionali “Alcol e Salute” e “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, per quanto concerne le competenze regionali.

Organizzazione dei servizi

- Effettiva costituzione, all’interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, delle equipe alcolologiche con personale dedicato in numero sufficiente ai bisogni assistenziali, rilevati dalla programmazione regionale e territoriale anche attraverso il Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze (SIRT);
- continuità dell’attività di ricovero per gravi patologie alcolcorrelate del Centro di Alcologia dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi e nella presa in carico delle persone con problemi alcolcorrelati in un processo di continuità terapeutico assistenziale con i servizi territoriali;
- riconoscimento dei diversi modelli di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problemi di alcol con una particolare valorizzazione dei metodi integrati tra servizi pubblici e del privato sociale, dell’Associazione e dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (metodo TRIAD, Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi).

Centro Alcolologico Regionale (CAR)

- a) Riconfermare il CAR per il supporto tecnico-operativo all’azione di programmazione e governo della Regione Toscana sulle problematiche alcolcorrelate;
- b) il CAR è composto da un Comitato Tecnico Scientifico formato da:
 - un rappresentante nominato dall’Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, con funzioni di Coordinatore;
 - tre rappresentanti dei Dipartimenti per le Dipendenze nominati 1 per ciascuna area vasta;
 - un rappresentante nominato dall’Agenzia Regionale di Sanità;

- due esperti nominati dall'Assessorato al Diritto alla Salute e dall'Assessorato alle Politiche Sociali;
- tre rappresentanti nominati dalle associazioni del privato sociale maggiormente attive nel settore dell'alcolologia.

Le funzioni di coordinamento hanno durata triennale e possono essere riconfermate.

Il CAR elabora un piano di attività annuale che sottopone alla Giunta regionale per la sua approvazione.

Il CAR ha sede presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi e per il funzionamento è assegnata all'azienda stessa una quota annua con destinazione vincolata.

Al CAR sono inoltre assegnate le risorse previste della legge 125/2001 per le funzioni di monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati e quelle provenienti dai competenti Ministeri per azioni e progettualità di carattere regionale e nazionale.

Conferenza Regionale sulla dipendenza da alcol e sui problemi alcolcorrelati

La Giunta regionale è impegnata a realizzare, nel triennio, una Conferenza regionale che evidenzi le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della prevenzione, della promozione della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con dipendenza da alcol e delle problematiche alcolcorrelate.

Con l'approvazione della delibera della Giunta regionale è abrogata l'Azione Programmata "Organizzazione dei servizi alcolologici" approvata con deliberazione del Consiglio regionale n. 281 del 15 settembre 1998.

Il Fumo

La Regione Toscana è impegnata da oltre dieci anni nella tutela della salute dei danni derivanti dal fumo di tabacco. Il sistema di prevenzione e cura e la normativa adottata la pongono all'avanguardia nel panorama nazionale.

Occorre pertanto consolidare tale sistema, rafforzandone l'aspetto di integrazione delle varie componenti territoriali. In tal senso la Giunta regionale è impegnata ad emanare linee di indirizzo sulla prevenzione del tabagismo, tenuto conto delle seguenti linee direttrici, in armonia con la L.R. sul tabagismo e della precedente programmazione sanitaria e sociale, nonché dei contenuti del Piano Nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari":

- favorire azioni di protezione dal fumo passivo;
- prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani;
- aiutare i fumatori a smettere;
- promuovere il coinvolgimento della società civile e delle istituzioni, della scuola e della famiglia;
- rendere liberi dal fumo gli ambienti di lavoro ed in particolare gli ospedali e le strutture sanitarie.

5.6.2.3 Disabilità

Affrontare il tema della disabilità significa avere presente la persona con ridotte capacità funzionali al fine di valutarne complessivamente le condizioni di bisogno e di salute, impostando un progetto di intervento che possa migliorarne la qualità della vita.

Le politiche regionali tendono a recuperare una dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale, e articolando la gamma delle risposte sulla prevalenza delle caratteristiche riabilitative o socioassistenziali del piano personalizzato di assistenza (P.A.P.).

Diventa così centrale la distinzione tra progetti di intervento che si prefiggono l'obiettivo di un recupero tangibile di capacità funzionali, con una logica quindi di riabilitazione, e progetti che affrontano l'area della cronicità, con logiche e finalità di lungo assistenza.

L'orientamento del Sistema integrato dei servizi sociosanitari è quello di individuare elementi di specificità dei singoli percorsi (assistenziale e riabilitativo) ed azioni comuni che qualifichino l'insieme della rete dei servizi nel settore della disabilità.

Il Sistema è impegnato a definire protocolli di valutazione della disabilità basati sulla struttura descrittiva della Classificazione Internazionale del Funzionamento Disabilità e Salute (ICF).

Le politiche regionali nei confronti della persona disabile dovranno potenziare le condizioni per ren-

dere possibile l'inserimento ed il recupero sociale, perseguendo i principi della non-discriminazione, delle pari opportunità e della concreta integrazione sopra citati.

La programmazione unitaria delle aziende unità sanitarie locali e dei comuni e/o delle S.d.S. (attraverso i Piani Integrati di Salute) con il concorso prezioso e indispensabile dei cittadini con disabilità, dei familiari, del volontariato, promuoverà interventi per agevolare una piena integrazione sociale, scolastica, lavorativa e ambientale.

Confermando l'obiettivo di finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, la Giunta si impegna nell'arco di validità del PISR 2007-2010 a monitorare le seguenti azioni integrate:

- orientamento e governo dei percorsi socio riabilitativo assistenziali finalizzati al recupero e mantenimento del disabile in forme appropriate;
- accesso, per le persone disabili, ai servizi previsti per le persone non autosufficienti;
- sostegno alle iniziative per la piena accessibilità degli ambienti pubblici e privati (anche nello specifico della disabilità sensoriale);
- estensione e potenziamento dei presidi territoriali per favorire l'accesso e la presa in carico dei minori disabili con particolari gravità;
- potenziamento dei centri specialistici che supportino i percorsi assistenziali territoriali: avvio di un primo nucleo specialistico interaziendale per i servizi rivolti alla persona ipo e non vedente con pluriminorazioni, e disturbi visivi dell'età evolutiva;
- costituzione di tre Agenzie di Area Vasta che supportino la rete dei servizi territoriali per le persone ipo e non vedenti, garantendo il governo, sia delle azioni specialistiche nell'ambito della prevenzione e della riabilitazione, sia di quelle di orientamento verso percorsi di inserimento sociale, lavorativo e scolastico;
- orientamenti e indicazioni programmatiche per integrare i percorsi terapeutico-riabilitativi e quelli socio-assistenziali.

144

Gli impegni per il prossimo triennio sono di seguito precisati:

- linee guida per la definizione di parametri condivisi per i supporti didattici ed educativi verso l'alunno disabile;
- estensione dei nuclei specialistici interaziendali per ipo e non vedenti in tutte e tre le Aree vaste del territorio toscano;
- linee guida sulla domotica;
- linee guida per la valutazione della disabilità sulla base dell'impianto classificatorio dell'ICF;
- proposta di legge regionale per l'applicazione della Legge 80/2006 sull'accertamento unificato della disabilità;
- completamento e verifica della sperimentazione sulla "vita indipendente";
- attivazione, ancorché a carattere sperimentale, delle prime esperienze delle "Fondazioni di partecipazione" per il "Sempre con noi";
- linee guida e ipotesi di modelli organizzativi integrati che siano coerenti con le finalità ed i contenuti del programma regionale sulla disabilità che ridefiniscano il processo assistenziale nella sua globalità e continuità, ridisegnando le sue caratteristiche fondamentali;
- ulteriori interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Per i non vedenti in condizione di solitudine il Medico di Medicina Generale è autorizzato a richiedere l'uso di mezzo sanitario a carico della ASL di residenza.

5.6.2.4 Anziani

Alla luce dell'avanzato processo di invecchiamento della popolazione, le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

Le politiche regionali saranno ispirate al richiamo dell'OMS sui determinanti della salute, intervenendo

su tutte le aree tematiche che offrono opportunità e risoluzione di problemi vitali per le persone anziane. Saranno particolarmente assicurate, attraverso azioni integrate, concertate e coordinate a livello regionale, misure concrete sui singoli aspetti strategici:

- la fragilità: prevenzione e sorveglianza attiva. Con la conclusione dello specifico progetto speciale attivato col precedente Piano Sanitario e con l'organizzazione del servizio per l'inverno 2007/2008, la presa in carico della persona anziana fragile entra a pieno titolo nella rete dei servizi assistenziali e costituisce una risposta "a bassa soglia" garantita dal sistema dei servizi sociosanitari territoriali. L'organizzazione dei servizi rivolti alla persona anziana "fragile" deve essere ispirata ad una visione "positiva" della salute degli anziani, investendo in risorse e attenzioni per prevenire lo stato di non autosufficienza e permettere una vecchiaia serena nel proprio "ambiente di vita". A questo proposito saranno significative le indicazioni che scaturiranno dal progetto di ricerca dell'Università degli studi di Firenze "Si Fa" sulle procedure e gli strumenti per la prevenzione della non autosufficienza e la individuazione precoce della fragilità nella popolazione anziana;
- gli stili di vita: campagna promozionale e informativa. Le politiche sociali devono sviluppare e mettere in circolo tutte quelle opportunità che consentano di migliorare gli "stili di vita", di assicurare una dimensione di inserimento e di partecipazione che preveda processi di promozione e di educazione alla salute e strategie complessive di governo;
- attività motorie: la Regione Toscana si impegna a promuovere un programma di comunicazione per la diffusione della attività motoria per la persona anziana, estendendo il modello delle Attività fisiche adattate e coinvolgendo i Comuni e le associazioni del volontariato nella diffusione della pratica motoria;
- alimentazione: costruzione di modelli educativi che orientino la "buona alimentazione" della persona anziana, indipendentemente dalle emergenze climatiche;
- organizzazione tempo libero: rilevazione di tutti i presidi di socializzazione e aggregazione delle persone anziane in Toscana, e loro monitoraggio costante attraverso un tavolo aperto alle Associazioni coinvolte ed alle OO.SS.

145

Il Sistema sociosanitario toscano si arricchisce, a partire dal 2008, delle opportunità finanziarie e organizzative attivate dal fondo per la non autosufficienza e dal Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente.

Il Progetto di assistenza continua per la persona non autosufficiente interviene sui requisiti del modello organizzativo territoriale, sia per l'accesso alle prestazioni, che per la presa in carico della persona non autosufficiente, affinché venga data certezza ai cittadini sulla qualità e quantità della prestazione assistenziale appropriata.

Il Progetto impegnerà il sistema dei servizi territoriali, andando a modificarne modalità organizzative, strumenti valutativi, livelli di integrazione professionale e istituzionale.

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante della fragilità, sono di seguito riportati:

- l'archivio regionale delle persone anziane fragili: obiettivo da conseguire entro il 2009;
- costruire e sperimentare modalità condivise per l'accertamento e la prevenzione della fragilità;
- identificare i servizi di bassa soglia ed i relativi standard;
- consolidamento e sistematizzazione della sorveglianza attiva di cui al progetto speciale PSR 2005/2007;
- attribuire livelli di responsabilità nell'organizzazione territoriale (PUA, Segretariato sociale, coinvolgimento MMG, etc.).

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante degli stili di vita, sono di seguito riportati:

- avviare una ricognizione del sistema di aggregazione sociale diffuso in Toscana;
- avviare una ricognizione sulle iniziative educative sugli stili di vita;
- individuare i criteri regionali integrati per la programmazione dell'offerta abitativa da incrementare con l'edilizia sociale;

- avviare un percorso di informazione e di concertazione territoriale per la progettazione locale nelle aree rurali e montane;
- supportare la gestione degli investimenti in campo sociale, con risorse destinate;
- assicurare una programmazione integrata per la gestione dell'edilizia sociale;
- programma regionale per la promozione degli stili di vita;
- programma regionale integrato per l'educazione alla salute;
- programma regionale integrato di comunicazione sulla salute.

Gli impegni per il prossimo triennio, sul versante della non autosufficienza, sono di seguito riportati:

- revisione qualitativa e quantitativa, anche in previsione della attivazione del fondo per la non autosufficienza, degli obiettivi relativi ai servizi domiciliari e semiresidenziali. In raccordo con quanto previsto dal PISR, si conferma l'obiettivo di raggiungere almeno il 3% degli anziani > di 65 anni assistiti in ADI; il fondo per la non autosufficienza è finalizzato a superare tale percentuale;
- completamento della programmazione delle offerte "modulari" residenziali in tutte le Zone attraverso un percorso di concertazione tra i soggetti istituzionali (S.d.S. o Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci) e i gestori;
- avvio della fase pilota del Progetto di assistenza continuativa per la persona non autosufficiente con l'apertura dei P.U.A. e l'adozione delle modalità per la facilitazione dell'accesso;
- definizione delle nuove modalità per la valutazione della non autosufficienza con proposta di atto deliberativo;
- organizzazione del programma di formazione sulle nuove modalità valutative a tutti gli operatori dei servizi;
- ricerca di criteri e approcci valutativi uniformi di fronte alle aree della disabilità e della non autosufficienza attraverso gli strumenti concettuali dell'ICF;
- linee guida per la gestione del fondo per la non autosufficienza;
- presentazione della bozza di Patto istituzionale per la costituzione e la gestione del fondo da sottoscrivere da parte di tutti i soggetti istituzionali coinvolti;
- predisposizione del regolamento attuativo per la gestione del fondo per la non autosufficienza.

146

5.6.2.5 Materno Infantile e Consultori

Il SST ha sviluppato con i suoi ultimi PSR un programma di integrazione della rete sanitaria che ha permesso di attuare, nell'area materno infantile, un'ampia analisi dei bisogni sanitari, dei requisiti assistenziali e delle opportune scelte collaborative ed organizzative, funzionali a livelli di crescente qualità ed appropriatezza.

Il nuovo PSR si muove pertanto nel segno della continuità e del consolidamento per sollecitare la piena attuazione di interventi ancora validi come previsto dalla "Rete Materno-Infantile Regionale" approvata con la D.G.R. 784/2004 e riorientare alcune azioni, adeguandole alle analisi emerse nel triennio.

Oltre alla conferma degli obiettivi strategici della sicurezza del neonato e della donna, della continuità dell'assistenza pubblica nel percorso nascita e del rispetto della fisiologia, saranno valorizzati i temi della partecipazione e della formazione.

Le azioni regionali tengono conto della trasformazione della società toscana in una società multietnica contribuendo al superamento delle barriere linguistiche attraverso la formazione di operatori addetti all'accoglienza, la diffusione della mediazione culturale ed un'offerta attiva dei servizi, al fine di favorire l'integrazione dei cittadini immigrati ed il completo utilizzo dei servizi da parte delle fasce più deboli della popolazione.

Viene valorizzata e sostenuta la collaborazione già avviata tra Pediatri di famiglia, Medici di Medicina Generale, strutture ospedaliere e consultoriali, sia per quanto attiene la promozione della salute e di corretti stili di vita, sia per la gestione dei percorsi diagnostico terapeutici. Saranno mantenuti e sviluppati nel prossimo triennio anche i molti interventi orientati al rispetto della fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio.

Obiettivi raggiunti e da potenziare

La Concertazione è stato uno dei temi auspicati a vari livelli Istituzionali (Regione, Area Vasta, Zona-Distretto) al fine di dare una maggiore intensità di relazione tra gli operatori interessati, attivare confronti multiprofessionali e condividere iniziative formative.

La concertazione di Area Vasta ha già dimostrato la sua utilità nella stesura della DGR 784/2004 sulla Rete Materno-Infantile Regionale; è opportuno pertanto mantenerla con cadenza annuale e con il coordinamento dell'A.O.U. Meyer, con l'obiettivo di:

1. contestualizzare le tematiche del PSR;
2. condividere i bisogni di salute e le esperienze di area;
3. offrire stimoli e proposte alla programmazione regionale.

Al fine di consolidare e diffondere pienamente la concertazione è necessario sostenere e stimolare i livelli organizzativi di Area Vasta e di Distretto aziendale affinché si strutturino le occasioni di confronto multidisciplinare, producendo percorsi virtuosi dedicati all'età evolutiva adeguatamente sostenuti dalla Aziende Sanitarie.

La concertazione ha trovato un momento significativo nella nuova Commissione Pediatrica Regionale (DGR n. 193/2006) aggiornata nei componenti (numero, rappresentatività, inserimento delle società scientifiche più rappresentate in toscana –SIP-SIN), nei rapporti istituzionali (in modo particolare con il Consiglio Sanitario Regionale) e nelle funzioni (parere tecnico sul merito delle iniziative più significativi delle politiche regionali nell'area materno infantile).

La CPR, strumento istituzionale di dialogo virtuoso con la pediatria e la ostetricia e ginecologia regionale, rappresenta una realtà originale di grande qualità per le politiche sanitarie della Toscana nell'area specifica.

La Rete Regionale della Pediatria Specialistica (RRPS), costituitasi con atto formale (DGR n. 403/2005), porta in CPR i risultati della promozione e del coordinamento delle azioni tese a definire linee guida e percorsi assistenziali per un miglioramento della qualità e dell'omogeneità delle prestazioni erogate su tutto il territorio regionale.

Con il contributo della RRPS la Regione Toscana garantisce nel triennio un investimento formativo sui seguenti settori:

- A. **assistenza neonatale**: affidare alle TIN una iniziativa formativa di grande spessore (master neonatale regionale) dedicato alle figure professionali in servizio nei punti nascita;
- B. **emergenza-urgenza pediatrica**: consolidare il percorso di rete già avviato sulle tematiche dell'emergenza pediatrica dedicato ai pediatri e agli operatori dei Pronto Soccorsi;
- C. **prevenzione della obesità**, in accordo con la scuola e le agenzie regionali interessate.

Per i **Punti Nascita** molto lavoro è stato dedicato nel triennio in particolare ai temi della sicurezza, del rispetto della fisiologia e della continuità assistenziale.

Per i punti nascita di 1° livello sono stati rispettati i criteri minimi di attività sicura indicati nella DRG n. 915/2004 (n° nati > 500/anno, guardia pediatrica attiva, migliore formazione neonatologica). Come previsto alcune di queste realtà, hanno ottenuto l'assegnazione di posti letto di patologia neonatale (Borgo S. Lorenzo, Cecina, Montepulciano e Monteverchi). In tutti i punti nascita è necessario mantenere attenzione alla qualità ed alla omogeneità delle competenze di base: rianimazione neonato critico e stabilizzazione in attesa di trasporto. Si confermano gli orientamenti programmatici del PSR precedente, relativamente ai punti nascita con < di 500 nati/anno, per i quali si deve prevedere la riconversione in strutture a ciclo diurno.

Sono state potenziate le strutture neonatali di 2° livello con il formale riconoscimento delle sedi ove le competenze professionali, le dotazioni tecnologiche e le realtà strutturali si sono consolidate nel tempo. Per tali realtà una casistica sufficiente di >1500 nati/anno deve alimentare la possibilità d'assistere neonati anche di peso ed età gestazionale bassi (≥ 29 sett.) il cui adattamento alla vita extra uterina si risolve

nel giro di 48/72 ore.

Nell'Area Vasta Centro ha assunto particolare rilievo il punto nascita di Prato, quasi 3000 nati l'anno, per il quale dovrà esserci un adeguato supporto progettuale ed economico per il mantenimento della qualità assistenziale erogata.

Per il settore neonatale rimane alta l'attenzione a verificare i livelli assistenziali erogati e rendere più omogenee, su tutto il territorio regionale, le funzioni dei 2° livelli aziendali e dei 1° livelli con posti letto di patologia neonatale, che devono rispondere ai criteri di base già riportati nel precedente PSR e nella DGR n. 915/2004.

Le **Strutture pediatriche di 2° livello** si sono confermate snodi centrali della rete ospedaliera dedicata alle cure secondarie e nella relazione con i Pediatri di Famiglia, pur tenendo conto di esperienze positive in alcune realtà zonali.

È mediamente ridotto il tasso di ospedalizzazione pediatrica e le fughe fuori Regione. Prosegue il trend in aumento dei ricoveri in area pediatrica 0-14 e 15-17. Si è avuta una contrazione del DH diagnostico per patologie di scarso impegno, mentre si osserva un inserimento sempre più diffuso del Day Service. Il crescente ricorso alla osservazione breve (30% dei ricoveri) può essere correttamente orientato ad evitare ricoveri inappropriati a vantaggio di una maggiore qualità, sicurezza e brevità di permanenza in ospedale. L'osservazione breve pertanto dovrà essere oggetto di una regolamentazione formale e funzionale nonché dell'attribuzione di un peso specifico (PSN 2002-2004). Per contenere la problematica dei codici, che pure tanto rilievo rappresenta nella occupazione dei pronto soccorsi ed al fine di rendere ancora più integrate le risposte diagnostico-assistenziali tra ospedale e territorio, nell'interesse di venire incontro ad una domanda di cura ampiamente espressa dalla comunità genitoriale, è necessario proseguire gli sforzi dedicati alla educazione sanitaria, alla corretta informazione, alle risposte territoriali che vedono al centro lo sviluppo delle unità di cure primarie e l'opportuno supporto di sperimentazioni organizzative.

148

Nel settore del **Pronto Soccorso Emergenze-Urgenze**, la Giunta Regionale si impegna a sviluppare, nel prossimo triennio, la cultura della corretta gestione del trauma grave in età pediatrica attraverso percorsi formativi ed ipotesi organizzative che forniscano una soluzione "toscana" alle esigenze assistenziali del bambino traumatizzato:

- iniziative formative stabili tese ad innalzare il livello di preparazione e di risposta integrata ed a rendere omogenea, a regime su tutti i presidi del territorio, la risposta assistenziale (protocolli, sistema di rete, coordinamento e accreditamento da parte del Meyer);
- iniziative informative ai cittadini sull'uso appropriato dei servizi disponibili;
- impegno regionale ad elaborare un assetto organizzativo dedicato alle esigenze assistenziali del bambino traumatizzato nell'ambito del modello nord americano (Harvard) già realizzato per l'età adulta. Un "**trauma center pediatrico**" di alta qualità nell'Ospedale Pediatrico Meyer al centro di un efficiente "trauma system". Oltre all'obiettivo primario di ridurre la frequenza e la complessità delle sequele, può rappresentare un contributo alla crescita tecnico/organizzativa di tutta l'emergenza pediatrica toscana (inquadramento e supporto vitale pre-ospedaliero, trasporto rapido e protetto, lavoro in equipe, strutture post-acuzie e riabilitazione, formazione).

Durante l'ultimo triennio la natalità della Regione Toscana è aumentata di circa il 10% e la natimortalità si è ridotta raggiungendo l'eccellenza in Italia.

Attori essenziali che hanno permesso tali risultati sono le **4 Terapie Intensive Neonatali** (Careggi, Pisa, Siena, Meyer) che rappresentano i terzi livelli di riferimento regionale ove si concentrano i piccoli pazienti a più alto rischio. Per la TIN del Meyer è previsto un ruolo di prevalente gestione e cura della casistica chirurgica neonatale polispecialistica.

Per ciascuna TIN dovrà essere:

1. realizzato un adeguamento dei letti intensivi (1/750 nati) quale conseguenza dell'aumentato del numero dei parti (31.000);
2. sostenuto il modello organizzativo che prevede la gestione intensiva della casistica regionale dei neonati

di peso e/o età gestazionale molto bassi (< 29 sett.), con un bacino di utenza di 6-7000 nati;
3. aggiornata la dotazione organica e la strumentazione sanitaria.

In ciascuna Area Vasta il riferimento materno-infantile di 3° livello è la sede idonea per la valutazione dei flussi delle gravidanze a rischio e per un'analisi degli outcomes neonatali. Tra questi va inserito il monitoraggio degli **esiti neonatali a distanza**. Allo stesso livello competono iniziative certificate di formazione e verifica prioritariamente dedicate ai punti nascita con minore casistica. Particolare attenzione è stata dedicata alla grave prematurità con l'istituzione dell'Archivio Toscano per i neonati gravemente prematuri, denominato "TIN Toscane On-line", con l'approvazione della DGR 912/07, che lo istituisce.

Relativamente ai **Coordinamenti regionali di Alta Specialità**, accanto a quelli consolidati e storici relativi alla Nefrourologia ed al D.E.A., nell'ultimo triennio è stato dato forte impulso ai Coordinamenti di Oncematologia, Neurochirurgia e del Cuore infantile con l'obiettivo di produrre specifici regolamenti che cementino relazioni professionali con diversi livelli di competenza e garantiscano percorsi assistenziali sicuri ed efficaci nei tempi d'attuazione e nelle risposte terapeutiche. Tutto ciò permetterà di pervenire all'attivazione dell'**Istituto Pediatrico Toscano**, completando il percorso virtuoso indicato nel Decreto Ministeriale del 29.1.92.

Con l'avvio del servizio presso l'AOU Pisana tutto il territorio regionale è coperto dal **trasporto di emergenza neonatale** al quale deve essere dedicato un apposito regolamento regionale.

Va dato maggiore impulso ad una più adeguata concentrazione delle gravidanze a rischio con percorsi diagnostico-assistenziali in rete e ad una istituzionalizzazione del back-transport.

È comunque aumentata la cultura del **trasporto in utero** che ha portato alla concentrazione delle gravidanze a rischio in Centri di livello adeguati per complessità. Anche in questo caso dovrà essere prodotto un ulteriore impegno al fine di rendere prevalente per la gestione delle gravidanze ad alto rischio, il trasporto "in utero" rispetto al trasporto protetto neonatale.

149

Il parto

In tutti i punti nascita deve essere implementata ogni iniziativa volta al recupero della fisiologia del parto, nel rispetto dei bisogni umani e relazionali, recuperando la personalizzazione dell'evento nascita, la valorizzazione della "prima ora" dopo la nascita e la pratica del rooming-in.

Presso la maternità di Careggi è stato avviato il "Progetto Margherita", dedicato alla **nascita fisiologica**, che rappresenta un modello originale per le importanti novità introdotte in ambito organizzativo, professionale e scientifico. Questa moderna struttura garantisce la sicurezza attraverso l'integrazione funzionale ed organizzativa con il punto nascita di riferimento, collocato in contiguità spaziale. Questa sperimentazione necessita di ulteriore sviluppo per consentire l'incremento degli accessi. In essa le ostetriche operano al maggiore grado possibile di autonomia professionale consentito dalla normativa e le gestanti hanno l'opportunità di vivere l'esperienza della nascita con la garanzia della libertà della scelta, in un ambiente familiare.

Il basso peso alla nascita e le malformazioni congenite rappresentano le cause preminenti di morte nel primo anno di vita (85-90%). Nel corso degli ultimi 20 anni si è avuta una progressiva riduzione della mortalità infantile (attualmente al 2,6/1000 in Toscana versus 4/1000 in Italia) che è da attribuire prevalentemente al miglioramento dell'assistenza ai neonati di basso peso.

Al fine di ridurre ulteriormente il tasso di mortalità, determinato dal basso peso alla nascita, occorre migliorare l'assistenza sanitaria alla **patologia della gravidanza** e pervenire alla **corretta diagnosi intrauterina dei difetti congeniti**.

Per la prevenzione ed il trattamento della patologia materna, dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e della prematurità, anche predisponendo percorsi assistenziali che mettano in connessione coerente i livelli ospedalieri di Area Vasta e regionali, si ritiene particolarmente significativa la nascita di un Coordi-

namento, (da assegnare al 3° livello dell'AOU di Careggi) tra i Dipartimenti Assistenziali Integrati Materno Infantile della AOU Careggi, Santa Chiara e Le Scotte per la **diagnosi e terapia delle patologie gestazionali** con particolare riguardo a quelle ad **alta complessità**.

Per la prevenzione e trattamento della patologia congenita del feto, si ritiene che l'Unità Multidisciplinare per la Diagnosi e Terapia dei Difetti Congeniti e delle Patologie Fetali della AOU Meyer assuma una funzione di **Coordinamento regionale della diagnosi e terapia delle patologie congenite**. Tale ruolo si svolgerà anche attraverso il coordinamento delle attività formative che si effettueranno in ambito regionale nel settore specifico e delle attività di sorveglianza (Registro di Diagnosi Prenatale e procedure di Audit).

Con la DGR 1207/05, è stato avviato il progetto per la **riduzione dei parti cesarei**. Il controllo sul ricorso al taglio cesareo, che non dovrebbe superare il 18-20% sul totale dei parti e tendere verso le raccomandazioni OMS del 15%, fa parte degli interventi strategici della Regione e deve essere attivamente mantenuto, anche attraverso il richiamo alle D.G. delle Aziende Sanitarie al controllo del fenomeno per avviare un'inversione di tendenza.

Devono pertanto essere presi in considerazione i motivi che hanno portato, nel corso degli ultimi anni all'aumento dei tagli cesarei, anche al fine di evitare, alla luce delle evidenze scientifiche, gli interventi non giustificati e comprendere le ragioni delle significative disomogeneità tra i vari punti nascita.

Obiettivi del triennio di particolare rilevanza:

- Condivisione di linee guida regionali sul controllo del travaglio di parto;
- Proseguimento della formazione del personale sanitario coinvolto nel processo della nascita.

La Commissione Regionale Multidisciplinare mantiene la funzione di coordinamento e di promozione delle varie iniziative.

150

Al fine di diffondere le conoscenze sulla genesi delle paralisi cerebrali infantili e le loro implicazioni, si rileva l'opportunità di avviare momenti di confronto fra diverse figure professionali, non solo di carattere sanitario; si rileva altresì l'opportunità di istituire un apposito archivio regionale.

La partoanalgesia, sia pure in modo non ancora omogeneo, è attiva in molte realtà ospedaliere toscane. L'analgesia epidurale, su richiesta della donna, va garantita prioritariamente nei punti nascita con >1000 parti/anno. Accanto al monitoraggio delle prestazioni effettuate, è auspicabile un percorso informativo che aiuti a conciliare il tema con la naturalità del parto.

Dimissione dal punto nascita

Per assicurare la continuità assistenziale del neonato attraverso il contatto precoce tra genitori e Pediatra di famiglia (PdF), le Aziende Sanitarie devono garantire in ogni Punti Nascita la scelta del PdF, prima della dimissione del bambino.

Al Punto Nascita compete l'invio attivo della puerpera al consultorio con le informazioni sulla tipologia del servizio offerto e sugli orari e giorni di apertura. I consultori devono prevedere un'offerta attiva diversificata e proporzionata ai bisogni della donna, basata fondamentalmente sugli ambulatori del puerperio, anche utilizzando visite domiciliari mirate, e sul raccordo con il punto nascita.

Nella equipe consultoriale l'ostetrica rappresenta il punto di riferimento centrale e costante per la donna. In ogni caso il contatto con l'ostetrica deve avvenire nei primi 3-4 giorni dopo la dimissione.

Il consultorio, in sinergia con i PdF, può intervenire nell'offerta attiva delle vaccinazioni sia per migliorare la copertura vaccinale che per verifiche, anche domiciliari, di eventuali situazioni di disagio.

La tutela della salute fisica e psichica della madre, del bambino e, più in generale, del nucleo familiare, sono garantiti attraverso interventi di sostegno alla genitorialità effettuati in modo integrato dall'equipe del consultorio. In particolare in presenza di soggetti a rischio è necessaria una presa in carico programmata in collaborazione con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio.

Un percorso privilegiato va dedicato alla malattia cronica del neonato, rafforzando il raccordo fra ospedale, rete consultoriale e PdF.

Particolare attenzione è stata posta alla diagnosi precoce della sordità congenita (attivazione in tutte le Aziende Sanitarie dello **screening uditivo neonatale**, DGR n. 365/2007), della **cataratta congenita** (direttive

alle Aziende sanitarie DGR n. 596/2005) e delle malattie **metaboliche ereditarie** (Estensione dello screening neonatale, DGR n. 800/2004).

È stato approvato il progetto: "Preparazione alla nascita ed assistenza al **disagio psichico** in gravidanza e nel puerperio" con la DGR n. 836/2005.

Con l'accordo ANDI-Regione Toscana sono state avviate iniziative utili alla **prevenzione della carie** nei soggetti in età evolutiva (DGR n. 332/2006);

Con la DGR 1018/2007 sono stati confermati gli obiettivi individuati dal precedente PSR a sostegno della **fibrosi cistica** attraverso il Centro regionale di riferimento del Meyer.

Promozione dell'allattamento al seno

Tra le numerose azioni dedicate al rispetto della fisiologia nel percorso nascita la promozione dell'allattamento materno si conferma tema centrale per la qualità di questa scelta di salute e per i cambiamenti organizzativi, collaborativi e formativi ad essa collegati

L'intesa con l'UNICEF (DGR n. 968/2004) e la costituzione di un Osservatorio ha permesso di realizzare molti obiettivi. La partecipazione della Toscana, per l'Italia, alla sperimentazione del progetto CE "Promozione dell'allattamento al seno in Europa" (Decreto n. 5623/2006) ha dato cornice e stimoli alle iniziative.

Lo sforzo più consistente è stato orientato alla formazione di gran parte degli operatori nel rispetto delle diverse competenze: circa 2500 tra ostetriche, infermiere, pediatri ospedalieri, pediatri di famiglia, ginecologi.

Grazie al lavoro di molte equipe ed al sostegno regionale offerto all'iniziativa "Ospedali Amici dei Bambini" la Toscana conta oggi 4 ospedali riconosciuti (Montepulciano/2002, Borgo S.Lorenzo/2006, Pistoia/2007 e Poggibonsi/2007); altri hanno già iniziato il percorso per il riconoscimento. Come richiesto dai "10 passi" UNICEF in tutta la regione sono cresciute le attenzioni dedicate ai corsi di preparazione alla nascita, al contatto precoce mamma/neonato, al rooming-in, al sostegno puerperale e ad una migliore continuità ospedale-territorio.

Sono state avviate azioni di monitoraggio sulla prevalenza dell'allattamento al seno e di sensibilizzazione al rispetto del Codice sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. Tra le diverse iniziative informative e convegnistiche si ricorda la celebrazione a Firenze del 15° anniversario della Dichiarazione degli Innocenti (DGR n. 1099/2005) e l'opuscolo "Naturalmente mamma" (DGR n.1221/2005) in distribuzione presso tutti i punti nascita toscani.

A queste buone esperienze il nuovo PSR intende dare continuità, mantenendo il coordinamento dell'Osservatorio regionale e la priorità alle seguenti azioni:

- formazione aziendale del personale con particolare attenzione ai neoassunti;
- monitoraggio sulla prevalenza dell'allattamento materno anche al 3°, 6° e 12° mese;
- iniziative orientate a diffondere la conoscenza ed il rispetto del Codice.

La formazione dell'80% del personale per singola categoria professionale, il rooming-in 24/24 ore e l'aumento della prevalenza dell'allattamento materno sono le sfide possibili del prossimo triennio

La Regione Toscana intende altresì incoraggiare le iniziative che, in occasione della SAM, settimana mondiale per l'allattamento al seno, prima di ottobre in Italia, saranno organizzate nel suo territorio..

Banche del latte umano

È prevista l'istituzione della rete regionale delle banche del latte umano donato (Re. BLUD), coordinata dall'A.O.U. Meyer, con lo scopo di uniformare e regolamentare le procedure delle banche rendendo la loro attività più efficiente e capace di rispondere alle esigenze di ottimizzare l'uso del latte umano donato.

Nell'ambito della **Neuropsichiatria infantile**, la constatazione di un aumentato accesso dei minori ai servizi dedicati alla salute mentale e la complessa gestione della disabilità consigliano di assicurare una costante monitoraggio sulla situazione epidemiologica e sull'adeguatezza delle risorse e dei servizi rispetto ai bisogni rilevati. Le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie sono le sedi opportune per contestualizzare questa verifica sostenute operativamente dal Centro Regionale di riferimento per la Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCS "Stella Maris". Sono auspicabili confronti regionali con la Rete Pediatrica dedicati ad una crescente sintonia per la diagnosi precoce dell'autismo e dei disturbi scolastici (dislessia, disgrafia, ADHD, etc.).

Rimane alla Pediatria di Famiglia un ruolo centrale ed una costante visibilità dei problemi relativi alla salute mentale per facilitare interventi collegati agli altri servizi territoriali sia sanitari che sociali. La Rete Pediatrica Regionale collabora attraverso specifici protocolli per la gestione delle patologie neurologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza compreso l'approccio alle emergenze nell'ambito delle attività di pronto soccorso.

Cure palliative pediatriche

L'attenzione alle cure domiciliari pediatriche (comprehensive degli interventi palliativi per i quali la Regione Toscana ha particolarmente investito anche attivando un'apposita commissione regionale con delibera n. 1075/2004) per pazienti oncologici o affetti da malattie metaboliche e genetiche o da patologie infiammatorie croniche invalidanti, vede una significativa conferma nell'attivazione presso l'Ospedale pediatrico Meyer di una Struttura Organizzativa dedicata. Anche utilizzando le risorse messe a disposizione dalla legge finanziaria, la Regione Toscana intende consolidare una rete dedicata che valorizzi momenti formativi e contestualizzi le risorse assistenziali domiciliari, sempre nel rispetto delle competenze professionali consolidate nelle Aree Vaste. All'Ospedale Meyer è affidato il coordinamento di questa rete, che coinvolge Ospedali, Distretti, Consultori, Pediatri di Famiglia, Medici di libera scelta, Associazioni di Volontariato e prevede l'offerta di una disponibilità assistenziale residenziale.

I dati epidemiologici evidenziano una mortalità annuale da patologia non guaribile pari a 1 su 10000 bambini da 1 a 17 anni ed una prevalenza di patologie inguaribili nella stessa fascia di età pari a 10 su 10000 minori. Il 30% di questi bambini è affetto da patologie oncologiche e il restante da patologie metaboliche o genetiche. Dall'ultima analisi disponibile sulla mortalità si rileva in Toscana il numero di 78 bambini morti per le cause sopra precisate: ciò significa che possiamo stimare un fabbisogno di cure palliative di circa 700-800 casi.

È obiettivo del triennio la realizzazione della rete delle cure palliative pediatriche che dovrà tenere conto della necessità di provvedere sia ad un'assistenza al domicilio del paziente sia alle altre forme di assistenza che si renderanno necessarie. Nella definizione della rete sarà tenuto conto dell'accordo Stato-Regioni del 27/6/2007.

Salute infanzia

Crescita e sviluppo del bambino sono monitorati dall'attività della PdF e dall'attività consultoriale. Al PdF corre l'obbligo contrattuale di tutelare la salute del suo assistito sin dal momento dell'iscrizione, attraverso un calendario di bilanci di salute, di attività telefonica, ambulatoriale e domiciliare che permettono una presa in carico globale e l'invio ai livelli assistenziali superiori quando necessario. Particolare attenzione viene data agli screening, alla adozione di corretti stili di vita, alla identificazione precoce dei segnali di disagio, alla promozione della copertura vaccinale.

L'attività consultoriale collabora con la PdF nei casi complessi come le patologie croniche o altri bisogni "speciali" che richiedano l'attivazione della rete specialistica distrettuale. Il consultorio rappresenta un punto di riferimento sanitario territoriale per una accoglienza coordinata ed un accesso facilitato ai servizi.

Obiettivi:

1. mettere in condizione le nuove famiglie, in particolare quelle in situazioni svantaggiate, di accedere ai servizi preposti alla tutela della salute del bambino;
2. favorire la reale integrazione PdF-Servizi Territoriali.

Riqualificazione dei consultori

La riqualificazione dei consultori costituisce un importante strumento all'interno del distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita e a tutela della salute dell'età evolutiva, dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari.

Tale riqualificazione è stata avviata con la delibera n. 259/2006, prevedendo azioni formative, organizzative e la creazione in ogni zona-distretto, di un consultorio principale, di un consultorio giovani e di un consultorio con servizio per immigrati ridisegnando la rete regionale consultoriale in grado di fornire un omogeneo livello di prestazioni su tutto il territorio attraverso le funzioni di accoglienza, gli interventi di prevenzione, l'erogazione di prestazioni e l'educazione alla salute.

L'istituzione delle UU.FF. consultoriali, laddove è stata realizzata, ha agevolato la stabilità e il governo del sistema e favorito la continuità del percorso assistenziale territorio-ospedale.

La possibilità di monitorare il percorso nascita e le attività di tutela della donna e del bambino, non può prescindere dalla conoscenza dei dati relativi alle attività consultoriali, ove lo strumento informatico risulta fondamentale per l'omogeneizzazione dell'organizzazione. Nel triennio dovrà essere stabilizzato il percorso di informatizzazione della attività consultoriali.

A fronte dei risultati finora raggiunti è necessario raggiungere i seguenti obiettivi:

- completamento della rete dei consultori principali;
- istituzione delle UU.FF. consultoriali previste, garantendo comunque, laddove questo non sia possibile, l'istituzione di strutture organizzative in grado di garantire percorsi ad alta integrazione socio-sanitaria;
- garantire la presenza definita e stabile, almeno nel consultorio principale, dell'equipe multiprofessionale costituita dalle figure professionali previste dalla normativa, con assegnazione nominativa in toto o per quota oraria all'U.F. consultoriale;
- garantire l'apertura di almeno 5 giorni a settimana per facilitare l'accesso e la presa in carico.

153

Nel prossimo triennio l'impegno è:

- facilitare e promuovere l'accesso ai cittadini svantaggiati per grado di istruzione, per appartenenza a culture diverse, per condizioni sociali;
- garantire i percorsi ad alta integrazione ospedale-territorio a sostegno della maternità e paternità consapevoli, compreso il parto in anonimato;
- valorizzare il percorso fisiologico della gravidanza e del parto;
- promuovere attività di sostegno al post-partum;
- monitorare e attivare un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata alle utenti che accedono al percorso "interruzione volontaria della gravidanza L. n.194/78";
- promuovere la modalità "attiva" dell'invio al consultorio per il controllo post IVG anche per prevenire le recidive più diffuse nelle donne straniere;
- istituire la rete regionale della mediazione culturale;
- garantire e sostenere i diritti della donna in gravidanza;
- valorizzare le responsabilità familiari con attenzione particolare rispetto all'esercizio dei ruoli genitoriali, ai conflitti di coppia ed intergenerazionali, ai nuovi assetti familiari;
- promuovere la salute degli adolescenti e la prevenzione dei comportamenti a rischio,
- promuovere la procreazione cosciente e responsabile anche attraverso una contraccezione informata e personalizzata;
- definire specifici percorsi per le donne in menopausa;
- applicare la legge regionale n. 59/07 in favore delle donne e dei minori contro la violenza.

Attività consultoriali in favore delle donne immigrate e dei loro bambini

Il dati sulla popolazione immigrata ci indicano una popolazione giovane e in età riproduttiva, una sostenuta presenza femminile, una buona presenza di nuovi nati e di minori figli di immigrati.

Le azioni e gli interventi previsti al punto 4.3.3.2 vanno consolidati nell'ambito del progetto di riqualificazione delle attività consultoriali per il conseguimento dei seguenti obiettivi specifici:

- costituire presso ogni Consultorio Principale un Consultorio per donne immigrate;
- sostenere l'accesso ai servizi di assistenza alla gravidanza, al parto e al post partum;
- ridurre il ricorso a IVG;
- promuovere la continuità del percorso nascita;
- organizzare i servizi tenendo conto delle difficoltà di accesso delle donne immigrate;
- creare una rete regionale della mediazione culturale, in relazione alle etnie prevalenti, intesa come servizio trasversale utile a soddisfare le diverse esigenze, implementando l'attività linguistico culturale per le etnie prevalenti sul territorio;
- consolidare le azioni di assistenza sanitaria, sviluppo di protocolli operativi, dialogo interculturale con le Associazioni rivolte alle problematiche legate alle M.G.F. (mutilazioni genitali femminili). Il tavolo regionale mantiene la funzione di coordinamento e di promozione delle varie iniziative.

La Gravidanza: percorso Ospedale-Territorio

Le Aziende Sanitarie organizzano le attività consultoriali in modo da garantire una rete di consultori che a livello zonale assicurino la presa in carico della donna in gravidanza e la continuità del percorso assistenziale ed operino come nodo di raccordo con i Punti Nascita.

Con il decreto n. 3541/2007 è stato approvato il nuovo libretto-ricettario regionale sugli accertamenti da eseguire nella gravidanza fisiologica, che sarà consegnato a cura dell'ostetrica consultoriale.

La delibera G.R. n. 284/07 ha avviato il percorso formativo e di accreditamento per la valutazione ecografica della translucenza nucale che consente la diagnosi precoce delle malformazioni del feto ed il contenimento di più invasive metodiche.

I corsi di accompagnamento alla nascita, dovranno essere programmati ed attuati in modo proattivo dalle equipe dei Consultori con un apporto interdisciplinare ed in integrazione con il Punto Nascita ed i PdF, prevedendo anche modalità alternative adeguate al coinvolgimento delle fasce a maggiore bisogno.

Obiettivi:

- promuovere l'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita con particolare attenzione alle primipare;
- facilitare l'accesso ai servizi alle categorie svantaggiate;
- razionalizzare la presenza dei mediatori culturali in relazione alle etnie prevalenti;
- prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e delle prematurità;
- favorire la diagnosi precoce dei difetti congeniti anche attraverso l'istituzione di un centro di riferimento regionale dedicato;
- prevenire e trattare la prematurità iatrogena o legata a stili di vita.

Vanno altresì attivate efficaci campagne di informazione per il rischio SIDS che dovranno coinvolgere il 100% dei genitori dei nuovi nati. Continua l'impegno regionale ad intraprendere tutte le azioni necessarie per la prevenzione della morte in culla (SIDS).

IVG: percorso ospedale territorio

Come indicato dalla legge 194/78 il Consultorio costituisce il luogo privilegiato per affrontare globalmente l'IVG perché consente di garantire:

- lo studio del fenomeno su base territoriale per la predisposizione dei necessari interventi sul territorio,

- implementando gli interventi di educazione sessuale rivolti soprattutto alle fasce di popolazione più debole e più a rischio con particolare riguardo per la popolazione straniera con l'ausilio delle mediatrici culturali,
- l'accoglienza della donna con interventi multidisciplinari, compresa la consulenza psicologica e sociale, al fine di sostenere la donna nelle scelte di maternità,
 - gli interventi pre IVG previsti dalla legge e quelli post-IVG volti al sostegno della donna ed alla prevenzione di una nuova IVG.

Obiettivi:

- garantire che in tutti i consultori sia data piena applicazione a quanto previsto dalla legge 194/78;
- azioni tese alla riduzione del ricorso alla IVG, in particolare fra le adolescenti e le donne straniere, rinviando per gli strumenti a quanto precisato dei capitoli specifici;
- contrarre di due terzi il numero di IVG specifiche grazie all'attivazione della rete regionale per la diagnosi intrauterina dei difetti congeniti, coordinata dall'AOU Meyer;
- ridurre sostanzialmente le IVG da amniocentesi e villocentesi grazie all'introduzione della valutazione ecografica della translucenza nucale.

Il servizio consultoriale per i giovani

I Consultori svolgono un ruolo progettuale ed operativo nei percorsi di promozione del benessere, prevenzione del disagio e presa in carico delle tematiche adolescenziali e giovanili, all'interno delle attività consultoriali integrandosi con i servizi zonali, intra ed extra ASL, ponendosi sempre più come punto di riferimento anche per coloro che presentano forme di disagio più o meno latente.

Gli obiettivi da raggiungere nell'ambito del progetto di riqualificazione consultoriale, sono:

- potenziare e diffondere i consultori giovani assicurando almeno un consultorio giovani in ogni Zona-distretto con la presenza di operatori capaci di relazione interattiva e di comunicazione con gli adolescenti anche in relazione ad una sessualità consapevole, ad una corretta informazione sulla contraccezione e sugli stili di vita;
- sviluppare l'attività di prevenzione e di promozione attiva della salute anche in ambito collettivo ed in particolare in ambito scolastico, inserendola anche all'interno dei programmi scolastici per favorire la prevenzione dei comportamenti a rischio;
- migliorare le competenze degli adolescenti per quanto attiene scelte consapevoli per garantire il benessere psico-fisico;
- offrire contesti dove sia possibile, con il supporto di una équipe multiprofessionale di riferimento, accogliere, riconoscere, contenere, rielaborare, restituire aspetti utili a prevenire il disagio nelle sue varie accezioni accompagnando gli utenti nei percorsi assistenziali previsti ed assicurando, laddove necessario, un appropriato invio alle UF Salute Mentale per la diagnosi ed il trattamento necessario.

155

Particolare attenzione deve essere posta alla popolazione adolescenziale con caratteristiche di complessità sempre più emergenti (quali: famiglie multiproblematiche, stranieri residenti e non, minori stranieri non accompagnati), privilegiando l'offerta attiva anche attraverso la fruibilità gratuita del servizio, la garanzia della privacy, il raccordo con la rete dei servizi per le situazioni più difficili.

5.6.2.6 Salute Immigrati

L'Azione del Piano sanitario regionale 2005-2007 aveva come oggetto di riferimento la tutela della salute di soggetti provenienti da Paesi extracomunitari, con l'obiettivo di passare dall'erogazione di servizi d'emergenza e di prima accoglienza, a servizi che tenessero conto delle differenti identità dei nuovi utenti, garantendo in ogni caso i livelli di assistenza previsti dal Decreto legislativo 286/98 e dal relativo regolamento di attuazione DPR 394/99.

Gli obiettivi specifici indicati e gli strumenti individuati per il loro conseguimento hanno facilitato l'accesso dei cittadini extracomunitari a servizi e prestazioni offerti alla collettività da parte del sistema sanitario toscano, garantendo con ciò le condizioni anche per l'auspicato processo d'integrazione nella società toscana.

Il cittadino immigrato costituisce parte attiva del tessuto sociale toscano e pertanto l'assistenza sanitaria deve essere inserita nel contesto delle politiche integrate per l'immigrazione e volta a garantire pari opportunità di accesso ai servizi con i cittadini italiani.

In questo contesto deve essere perseguito l'obiettivo primario dell'iscrizione al servizio sanitario di tutti i soggetti in possesso di adeguato titolo di soggiorno, tenuto presente che le forme di assistenza collegate al rilascio del tesserino per stranieri temporaneamente presenti (STP), irregolarmente presenti in Italia, sono riservate ai soggetti in condizioni di indigenza e limitatamente al permanere dello stato di irregolarità.

L'integrazione delle politiche regionali sull'immigrazione è lo strumento per limitare a livelli fisiologici le situazioni di marginalità legate a presenze clandestine e per creare le condizioni, in campo sanitario, per assicurare alla generalità di immigrati livelli di assistenza paritari con i cittadini italiani.

Questi livelli di tutela, nello specifico, dovranno essere assicurati in riferimento a particolari situazioni di vulnerabilità (donne in stato di gravidanza e puerperio, minori, vittime di tratta, richiedenti asilo, soggetti con gravi problemi di salute...), presenti in Toscana per protezione sociale, motivi umanitari e motivi straordinari.

Relativamente all'assistenza ai cittadini comunitari la Regione Toscana è impegnata nel fornire livelli di assistenza conformi a direttive e regolamenti dell'Unione Europea.

In particolare, con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 30/2007, avente ad oggetto "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente nel territorio degli stati membri", è necessaria la revisione delle modalità e procedure d'iscrizione al servizio sanitario dei cittadini comunitari.

Per l'uniformità dei trattamenti è indispensabile il coordinamento delle iniziative che fanno capo alle competenze degli Enti preposti a garantire la libera circolazione ed il godimento dei diritti: Ministeri, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie, Prefetture, Questure.

Specifiche problematiche riguardano i paesi di recente entrati a far parte dell'UE a causa dell'applicabilità, dal momento dell'ingresso nell'Unione, della normativa comunitaria in luogo di quella specifica per cittadini extracomunitari, precedentemente applicata.

156

La fase del passaggio da un regime all'altro richiede gradualità e l'adozione di iniziative coordinate per non creare fratture nel godimento di diritti; nello specifico dell'assistenza sanitaria la perdita del vecchio titolo all'assistenza non può comportare interruzioni in carenza di nuovo titolo che dia diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie.

In particolare nei confronti di cittadini neo-comunitari, irregolarmente presenti in Italia prima dell'ingresso del loro paese nell'Unione, devono essere individuate forme transitorie di assistenza e prese iniziative che facilitino la regolarizzazione della loro presenza in Italia, in primo luogo attraverso la regolarizzazione del rapporto di lavoro.

Sotto l'aspetto dell'onere finanziario, le prestazioni sanitarie ai cittadini comunitari, sono erogate prevalentemente a carico dell'istituzione competente del paese di origine, in altri casi a carico del servizio sanitario in presenza di titolo per l'iscrizione all'anagrafe assistiti.

Nel primo caso si genera l'addebito all'istituzione estera, attraverso procedura informatica europea, TESS (Telematica Europea per la Sicurezza Sociale) effettuata dall'Azienda USL che ha erogato la prestazione, attraverso l'invio dell'addebito (formulario E125) al Ministero della Salute, che funge da camera di compensazione con le istituzioni estere degli addebiti di prestazioni erogate in Italia a stranieri comunitari e di prestazioni erogate ad Italiani nell'ambito dei Paesi UE.

Ciò genera i flussi relativi alla mobilità internazionale, i cui saldi andranno addebitati ai bilanci delle competenti Aziende sanitarie.

Questa procedura sarà sostituita con un altro applicativo ASPEC (Assistenza Sanitaria Paesi Esteri Convenzionati), predisposto dal Ministero della salute in collaborazione con le Regioni, già in fase di sperimentazione che prevede la trasmissione telematica dei dati contabili (fatturato attivo e passivo) dalla Aziende USL alle Regioni e da queste al Ministero della salute, il quale continua a fungere da coordinamento con gli stati esteri.

Questa procedura riguarderà sia gli stati comunitari, sia quelli extracomunitari con i quali esistono rapporti bilaterali.

Per il prossimo triennio gli obiettivi sono di seguito riportati:

- la definizione di percorsi assistenziali integrati per stranieri in situazioni di disagio, vittime di incidenti

o colpiti da gravi malattie, che, in dimissione dal contesto ospedaliero, siano sprovviste di adeguate forme di assistenza;

- l'adozione di strumenti epidemiologici per il riconoscimento e la valutazione dei bisogni;
- lo sviluppo di interventi informativi per favorire l'accesso ai servizi, nonché di specifiche iniziative d'informazione di educazione alla salute nei luoghi di lavoro e sui temi relativi alla salute collettiva anche per favorire forme di prevenzione infortuni e malattie correlate al lavoro;
- l'utilizzo dei mediatori culturali, lo sviluppo di politiche di formazione all'inter-cultura per il personale socio-sanitario, l'adattamento dei servizi socio-sanitari ad un'utenza pluri-culturale;
- la possibilità di verifica e certificazione da parte della Regione dei dati contabili inviati dalle proprie Aziende. Conseguentemente da ora e per gli anni futuri i flussi contabili della mobilità sanitaria internazionale impegneranno Regione e Aziende per quanto concerne la messa a regime e l'implementazione del nuovo applicativo informatico, la completa rilevazione delle prestazioni che generano flussi attivi e la corretta gestione della mobilità internazionale nel suo insieme.

5.6.2.7 La salute in carcere

In ragione di quanto premesso ed enunciato nel Dlgs n.230/99 è stata approvata la LR n. 64/05, recante "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana" ed il 2 maggio 2007 è stato siglato un protocollo d'intesa tra la Regione Toscana, il provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria ed il centro di giustizia minorile che, di fatto, ha dato il via ai lavori del gruppo tecnico di coordinamento interistituzionale per la salute in carcere e del collegato osservatorio regionale costituiti entrambi con DGR n.759/07. Nel frattempo, oltre al progressivo assestamento dell'organizzazione dei servizi già transitati al Sistema Sanitario Regionale ed alle Aziende Sanitarie (dipendenze e prevenzione), sono state attivate, sia dalla Regione che dalle stesse Aziende Sanitarie, diverse azioni a supporto della salute in carcere (fornitura farmaci, opuscoli informativi, proiezione consultoriale sia ginecologica che pediatrica per le madri con bambini ospiti nella sezione femminile del Ncp Sollicciano, fornitura di protesi dentarie, supporto alla continuità assistenziale, progetto eracle, progetto retintegrare, supporto alle attività sanitarie per l'Istituto Penale Minorile, acquisto di strumenti biomedicali ecc.) in attesa ed in modo propedeutico allo stesso percorso previsto dal Dlgs n. 230/99 che nel frattempo ha ripreso il suo iter nazionale. Sono intanto partiti anche i lavori di coordinamento delle tre Aree Vaste (previsti peraltro con la DGR n. 759/07 di cui sopra) come laboratori integrati permanenti (Aziende Sanitarie, Società della Salute e Direzioni Sanitarie degli istituti penitenziari del territorio di competenza) che hanno funzione propositiva verso il gruppo di coordinamento regionale interistituzionale che svolge, a sua volta, compiti di cabina di regia regionale e che comprende le stesse amministrazioni penitenziarie specie per quanto riguarda le aree di loro stretta competenza che sono quella della sicurezza e quella del trattamento che dovranno intrecciarsi in maniera sinergica e costruttiva con l'area della salute in oggetto. Si è inoltre proseguito nella definizione e formalizzazione della cartella clinica informatizzata come elemento base per l'osservatorio epidemiologico regionale. Si sono infine avviate forme di informazione e partecipazione diretta dei detenuti con particolare riguardo ai percorsi di preparazione all'uscita con interventi orientati al recupero del ruolo di cittadinanza e con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore coinvolte anche tramite le società della salute.

È stato avviato un buon livello di leale collaborazione tra la Regione Toscana, il provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria ed il centro di giustizia minorile pur tenendo conto di un'attuale discrepanza evidente tra le due Istituzioni coinvolte data dall'autonomia regionale in materia sanitaria (titolo V della Costituzione) mentre l'amministrazione penitenziaria è ancora centralizzata a livello nazionale (salute di competenza della Regione Toscana e sicurezza e trattamento di competenza del Prap e del Cgm). Questa situazione attuale, pur mitigata dal protocollo d'intesa stipulato a livello regionale, potrebbe complicare o rallentare il percorso già avviato con la Legge Regionale n. 64/05 e adesso confermato con l'approvazione del comma 283 e del comma 284 dell'Articolo 2 della Finanziaria 2008 che sancisce il definitivo passaggio di tutta la sanità penitenziaria (adulti e minori), compreso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute e da quest'ultimo alle Regioni e Province autonome competenti secondo il

titolo V della Costituzione. Si tratterà adesso di mettere correttamente in pratica quanto previsto nelle linee guida per la salute in carcere (compreso l'Opg) stilate dal gruppo tecnico interministeriale per il Dlgs n. 230/99. Le stesse linee guida, approvate dalla commissione salute delle regioni e province autonome, chiamano adesso direttamente le regioni stesse ad attivarsi concretamente applicando il Decreto nel rispetto del diritto di salute dei detenuti ed internati e per il raggiungimento di livelli essenziali di assistenza equiparati a quelli dei cittadini liberi.

Sono obiettivi del presente Piano:

1. riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale per la salute in carcere (che comprende tutti i settori inerenti alla tutela della salute dei detenuti, compreso l'OPG, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza) con conseguente redazione del progetto obiettivo regionale ed individuazione di un apposito modello organizzativo regionale;
2. rafforzamento dell'operatività e della funzione di coordinamento del gruppo tecnico interistituzionale regionale per la salute in carcere;
3. rafforzamento dell'operatività dell' osservatorio regionale permanente per la salute in carcere a supporto del Sistema Sanitario Regione con incentivazione della realizzazione e fattiva messa a regime dello strumento della cartella clinica informatizzata;
4. rafforzamento dell'operatività dei Coordinamenti delle tre Aree Vaste regionali;
5. presa in Carico della Salute dei detenuti ed internati da parte delle singole Aziende Sanitarie, competenti territorialmente in relazione all'ubicazione dell'Istituto Penitenziario relativo, con l'attivazione di tutte le proprie articolazioni professionali e organizzative territoriali ed ospedaliere, a partire dall'emanazione dell'apposito DPCM;
6. attivazione di Punti Attrezzati di Ricovero Ospedaliero per Area Vasta funzionalmente complementari con i Servizi Territoriali di Presa in Carico;
7. progettazione, valutazione e realizzazione di esperienze innovative di organizzazione di Servizi Sanitari, sostenibili anche dal punto di vista della Sicurezza, come per esempio Poliambulatori di confine utilizzati sia dalla popolazione detenuta che da cittadini liberi;
8. oltre ai percorsi di Presa in Carico, laddove possibile, degli internati toscani in Opg da parte dei rispettivi Dipartimenti di Salute Mentale competenti per territorio, individuazione ed attivazione di eventuali Strutture Intermedie (una per ciascuna Area Vasta), destinate ad internati toscani, in alternativa all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo;
9. attuazione di iniziative di formazione integrata per gli operatori sanitari del Sistema Sanitario Regionale, di quelli provenienti dalla sanità penitenziaria e del personale di Polizia Penitenziaria, al fine di favorire l'omogeneizzazione degli interventi alle metodiche del Sistema sanitario regionale pur tenendo conto delle specificità istituzionali;
10. coinvolgimento, nel rispetto delle singole autonomie e competenze, delle realtà territoriali del Volontariato e del Terzo Settore che agiscono a vario titolo nelle Carceri, anche mediante il coinvolgimento delle Società della Salute di riferimento;
11. promozione e istituzione di momenti di Ascolto e Consultazione periodica dei detenuti da attivare e mantenere in tutti gli Istituti Penitenziari in accordo tra le Aziende Sanitarie e le Direzioni di Istituto;
12. assunzione di iniziative per la definizione delle modalità organizzative dell' "Ufficio regionale del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale".