

6. I progetti speciali del Piano Sanitario 2005–2007 I risultati raggiunti e le criticità emerse

6.1 Le azioni per la prevenzione e la cura dei tumori

Si richiamano gli obiettivi del PSR 2005–2007:

- prevenzione primaria: lotta al fumo, promozione della adozione di stili di vita sani (esercizio fisico, alimentazione, consumo non eccessivo di alcool), riduzione della esposizione ai raggi UV specie in giovane età;
- prevenzione secondaria per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto: estensione a tutta la popolazione target con elevati livelli di adesione;
- prevenzione primaria e secondaria del melanoma: campagne di educazione sanitaria rivolta alla popolazione, formazione degli operatori sanitari di 1° livello ed integrazione con quelli di 2° livello.

PREVENZIONE PRIMARIA

Lotta al fumo e stili di vita corretti (esercizio fisico, alimentazione, consumo non eccessivo di alcool), riduzione della esposizione ai raggi UV

Nel Maggio 2006 sono state pubblicate a cura dell'Istituto Toscano Tumori le raccomandazioni regionali in ambito di prevenzione primaria che hanno trattato le tematiche relative (in termini di evidenze scientifiche, dati epidemiologici, linee guida nazionali ed internazionali) a:

- fumo di tabacco;
- alimentazione e attività fisica;
- alcool;
- agenti infettivi;
- ambienti di lavoro;
- ambienti di vita;
- prevenzione in età pediatrica e adolescenziale.

159

Nel Maggio 2007 sono state pubblicate sempre a cura dell'Istituto Toscano Tumori le raccomandazioni per la prevenzione, diagnosi precoce e il trattamento del melanoma.

Numerose sono state, inoltre, le iniziative relativamente a questi argomenti i cui obiettivi sono stati quelli di promuovere azioni di intervento in particolari contesti. Si ricordano a questo proposito:

- Istituzione di un “Gruppo Regionale di Coordinamento Tecnico Intersettoriale sul Tabagismo”;
- studio di fattibilità sull’offerta di counseling per la cessazione del fumo a donne fumatrici residenti a Firenze e afferenti ai servizi di screening per il tumore della cervice uterina con l’obiettivo di verificare se un contesto di screening oncologico possa essere adeguato per la somministrazione di interventi già validati di disassuefazione al fumo e possa quindi rappresentare un ulteriore ambito di azione oltre quelli già consolidati (esempio Centri Antifumo);
- progetto di intervento nella popolazione lavorativa di Massa e Viareggio. È prevista l’attuazione di uno studio pilota preliminare atto a predisporre dei questionari per il rilevamento degli stili di vita e della condizione lavorativa, a descrivere le caratteristiche della popolazione in studio relativamente a fumo, abitudini alimentari e attività fisica, a valutare gli strumenti messi in atto;
- monitoraggio, attraverso uno studio multicentrico nazionale, della applicazione della legge Sirchia;
- progetto “Piano Mirato Toscano, di durata biennale, sul Rischio da Radiazione Ultravioletta Solare nei Lavoratori Outdoor” coordinato dal Settore Prevenzione e Sicurezza della Regione Toscana.

PREVENZIONE SECONDARIA**Attività di screening oncologico organizzato per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto nella Regione Toscana negli anni 2005-2007**

- **Attività di monitoraggio in loco**

I programmi di screening in essere nelle Aziende USL hanno ricevuto periodicamente una visita di un gruppo di referenti a carattere interdisciplinare del Centro di Riferimento Regionale presso il CSPO (CRR), come previsto dalla DGR n. 1342 del 20.12.2004.

Nell'ambito di queste visite è stata valutata la qualità organizzativa e professionale dei programmi e concertate assieme agli operatori le azioni migliorative da intraprendere, regolarmente comunicate alla Direzione dell'ITT e alle direzioni delle Aziende USL. Questo lavoro, che si svolge con una buona cooperazione di tutte le Aziende USL configura un modello operativo di rete per la prevenzione oncologica in Toscana, tra i più avanzati a livello nazionale.

Ben undici Aziende USL hanno inoltre aderito alla raccolta dei dati per il monitoraggio del trattamento chirurgico delle lesioni mammarie screen-detected (casistica 2006-2007), nell'ambito di un progetto regionale finanziato con i fondi messi a disposizione dal Ministero della Salute con la legge 138 del 2004.

- **Attività di monitoraggio attraverso la raccolta di indicatori di estensione e adesione**

Le Aziende Sanitarie della Toscana hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. In particolare se si confrontano i dati complessivi regionali con quelli complessivi italiani si può rilevare come la nostra regione si collochi al di sopra di tutti i valori medi nazionali.

Di seguito riportiamo i principali risultati espressi come percentuale di estensione dei programmi e di adesione della popolazione bersaglio osservati negli anni 2005 e 2006.

160

Indicatori di estensione e adesione—Anno 2006

2006	MAMMELLA		CERVICE		COLON-RETTO	
	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione
Obiettivo	100%	80%	100%	60%	100%	50%
Asl 1	75,4	72,2	129,5	44,6	1,4	34,7
Asl 2	92,4	53,7	89,2	35,9	106,9	35,2
Asl 3	83,9	63,0	102,8	41,3	17,8	66,8
Asl 4	113,5	75,8	91,4	64,2	63,0	51,0
Asl 5	69,8	65,1	66,8	55,1	96,4	51,6
Asl 6	77,8	74,8	95,1	41,4	86,3	48,9
Asl 7	88,5	65,1	100,4	43,2	12,0	48,9
Asl 8	92,7	68,1	86,7	47,2	78,6	60,1
Asl 9	92,1	72,0	124,3	51,3	0	
Asl 10	79,8	72,9	111,6	56,1	81,9	50,9
Asl 11	95,3	60,3	77,9	58,6	84,9	56,9
Asl 12	111,6	63,1	109,5	53,0	99,5	19,2
Totale	86,3	68,2	98,0 %	49,6%	65,0%	48,6%
Italia						
(2005)	50,3	60,9	24,8 §	36,7	11,7	46,5

Estensione: rappresenta la quota di popolazione che risulta aver ricevuto un invito nell'anno in esame rispetto al totale della popolazione bersaglio stimata per quello stesso anno. Per questioni organizzative alcuni programmi possono distribuire in maniera non uniforme la popolazione negli anni: un anno si invita meno del 100% della popolazione avente diritto, l'anno successivo se ne invita più del 100% al fine di garantire, nell'intervallo di screening, l'offerta a tutta la popolazione bersaglio. La corretta valutazione della estensione dovrebbe quindi effettuarsi in base alla cadenza dell'intervallo di screening: su 2 anni per lo screening della mammella e del colon-retto, su 3 per lo screening della cervice uterina.

Adesione: quota di popolazione esaminata sul totale della popolazione invitata nell'anno in esame.

Indicatori di estensione e adesione–Anno 2005

2005	MAMMELLA		CERVICE		COLON-RETTO	
	Estensione*	Adesione	Estensione	Adesione	Estensione	Adesione
Obiettivo	100%	80%	100%	60%	100%	50%
Asl 1	82,6	75,0	123,4	31,8	0	
Asl 2	73,7	66,7	86,3	36,7	81,0	28,4
Asl 3	82,3	79,6	110,3	46,3	33,6	71,7
Asl 4	64,9	76,5	76,0	51,7	32,7	54,1
Asl 5	64,0	73,5	74,8	55,4	87,2	59,7
Asl 6	70,0	65,2	85,7	39,9	91,3	45,7
Asl 7	94,6	66,3	96,0	41,6	0	
Asl 8	77,9	72,3	61,0	51,8	88,0	63,2
Asl 9	67,7	60,2	138,9	43,6	0	
Asl 10	103,6	71,8	99,8	55,5	43,8	50,4
Asl 11	98,3	62,4	136,0	51,3	103,8	46,1
Asl 12	92,4	65,2	105,2	46,1	0	
Totale	83,7	70,2	95,5 %	47,1%	50,4%	51,6%
Italia						
(2005)	50,3	60,9	24,8 §	36,7	11,7	46,5

*Estensione grezza (non tiene conto dei soggetti esclusi dall’invito per condizioni particolari come esami già effettuati o malattie invalidanti).

Questi risultati, assieme a una attenta valutazione degli indicatori di processo clinico, vengono pubblicati ogni anno come Rapporto Regionale sui programmi di screening oncologico, quest’anno alla sua ottava edizione, a testimonianza della completezza e continuità dell’attività di monitoraggio.

Commento ai dati e analisi delle criticità

Se si valuta il macrodato, per quanto riguarda lo screening cervicale, si può affermare che l’obiettivo regionale di estensione pari al 100% è praticamente raggiunto con un anno di anticipo rispetto a quanto stabilito dal PSR 2005–2007. Lo screening del cancro colo–rettale mostra un notevole incremento dei livelli di estensione che aumenteranno ulteriormente nell’anno 2007, anche se è probabile che non si possa raggiungere il traguardo del 100% fissato dal PSR. L’estensione dello screening mammografico appare invece ormai stabilizzata su valori di poco superiori all’80% ed è probabile che l’obiettivo del 100% non sia raggiungibile entro la fine del 2007. Analizzando i valori di adesione a livello regionale si segnala un progressivo incremento di questo indicatore nello screening cervicale e una sostanziale tenuta nello screening mammografico e colo–rettale (in quest’ultimo caso a fronte di un notevole aumento dei livelli di estensione). Per tutti e tre i programmi di screening, il livello di adesione degli anni 2005–2006 è inferiore all’obiettivo prefissato dal PSR che stabilisce il traguardo del 60, 80 e 70% per lo screening cervicale, mammografico e colo–rettale rispettivamente. Anche se, analogamente alla estensione, il livello di partecipazione può essere correlato alle capacità organizzative dei programmi in termini di facilitazione di accesso, questo parametro risente fortemente anche di altri fattori che non sono tutti controllabili e facilmente modificabili dai programmi di screening organizzato. Ad esempio i dati della indagine campionaria PASSI segnalano che il 75% delle donne in fascia di età di screening ha eseguito un pap–test negli ultimi 3 anni: confrontando queste osservazioni con i dati forniti dal CRR se ne deduce che una quota parte delle donne si sottopone ad indagini preventive al di fuori e indipendentemente dall’offerta di sanità pubblica e con intervalli probabilmente più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati. Relativa-

mente, invece, allo screening mammografico lo studio PASSI evidenzia come, in Toscana, ha eseguito una mammografia a scopo preventivo rispondendo alla chiamata attiva il 67% delle donne in fascia 50–69 anni. Relativamente al 2006 non sono evidenti gli effetti della campagna di sensibilizzazione regionale condotta nell'autunno dello stesso anno che può aver, invece, inciso sull'andamento dei livelli di adesione a partire dai primi mesi del 2007.

In conclusione dai risultati osservati emergono, a fronte di un andamento generale dei programmi di screening oncologico tra i migliori in Italia, criticità a livello regionale sia in termini di risorse allocate sia relative all'informatizzazione che determinano difficoltà a raccogliere, estrarre e analizzare i dati di alcuni programmi.

Proposte per la soluzione delle criticità evidenziate all'interno dei programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto

1. **Allocazione di risorse economiche:** per il raggiungimento degli obiettivi fissati su base nazionale e regionale, è necessario che siano destinate da parte delle Aziende maggiori risorse e che sia ulteriormente sottolineato il mandato regionale verso le direzioni aziendali affinché considerino come obiettivo prioritario la completa attuazione dei tre programmi di screening oncologico.
L'andamento degli screening oncologici nelle singole aziende verrà inserito nel sistema di valutazione (bersaglio), affinché i risultati del monitoraggio concorrano alla definizione delle risorse attribuite alle Aziende Sanitarie;
2. **allocazione di risorse umane:** è necessario che le Aziende USL garantiscano con continuità adeguate risorse di personale per il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti riguardo alla estensione del programma. Le direzioni aziendali devono coinvolgere attivamente nelle scelte decisionali i responsabili organizzativo, clinico e valutativo, i quali devono effettivamente destinare una parte del proprio tempo lavorativo a questa attività. Si ritiene inoltre opportuno che vi sia una maggiore integrazione tra il primo (test di screening) e il secondo e terzo (diagnosi e terapia) livello dello screening: a tal fine è opportuno attivare una offerta formativa atta a qualificare la collaborazione interdisciplinare in ambito clinico e a rafforzare l'impegno motivazionale. I buoni risultati di estensione e di adesione infatti si registrano in quelle aziende che si sono adoperate nel fornire personale competente, adeguatamente formato;
3. **informatizzazione del sistema:** i fondi della Legge Nazionale 138 per gli anni 2004 e 2005 sono stati quasi tutti interamente destinati alla costituzione del flusso regionale sugli screening e alla informatizzazione dei programmi di screening aziendale. È quindi immaginabile che nel prossimo triennio si possano registrare sostanziali miglioramenti nel monitoraggio interno ed esterno dei programmi di screening;
4. **coinvolgimento della Medicina Generale:** l'ottimizzazione dei livelli organizzativi contribuisce al miglioramento della adesione al programma. In realtà però ancora vi è una quota parte dei cittadini che non aderisce. Per tale motivo è necessario che siano applicate, in conformità con ogni singola realtà locale e alla luce degli accordi regionali, le collaborazioni con la Medicina Generale nel promuovere una azione di counseling sistematizzata e monitorabile; particolare attenzione sarà rivolta all'informazione delle popolazioni migranti;
5. **Governo clinico della attività spontanea di prevenzione oncologica:** è importante ricondurre l'attività spontanea di prevenzione oncologica all'interno dei programmi di screening organizzato al fine di garantire una uguale omogeneità di offerta e di qualità delle prestazioni. Il presente Piano assume la responsabilità di definire entro 180 giorni dalla sua approvazione se ricondurre all'interno dei programmi di screening organizzato la domanda spontanea di prevenzione oncologica come ad esempio gli accertamenti diagnostici per il tumore alla mammella nelle donne al di sotto dei 50 anni o al di sopra dei 70 anni, le attività di prevenzione ginecologica, o, più in generale, la sorveglianza diagnostica in soggetti senza sintomi, ma a rischio più elevato.

PREVENZIONE SECONDARIA DEL MELANOMA

In Regione Toscana agli inizi degli anni 2000 è stato messo a punto un modello di diagnosi precoce del melanoma che prevede l'interazione tra il medico di medicina generale e il dermatologo che si collocano in due fasi diverse di selezione delle lesioni sospettate attraverso la definizione di un percorso dedicato. Successivamente nell'anno 2005 si è provveduto alla valutazione delle strategie di diagnosi precoce del melanoma cutaneo attraverso il monitoraggio del modello toscano. La survey pilota condotta ha dimo-

strato una maggiore specificità di invio agli ambulatori specialistici con maggior resa di diagnosi oncologiche effettuate. È necessario continuare nella strada di monitoraggio intrapresa e contemporaneamente valutare se estendere l'attività di monitoraggio anche ad ambulatori dermatologici non dedicati.

6.2 Attivazione di interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana

Il secondo progetto speciale di interesse regionale inserito nel PSR 2005–2007 prevedeva l'obiettivo di un'attenzione costante a 15.000 persone anziane con fragilità sviluppando interventi che favorissero il mantenimento di queste persone nel proprio ambiente di vita, opportunità di integrazione e occasioni per il miglioramento della qualità della vita.

Risultati attesi:

- riduzione dei ricoveri impropri, del ricorso all'istituzionalizzazione, dei decessi;
- erogazione servizi innovativi e risposte differenziate e flessibili;
- integrazione delle varie risorse (istituzionali, professionali e quelle presenti nella comunità locale);
- adozione di procedure condivise tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali per gli interventi da realizzare a supporto della domiciliarità;
- maggior coordinamento degli interventi e migliore utilizzo delle risorse;
- realizzazione di uno specifico basamento informativo per la individuazione dei soggetti a rischio;
- stabilizzazione degli interventi all'interno della rete dei servizi estendendo il progetto anche nel periodo invernale con il coinvolgimento delle comunità montane;
- definizione di strumenti di intervento e di monitoraggio omogenei a supporto degli obiettivi da raggiungere per garantire al cittadino anziano – a parità di bisogno – di ottenere un trattamento omogeneo indipendentemente dal territorio in cui abita.

163

Risultati ottenuti (triennio 2004–2006):

- 11.052 persone >75enni (rispetto alle 15.000 previste) sono state prese in carico attraverso il servizio di sorveglianza attiva e hanno usufruito delle varie prestazioni (telesoccorso – teleassistenza – pasti a domicilio – spese a domicilio – compagnia – consegna acqua – trasporti sociali);
- 109.116 sono le prestazioni complessivamente erogate;
- 7.500 il numero medio settimanale di telefonate effettuate agli anziani coinvolti;
- 8.600.000,00 le risorse sanitarie e sociali utilizzate nel periodo 2004–2007;
- definizione di linee guida per la identificazione della persona anziana fragile, individuando competenze del MMG e delle figure professionali sociosanitarie territoriali;
- estensione dall'anno 2005, del servizio di sorveglianza attiva, nelle zone montane con riferimento all'emergenza “freddo”;
- adozione, dall'anno 2007, di un bollettino informativo sulla emergenza climatica operativo tutto l'anno per tutto il territorio toscano. L'attività svolta nel periodo estivo ed in quello invernale si inserisce in un sistema di informazione biometeorologica e bioclimatica che il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia dell'Università di Firenze, in collaborazione con l'Istituto di Biometeorologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche ed il Laboratorio di Meteorologia e Modellistica Ambientale, realizza operativamente per tutti i mesi ed i giorni dell'anno su incarico della Regione Toscana. Per calibrare le previsioni per ogni Zona/Distretto, è stata suddivisa la Toscana in 20 aree climatiche omogenee; ne risulta, di conseguenza, che ogni distretto socio-sanitario può essere caratterizzato dalla presenza di più aree climatiche, per cui, per ognuno di questi, sarà elaborato un bollettino diversificato in base agli specifici rischi previsti.

Sviluppo del Progetto

Il progetto speciale conclude il suo percorso; con il 2008 la presa in carico della persona anziana fragile entra a pieno titolo nella rete dei servizi assistenziali come risposta “a bassa soglia” garantita dal sistema

dei servizi sociosanitari territoriali secondo quanto indicato nel progetto obiettivo anziani del presente piano (punto 5.6.2.4).

6.3 Il controllo del dolore come diritto del cittadino

Di seguito vengono rese evidenti le attività svolte in base alle indicazioni del precedente PSR e su proposta della Commissione regionale:

- definizione dei criteri per l’accreditamento degli ospedali senza dolore all’interno del sistema di qualità;
- attivazione in ogni azienda sanitaria di una rete di ambulatori per la terapia del dolore;
- attivazione di una rete regionale di cure palliative per adulti e bambini;
- piano di informazione e comunicazione rivolto ai cittadini, affinché i pazienti siano informati sul diritto a non soffrire inutilmente;
- piano per la formazione che riguarda la formazione universitaria di base, la formazione specialistica, l’alta formazione e la formazione continua, che coinvolge i Medici di medicina generale;
- progetto di ricerca “Farmacogenetica nella terapia del dolore” che coinvolge le tre Università ed i centri ospedalieri toscani;
- definizione del regolamento di utilizzazione e di accesso agli Hospices;
- progetto formativo che promuove il benessere materno fetale nel rispetto delle scelte inerenti le modalità del parto espresse dalla partoriente, con particolare attenzione alla partoanalgesia per via peridurale;
- inserimento del dolore nei programmi formativi sull’emergenza rivolti agli operatori dei Pronto soccorso in collaborazione con l’Università di Harvard e ai servizi di emergenza 118;
- progetto formativo sul dolore in pediatria con il coordinamento dell’AOU Meyer che coinvolge tutte le unità operative pediatriche della Toscana e i Pediatri di libera scelta.

164

Per quanto riguarda il monitoraggio dei risultati sul consumo dei farmaci oppiacei in termini di dosi giornaliere x 1000 abitanti (DDD), il consumo della Toscana di tali farmaci oppiacei è in forte crescita ed è più del doppio del consumo nazionale ma la morfina rimane stabile; il flusso è fornito dal Progetto SFERA relativamente alla distribuzione da parte delle farmacie territoriali ed è in corso l’organizzazione del flusso da parte delle farmacie ospedaliere.

Per quanto riguarda la misura del dolore, i primi dati sono stati forniti da una rilevazione dell’Istituto S. Anna con un’indagine di soddisfazione dell’utenza e si sta attuando un’indagine epidemiologica in collaborazione con l’Agenzia regionale della Sanità.

Emerge la difficoltà di sviluppare in ogni reparto protocolli specifici di intervento e permangono i pregiudizi sull’uso della Morfina.

Anche la diffusione della cultura del dolore sul territorio, presenta delle difficoltà, ancora stenta a svilupparsi una rete come quella ospedaliera, nonostante siano cominciate le collaborazioni fra i COSD e i medici e gli infermieri del territorio.

Obiettivi specifici

- Adottare la definizione del dolore come “quinto parametro vitale”;
- promuovere in tutti i settori la cultura dell’attenzione e della cura del dolore;
- elaborare protocolli per il trattamento del dolore, affinché in ogni reparto sia resa più facile l’autonomia del personale infermieristico;
- continuare la formazione in stretta collaborazione con l’Università, focalizzando l’attenzione sull’uso degli oppiacei;
- favorire la continuità fra ospedale e territorio per il trattamento del dolore con l’adozione di linee guida per l’organizzazione di rapporti strutturati tra COSD e assistenza territoriale;
- formalizzare la struttura della rete di cure palliative pediatriche (meglio specificata successivamente);
- migliorare la qualità dell’assistenza di fine vita;
- introdurre la sedazione in tutte le procedure dolorose, in particolare in ambito gastro–enterologico, urologico e nell’emergenza–urgenza;
- potenziamento dell’attività epidemiologica.

Strumenti

- Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore, istituita con DLB n.1075 del 25/10/2004 per promuovere e coordinare le attività collegate alla lotta al dolore con il compito di monitorare l'andamento degli indicatori previsti dal PSR a livello regionale;
- dipartimenti di area vasta sul dolore e le cure palliative con la funzione di riferimento tecnico professionale nell'ambito della terapia del dolore e delle cure palliative per il territorio di pertinenza e di coordinamento sia a dimensione di area vasta che inter area vasta soprattutto per la definizione di linee guida e per la formazione degli operatori;
- comitato ospedale senza dolore, trasformato in Comitato ospedale e territorio senza dolore (COTSD) per promuovere la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del dolore all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere e con il territorio.

Indirizzi per la definizione degli indicatori

La giunta definisce gli indicatori per la verifica degli interventi volti al controllo del dolore secondo i sottoriportati criteri:

1. il consumo dei farmaci oppiacei in Toscana (2.72 DDDx1000 abitanti) si situa intorno agli standard europei (2.5 DDDx1000 abitanti) pertanto sarà necessario mantenere il trend, mentre il consumo della morfina deve essere incrementato dato che lo standard europeo (1.5 DDDx1000 abitanti) è molto lontano dall'attuale media regionale (0.08 DDDx1000 abitanti);
2. rilevazione della misura del dolore;
3. gli ospedali toscani offrono la partoanalgesia in modo disomogeneo; l'area vasta centro in media fa il 5% dei parti in analgesia sul totale di parti/anno, l'area vasta nord-ovest intorno al 20%, l'area vasta sud-est intorno al 6.5%. Lo standard europeo è considerato intorno al 20%, gli ospedali sopra i 1000 parti/anno dovranno raggiungere questo standard nel triennio;
4. per trattare il dolore da procedura, le aziende dovranno elaborare dei protocolli in gastroenterologia, urologia ed emergenza urgenza che preveda l'uso della sedazione nelle procedure dolorose;
5. luogo del decesso dei malati terminali. È fortemente influenzato oltre che dai servizi offerti per le cure di fine vita anche da fattori culturali e di accesso ai servizi. L'obiettivo è quindi, tenendo conto dello storico specifico per area, la progressiva riduzione della permanenza in ospedale nella fase finale della vita;
6. numero di giorni in ospedale e accessi al PS nell'ultimo mese di vita dei malati terminali. Il numero di giorni passati in ospedale, come il numero di accessi al PS nell'ultimo mese di vita, è legato, secondo criteri internazionali, all'offerta di specifiche cure di fine vita. Per entrambi l'obiettivo è costituito da una diminuzione di tali eventi attraverso lo sviluppo dei servizi territoriali.

165

Attori da coinvolgere

Le aziende sanitarie, le Università Toscane, il Coordinamento dei Comitati Ospedale Senza Dolore, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Ordine degli infermieri e degli psicologi, la Commissione regionale di bioetica, rappresentanti dei cittadini, l'Agenzia Regionale di Sanità e l'Istituto Toscano Tumori.

6.4 L'Odontoiatria: un percorso sostenibile

A fronte di un miglioramento del quadro epidemiologico circa la prevalenza della carie in età pediatrica e nel giovane adulto dovuto anche alla promozione di stili di vita corretti si osserva la marginalità del sistema pubblico per quanto attiene alle attività terapeutico assistenziali.

Obiettivo a)

Nella finalità di individuare le azioni appropriate per il perseguimento dell'obiettivo a) nell'anno 2005 è stata condotta una indagine epidemiologica sui bambini toscani appartenenti alle classi di età di 4, 6 e 12 anni. L'indagine, condotta su un campione, scelto casualmente e rappresentativo di tutte le province toscane, per un totale di 4.790 bambini, ha rilevato l'indice di DMFT (n° elementi cariati, mancanti per carie e curati/otturati) e l'indice di CPITN (necessità terapeutica della patologia parodontale).

Dallo studio effettuato risulta uno stato di salute orale dei bambini toscani così rappresentato:

classi di età	indice
4 anni 75% esenti da carie	DMFT =0,8
6 anni 90% esenti da carie	DMFT =0,1
12 anni 52% esenti da carie	DMFT =1,4

L'indagine epidemiologica è stata compiuta dal centro di collaborazione OMS e l'odontoiatria di comunità dell'Università di Milano unitamente all'Università di Sassari in collaborazione con le tre Università toscane.

Conseguentemente allo studio condotto è stato deciso di intervenire sulla classe di età di 4 e 6/7 anni, le azioni scelte sono di seguito riportate:

1. potenziamento degli interventi di promozione della salute orale nelle scuole per la classe di età di quattro anni. A tal fine è stato fatto specifico accordo con l'ufficio scolastico regionale e sono stati coinvolti i Pediatri di Libera Scelta
2. erogazione di visita e applicazione di sigillanti sui primi molari permanenti da erogarsi gratuitamente ai bambini che hanno compiuto 7 anni di età . La realizzazione di questo intervento è reso possibile da un accordo con l'associazione maggiormente rappresentativa dei professionisti odontoiatri privati (ANDI) (cfr. DGR 332/2006)

Obiettivo b)

Le azioni sono state:

- indagine epidemiologica su circa 600 soggetti anziani (50 per ogni AUSL) in RSA;
- erogazione di protesi gratuite a soggetti ultrasessantacinquenni con ISEE < 7.500 euro, in condizioni di disagio sociale. Le protesi gratuite erogate, ad oggi, sono circa 800.

La realizzazione di questo obiettivo, senza risorse aggiuntive da parte della regione, è stato reso possibile, grazie ad un accordo siglato con le rappresentanze sindacali degli odontotecnici nel quale si prevede la fornitura del 15% di materiale gratuito, sul volume complessivo dell'attività erogata dal laboratorio per conto dell'Azienda USL.

Obiettivo c)

L'ampliamento della rete di offerta è stato realizzato promuovendo il coinvolgimento del privato nella erogazione di prestazioni per conto del SSR. Le azioni sono state:

1. ridefinizione delle tariffe delle prestazioni odontoiatriche presenti nel nomenclatore tariffario regionale;
2. promozione di accordi tra Aziende USL e professionisti privati, sulle prestazioni del livello di assistenza erogate a completo pagamento da parte dell'utente.

Questi particolari accordi, (cfr. DGR 861/2005) che consentono a professionisti privati di erogare prestazioni in nome e per conto del SSR, a completo pagamento dell'utente ma con tariffe comunque calmierate rispetto al mercato, con ovvi vantaggi per i cittadini e con nessun onere a carico dell'Azienda USL, nonostante l'adesione di soggetti privati, poche Aziende li hanno resi operativi (l'Azienda USL 10 di Firenze, l'Azienda USL 11 di Empoli e l'Azienda USL 4 di Prato).

Il processo può dirsi avviato a livello regionale anche se con differenziazioni tra azienda ed azienda. Anche in questo caso appare abbastanza evidente la difficoltà di monitorare l'andamento del progetto per i tempi necessari alla acquisizione dei dati.

Per il periodo del presente Piano si prevede il consolidamento degli obiettivi:

- a) prevenzione rivolta ai soggetti in età evolutiva;
- b) tutela degli anziani fragili;
- c) revisione annuale della soglia ISE per l'erogazione di protesi gratuite ai soggetti ultrasessantacinquenni in condizione di disagio sociale;
- d) facilitazione all'accesso alle cure odontoiatriche con azioni di potenziamento della rete di offerta attraverso sinergie con i soggetti privati, anche con specifiche campagne di informazione promosse dalle aziende sanitarie a partire dai CUP;
- e) completamento del percorso per la fornitura delle prestazioni odontoiatriche nelle strutture pubbliche, con pagamento a carico dell'utente delle tariffe di cui al nomenclatore regionale;
- f) sviluppo dei protocolli assistenziali ed operativi attraverso la costituzione di apposita commissione di esperti;
- g) promozione del ruolo degli igienisti dentali nell'ambito del servizio pubblico.

6.5 Nascere in Toscana

Nell'ambito della medicina predittiva prenatale nel corso del PSR 2005–2007 la DGR 147/2007 ha approvato il parere n. 40/2006 del CSR definendo:

- a) “Il nuovo protocollo regionale di accesso agli esami strumentali e di laboratorio per la gravidanza fisiologica”;
- b) “Test di screening prenatale della Sindrome di Down: valutazioni e indicazioni”.

Inoltre la DGR 284/2007 ha finanziato un percorso formativo teorico–pratico finalizzato all'accreditamento di professionisti presso la Fetal Medicine Foundation di Londra per l'esecuzione dello screening ecografico della sindrome di Down nel I trimestre di gravidanza con il tramite delle Aziende Ospedaliere Universitarie Toscane.

È stato costituito un gruppo di lavoro presso il CSR per monitorare le azioni intraprese e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Inoltre, nella prospettiva della costituzione di un registro regionale dei difetti congeniti è stato attivato un sistema di rilevazione dei difetti congeniti. Tale rilevazione è gestita per conto della Regione Toscana dalla Fondazione CNR - Regione Toscana “Gabriele Monasterio” è finalizzata a valutare l'andamento temporale e territoriale dei fenomeni connessi alla diagnosi prenatale e ai difetti congeniti. La rilevazione dei difetti congeniti è prevista dal programma statistico regionale ed è stata inserita, su proposta della Regione Toscana, nel programma statistico nazionale. Si veda a tal proposito quanto precisato nel paragrafo 5.5.2.5.

Nel corso della vigenza del Piano e sulla scorta delle azioni intraprese nel triennio precedente si rileva la necessità di migliorare alcuni punti del sistema ed in particolare:

- un aggiornamento del libretto ricettario della gravidanza fisiologica;
- un miglioramento dell'efficacia del complesso diagnostico prenatale;
- un progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive estese alla totalità delle gravidanze;
- la definizione di protocolli e procedure condivise all'interno dei presidi assistenziali e tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali per la continuità assistenziale e per migliorare l'uniformità e l'interconnessione tra i vari nodi del sistema.

Tra le linee di sviluppo per il triennio legate al Progetto Obiettivo “Assistenza Materno Infantile” inoltre si punta al potenziamento degli interventi di prevenzione con particolare riferimento a:

- diagnosi precoce dei difetti congeniti;
- accessibilità degli accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica;
- prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e delle prematurità;

- assunzione di interventi necessari per la prevenzione della SIDS.

Per quanto riguarda gli obiettivi si rinvia a quanto già descritto nel paragrafo 5.5.2.5.

6.6 Il percorso organizzativo “Artroprotesi dell’anca – Ortopedia chirurgica” come modello di programmazione e governo clinico

Il bisogno assistenziale in questo settore è destinato a crescere nei prossimi anni: la letteratura scientifica stima probabile un aumento del 100% di interventi di artroprotesi dell’anca entro gli anni 2025–30, a fronte di una tendenza, sempre più evidente, alla diminuzione del trend di ospedalizzazione per altre patologie.

Trattamento 8151: fabbisogno e sua copertura (fabbisogno calcolato su 14 interventi per 10.000 ab.)					
Popolazione Toscana	Fabbisogno trattamenti 8151	Totale artroprotesi 8151	Differenza tra fabbisogno e totale 8151 effettuati	8151 da aziende toscane	Diff. tra fabbisogno 8151 ed erogato da strutture toscane
3.547.604	4.967	4.202	-765	3.926	-1.041

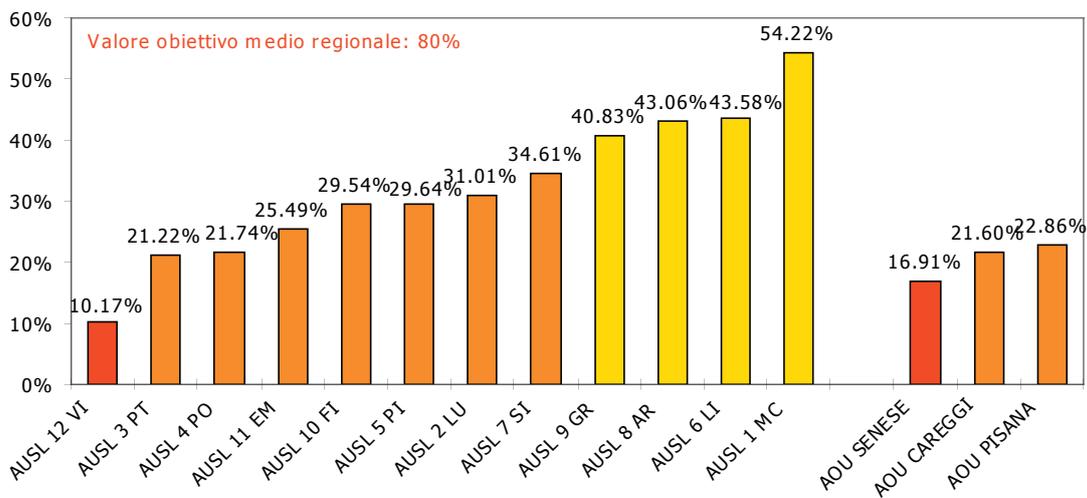
Obiettivi del progetto

- Contenere il tempo massimo di attesa per le artroprotesi di anca in elezione entro 6 mesi;
- contenere il tempo massimo di attesa tra ricovero e intervento per interventi di Endoprotesi da frattura entro 24 ÷ 48 ore, con standard tendenziale pari a 24 ore;
- garantire la continuità assistenziale del percorso riabilitativo post intervento, nelle modalità organizzative appropriate;
- consolidare il progetto ‘Registro intervento di protesi d’anca’ quale strumento culturale, tecnico e informativo di supporto agli obiettivi organizzativi già definiti.

168

Risultati

Il grafico seguente riporta i risultati per Azienda relativi all’obiettivo di contenimento della degenza pre-operatoria.



Legenda

Numeratore: N. interventi per endoprotesi dell’anca con durata di degenza tra l’ammissione e l’intervento ≤ 2 giorni (ICD 9–CM 81.52)

Denominatore: N. interventi per endoprotesi dell’anca (ICD 9–CM 81.52)

Conclusioni

- Il sistema produttivo chirurgico presenta ancora aree di criticità relative all'offerta;
- è necessario un miglioramento del modello organizzativo, anche rispetto alla risposta all'urgenza;
- si osserva una difficoltà ad assicurare la continuità dell'assistenza e della risposta al bisogno post acuto (difficoltà nel percorso riabilitativo).

Fattori di successo

La riflessione sulle criticità evidenziate ha consentito di elaborare un progetto alternativo.

- *Fast-recovery* per intervento di protesi d'anca in elezione; 5/6 giorni di ricovero e successiva fase di riabilitazione, anche con modelli riabilitativi residenziali, ambulatoriali e domiciliari, oltre il ricovero ospedaliero;
- centri d'area vasta dedicati per gli interventi di protesi di anca con offerta riabilitativa in continuità anche strutturale;
- separazione organizzativa e strutturale dei percorsi in elezione ed in urgenza in area chirurgica nei presidi di riferimento.

6.7 Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero

Il progetto speciale di interesse regionale "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliero" prevedeva azioni di sviluppo correlate ad un percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso, all'ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso ed all'elaborazione di un'ipotesi di assetto organizzativo di Trauma Center per la Regione Toscana.

In particolare si poneva i seguenti obiettivi:

- Percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso:
 - a) ricondurre il Pronto Soccorso alla propria funzione;
 - b) diminuire le attese per i codici di bassa priorità.
- Ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso:
 - a) implementazione della rete di elisuperfici a supporto del servizio regionale di elisoccorso, tramite l'individuazione degli interventi da realizzare, rivolti a destinazioni sanitarie o a comunità isolate;
 - b) valutazione dell'attività svolta dal servizio regionale di elisoccorso, anche al fine dell'estensione del volo notturno;
 - c) sviluppo di un'eventuale ipotesi di gestione alternativa del servizio regionale di elisoccorso.
- Elaborazione di un modello organizzativo possibile per l'intervento sanitario sui Traumi Maggiori.

Azioni intraprese nel triennio 2005-2007

- Percorso di appropriatezza per il Pronto Soccorso

Al fine di contribuire a ricondurre il Pronto Soccorso alla funzione propria, che è quella di garantire l'emergenza-urgenza ed il ricovero appropriato, sono state attivati alcuni percorsi dedicati alle urgenze minori:

1. nei P.S. di tutte le ASL e AOU hanno funzionato percorsi riservati ai "codici minori", che sono riusciti a ridurre le attese e i tempi di permanenza, sia pure in misura inferiore a quella prevista.

Criticità

Lo sviluppo dell'area dei codici minori non è stato adeguato per continuità ed efficienza, sia per la carenza di personale che per l'insufficiente apporto della diagnostica strumentale, la quale, soprattutto quando unica per tutto l'Ospedale, non può che seguire i tempi dettati dalle priorità cliniche. Si ricorda che molti accessi classificati come codici minori sono determinati da traumatologia minore, per la quale è necessario, in diversi casi, una fase di diagnosi radiologica. Il potenziamento dei Servizi radiologici può pertanto migliorare gli attuali tempi di attesa e permanenza, così come previsto nel paragrafo 4.2.2.

2. Nel territorio è stato avviato un processo di riorganizzazione dei Punti di Primo Soccorso nell'ambito della rete delle postazioni di emergenza sanitaria territoriale.

Con deliberazione G.R. n. 507 del 9 luglio 2007 sono state impartite direttive alle Aziende UU.SS.LL. in merito a:

- criteri per l'individuazione di Punti di Primo Soccorso nell'ambito delle postazioni 118;
- patologie trattabili nei Punti di Primo Soccorso;
- modalità di accesso da parte dell'utenza;
- requisiti minimi strutturali e strumentali dei Punti di Primo Soccorso.

Ciò al fine di rendere uniforme l'attività di primo soccorso nell'ambito della rete regionale delle postazioni 118 e procedere ad un'implementazione della rete di tali presidi territoriali, nei quali l'utenza può ottenere gratuitamente l'erogazione delle prestazioni – acute, ma di bassa complessità – stabilite.

Criticità

Essendo trascorso un tempo eccessivamente breve dalla definizione delle direttive regionali, non è possibile allo stato attuale valutare eventuali criticità correlate.

- Ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso:

a) implementazione della rete di elisuperfici a supporto del servizio regionale di elisoccorso, tramite l'individuazione degli interventi da realizzare, rivolti a destinazioni sanitarie o a comunità isolate.

Con deliberazioni G.R. n. 1209 del 12/12/05 e n. 927 del 11/12/2006 si è preso atto positivamente delle proposte tecniche ed economiche sull'ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso in relazione alla rete di elisuperfici presentate dalle Aziende UU.SS.LL. n. 1 di Massa e Carrara, n. 9 di Grosseto e n. 10 di Firenze, sedi di elibase, riferite al triennio 2005–2007.

La Giunta regionale ha individuato circa nr. 45 interventi da realizzare, ritenuti prioritari, riferiti a destinazioni sanitarie e comunità isolate o Isole dell'Arcipelago toscano.

Con atti dirigenziali si è provveduto ad assumere gli impegni di spesa per il finanziamento delle elisuperfici ritenute prioritarie nel triennio.

Criticità

La realizzazione di dette infrastrutture è avvenuta e sta avvenendo con una tempistica che, molto spesso, supera le aspettative. Questo è dovuto principalmente alla difficoltà correlata all'individuazione delle aree, nonché alla acquisizione delle necessarie autorizzazioni aeronautiche da parte dell'Ente preposto, ENAC, una volta realizzate tali opere.

Sarà pertanto necessaria la definizione di un "progetto tipo" riferito alla realizzazione delle elisuperfici, in particolare relativo a tempi di esecuzione e autorizzazione, così come previsto nel paragrafo 5.4.1..

Sarà altresì necessario seguire puntualmente lo stato di avanzamento della realizzazione delle infrastrutture ritenute prioritarie, continuando nell'azione di monitoraggio, già intrapresa.

b) valutazione dell'attività svolta dal servizio regionale di elisoccorso, anche al fine dell'estensione del volo notturno.

Dall'esame dei dati di attività delle basi si è ritenuto, nel triennio, di non prevedere l'estensione del volo notturno ad ulteriori elibasi, oltre a quella di Grosseto, già in attività dal 15/6/2001.

c) sviluppo di un'eventuale ipotesi di gestione alternativa del servizio regionale di elisoccorso.

Il CTP ha costituito un apposito gruppo di lavoro, formato da rappresentanti delle Direzioni Generali Diritto alla Salute, Sviluppo Economico, Presidenza e Bilancio e Finanze, al fine di valutare la fattibilità giuridica ed amministrativa di un'ipotesi alternativa all'affidamento complessivo del servizio, che potesse prefigurare anche soluzioni miste per la fornitura degli aeromobili necessari, del personale e dei supporti. Data la complessità dell'argomento, correlata ad un quadro normativo articolato, il gruppo di lavoro ha ritenuto non fattibile tale gestione alternativa del servizio e si è pertanto deciso di gestire il servizio di elisoccorso mediante affidamento complessivo tramite gara pubblica europea, con l'applicazione delle normative che disciplinano gli appalti pubblici di servizi.

- Elaborazione di un modello organizzativo possibile per l'intervento sanitario sui Traumi Maggiori:

È opinione condivisa che la rete del trauma abbia, nel triennio di vigenza del Piano 2005–2007, raggiunto punti di grande qualificazione sulla base dei tre obiettivi basilari che il Piano stesso indicava:

1. un sistema preospedaliero, tale da assicurare una base di soccorso qualificata sul piano operativo per la fase di primo inquadramento e supporto alle funzioni vitali. Questo si è ottenuto partendo dalle già sperimentate e collaudate attività dei medici addetti all'emergenza. Si deve ricordare l'implementazione culturale ottenuta attraverso il "progetto Harvard", che prevede, entro il 2008, una certificazione di tutto il personale medico operativo sia nella fase intra- che extra- ospedaliera. È necessario a questo punto prevedere anche la crescita culturale del personale infermieristico, fino ad oggi non coinvolto, attivando modelli formativi ormai verificati, quali quello adottato per la formazione del personale medico. Questo al fine di ottenere un'equipe medico infermieristica coordinata sui medesimi piani culturali ed operativi, in cui la professionalità del medico e dell'infermiere si fondono e si integrano. Una particolare attenzione dovrà essere rivolta all'analisi dello scenario del trauma, così importante da condizionare, al di là della clinica, l'orientamento per la scelta del Presidio di riferimento;
2. un trasporto rapido e protetto fino al Presidio Ospedaliero non più vicino, ma il più adeguato. I medici e gli infermieri dell'Emergenza territoriale hanno raggiunto quest'obiettivo attraverso una corretta gestione del trasporto sanitario. Un'ulteriore fase di sviluppo sarà correlata all'identificazione dei Trauma Center ed alla loro possibilità di assolvere ai compiti non eseguibili presso i Centri Spoke;
3. una risposta di più professionalità specialistiche che sappiano lavorare in equipe. Quest'obiettivo è stato raggiunto nei Centri Spoke, in cui la collaudata interazione fra il medico dell'emergenza, l'anestesista-rianimatore ed il chirurgo generale ha consentito il raggiungimento di uno standard di efficienza ed efficacia, che non ha indotto ad alcuna valutazione critica. Analoga sinergia sarà necessaria per coordinare le complesse professionalità esistenti nei Centri HUB, soprattutto per quanto attiene alle mutate filosofie di assistenza del Trauma Maggiore ed alle diverse offerte di assistenza specialistica.

171

6.8 Le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale

Nel corso del triennio 2005–2007 sono state sperimentate in Toscana nuove forme organizzative dei MMG convenzionati definite Unità di Cure Primarie (U.C.P.).

Con la Delibera n. 198/2006 sono stati definiti i criteri per l'avvio della sperimentazione delle U.C.P. ed il relativo budget.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano sono stati avviati e finanziati 17 progetti che hanno interessato 10 aziende Sanitarie con il coinvolgimento di circa 240.000 utenti.

Tutte le sperimentazioni finanziate hanno attivato:

- la rete informatica fra gli studi medici con un server centrale nella sede principale;
- la condivisione delle cartelle cliniche tra i medici di assistenza primaria;
- il servizio di prenotazione CUP.

L'attività diagnostica effettuata nell'ambito delle sperimentazioni ha riguardato:

Controllo glicemia	90%
Terapia anticoagulante orale – TAO	70%
E.C.G.	60%
Pap Test	45%

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per i cronici attuati riguardano prioritariamente:

Diabete	60%
Ipertensione	35%
Cure palliative e ictus	30%
Fratture del femore	20%
Altri PDTA (TAO, Scompenso, Obesità, glaucoma ecc.)	< 20%

Inoltre sono attivati progetti relativi a:

- 172
- interventi definiti di concerto con le Società della Salute;
 - interventi di che hanno visto il coinvolgimento delle associazioni di volontariato;
 - programmi di educazione alla salute della popolazione afferente alla UCP;
 - accordi con le Aziende sanitarie per le priorità nelle visite specialistiche;
 - attività di primo soccorso.

CRITICITÀ DEI RISULTATI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Dai dati di monitoraggio delle U.C.P. emerge la non completa integrazione nella sperimentazioni tra i medici dell'assistenza primaria e quelli della continuità assistenziale (11 sperimentazioni su 17 prevedono il collegamento tra le due figure professionali); analogamente con l'attività specialistica (solo 5 sperimentazioni su 17 prevedono il collegamento). Margini di miglioramento vengono rilevati per quanto attiene all'aspetto informatico, nonché alla integrazione con i servizi sociali.

Per quanto attiene agli obiettivi di sviluppo delle UCP, si rimanda allo specifico paragrafo 5.3.1.

6.9 Visite specialistiche: un obiettivo di qualità

Nel contesto regionale, circa il 60% dei nostri cittadini, oltre i diciotto anni di età, accede mediamente ogni anno ad una visita specialistica; particolare significativo, meno della metà dei cittadini toscani, che ha fatto ricorso al medico specialista, si è rivolta al servizio pubblico, l'altra metà ha soddisfatto il proprio bisogno con modalità private.

L' "Indagine sulla percezione della qualità dei servizi sanitari in Toscana che ha preso in considerazione l'accessibilità a specifici servizi sanitari, la cui funzionalità è particolarmente sentita dalla popolazione, evidenzia che la percentuale dei cittadini toscani "molto o abbastanza soddisfatti" dei servizi offerti, per la specifica tipologia "assistenza specialistica", è la più bassa delle percentuali registrate tra tutte le altre tipologie di servizi, attestandosi su un indice di soddisfazione, pari al 64,6%.

Il grado di soddisfazione analiticamente valutato sugli aspetti specifici, costitutivi il giudizio complessivo, quali l'accessibilità, la competenza, la cortesia dei sanitari, il comfort ambientale, rileva l'elemento

accessibilità, in particolare il tempo di attesa, come il fattore con il più alto grado di insoddisfazione, il cui insuccesso determina, di fatto, il basso valore dell'indice di soddisfazione per la tipologia "assistenza specialistica", poco lusinghiero in confronto agli indici espressi dagli altri servizi indagati: medico curante, ricovero ospedaliero.

La particolare attenzione rivolta alla visita specialistica nel complesso delle prestazioni che costituiscono l'offerta specialistica ambulatoriale discende dalla funzione peculiare che la prestazione "visita specialistica" svolge nel percorso assistenziale del cittadino: la prestazione diagnostico strumentale e la visita specialistica hanno, infatti, un diverso valore aggiunto per la definizione del quadro clinico e l'organizzazione di un percorso diagnostico appropriato. La prestazione diagnostico strumentale, di norma, è necessaria al medico di medicina generale o ad altro professionista, come elemento integrativo, confermativo o esclusivo di una situazione o quadro clinico che il professionista, di fatto, ritiene di poter autonomamente gestire, diversamente dalle condizioni cliniche in cui ritiene necessario integrare le sue conoscenze con una competenza specialistica che, per questo, deve essere accessibile con tempi adeguati e certi.

Da qui un progetto ed un obiettivo di interesse regionale che assumendo come principio che l'efficacia delle cure è strettamente correlata al tempo entro il quale la cura viene effettuata rende disponibile congiuntamente al professionista i tre elementi che definiscono l'appropriatezza delle cure: cosa, dove, quando fare.

Quando fare: le visite specialistiche di maggior rilevanza, visita cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica e otorinolaringoiatrica devono essere disponibili, almeno in uno dei punti di erogazione presenti nel territorio aziendale, entro un tempo massimo di attesa di quindici giorni.

I risultati ottenuti sono lusinghieri rispetto all'obiettivo anche considerando che il sistema Cup toscano non differenzia le prime visite dalle visite di follow up o seconde visite, considerando la visita specialistica un indistinto universo, con conseguente sottodimensionamento del reale risultato conseguito.

Le criticità riscontrate possono, invece, riassumersi nelle seguenti considerazioni.

Il concetto di prima disponibilità utile, visita specialistica comunque disponibile in almeno un punto di erogazione nell'intero territorio aziendale, condiziona in parte il diritto del cittadino rispetto al principio di accessibilità, condizionandolo alla distribuzione geografica della risposta nel territorio.

Questo obiettivo promuove, affidandone il raggiungimento alle aziende piuttosto che ai professionisti, un concetto di tempo massimo di attesa come un diritto di cittadinanza piuttosto che esigenza sanitaria. Il concetto di prima disponibilità, comunque utile a soddisfare il diritto del cittadino, ha diminuito la criticità legata all'offerta, pur rimanendo ancora da migliorare gli aspetti di accessibilità.

Una sintesi conclusiva

Il tema dei tempi di attesa è un indicatore di qualità del sistema sanitario.

L'obiettivo è stato raggiunto con percentuali di successo: oltre il 90-95% delle visite previste è stato effettuato entro il tempo massimo di 15 giorni.

L'introduzione dell'indennizzo, bonum di 25 euro, in caso di mancato rispetto del tempo massimo di attesa ha reso concreto nel cittadino un diritto precedentemente percepito astratto.

Il servizio sanitario recepisce il tempo massimo di attesa come un dovere istituzionale, ed organizza adeguatamente l'offerta, per rispondere in tempi adeguati al bisogno di salute espresso dal cittadino anche per non incorrere in eccessive penalizzazioni finanziarie.

È necessario trasformare, con iniziative adeguate, le criticità precedentemente definite in punti di forza e di crescita del sistema.

La Giunta definirà con propri atti, entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente Piano e previo confronto con i soggetti e le parti coinvolte, le modalità di estensione ad altre specialità dell'impegno ad erogare la visita specialistica entro 15 giorni e gli impegni da assumere per la parte diagnostico strumentale.

6.10 Alimentazione e salute

Il Progetto speciale "Alimentazione e salute" affronta un problema emergente ed estremamente preoccupante: quello dei disturbi e delle malattie connesse con l'alimentazione, sia di origine psicogena (DCA), sia secondarie a modalità di alimentazione e a stili di vita abnormi. Prevede la realizzazione di percorsi

integrati e completi per la sorveglianza, la prevenzione e la cura di tali patologie, punto focale è stata l'elaborazione di linee di indirizzo regionali per uniformare le varie attività e garantire percorsi assistenziali adeguati e omogenei sul territorio regionale.

Il progetto si articola come segue:

1) prevenzione e cura dell'obesità

a) Sorveglianza nutrizionale

- attivazione di una rete di sorveglianza regionale in ambito nutrizionale che costituisca un osservatorio del rischio associato alle abitudini alimentari basato su:
 - metodiche standardizzate;
 - raccolta sistematica di informazioni;
 - analisi e interpretazioni delle informazioni;
 - coordinamento delle azioni previste;
 - divulgazione regolare delle informazioni mediante report e bollettini epidemiologici.

b) Promozione di corretti stili di vita, con priorità nell'età infantile, ed in particolare:

- promozione del consumo di frutta, verdura e pesce;
- promozione dell'attività fisica.

c) Definizione di percorsi diagnostici e terapeutici per gli obesi

- Costruire percorsi assistenziali per l'obeso efficaci ed efficienti

174

2) Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.)

a) Sorveglianza epidemiologica e verifica dell'efficacia della rete dei servizi attivati:

- sviluppare la rete di sorveglianza su tutto il territorio regionale;
- coordinamento delle azioni previste a livello di area vasta e regionale;

b) sviluppare azioni di informazione e di educazione alla salute e promuovere attività di prevenzione di salute psichica:

- coordinamento delle azioni a livello aziendale e di area vasta;

c) individuare le fasce di popolazione a rischio;

d) Interventi interdisciplinari integrati fra i diversi servizi dedicati all'infanzia ed adolescenza:

- coordinamento delle azioni a livello di area vasta;

3) Sviluppo della ricerca

a) studio sul consumo di alimenti di produzione locale e/o ottenuti con metodi rispettosi dell'ambiente come determinante di salute;

b) indagini genetiche, biomediche e cliniche sui determinanti predisponenti ai disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), e sui fattori terapeutici specifici.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 279 del 18.4.2006, sono state emanate le linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA (disturbi del comportamento alimentare) e sono pronte per l'approvazione quelle relative alla prevenzione dell'obesità ed al percorso assistenziale per il paziente obeso.

Dall'osservatorio attivato con la predetta deliberazione è emerso che nel 2006 i soggetti gravi affetti da anoressia e bulimia, ricoverati in strutture ospedaliere della Regione Toscana sono stati 522.

Nell'ambito dei DCA è stato avviato un coordinamento delle azioni a livello di Area Vasta per una migliore programmazione degli interventi diretti all'attivazione dei vari livelli di articolazione della rete e per monitorare e valutare l'appropriatezza dei servizi. Una forte attenzione è stata posta alla formazione dei professionisti che si occupano di DCA tenendo conto della necessità di sviluppare competenze specifiche e capacità di lavorare insieme.

Le attività di sorveglianza sono state svolte come da programma sui bambini delle terze elementari e, attraverso il Progetto HBSC dell'OMS, su un campione di soggetti di 11, 13 e 15 anni. I dati estrapolati dalla ricerca "Sorveglianza nutrizionale", che ha studiato le abitudini alimentari di un campione rappresentativo regionale di bambini di 8/9 anni evidenziano che il 25,1% è sovrappeso e l'8,3 è obeso.

Prevalenza di sovrappeso per sesso

			Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%
Sovrappeso + obesi	478	33.4	238	32.8	240	34.0

La tabella di seguito riportata riguarda le frequenze alimentari riferite ai pasti principali. Osservando i dati sui consumi alimentari dei bambini, si nota come pane, pasta e frutta presentino frequenze per "Ogni giorno più di una volta" più elevate, mentre i legumi, il pesce e la verdura sono le meno consumate.

Frequenza di consumo di alimenti da parte dei bambini di III elementare							
	nella settimana ...						
	Ogni giorno più di una volta %	Una volta al giorno ogni giorno %	5-6 giorni a settimana %	2-4 giorni a settimana %	Una volta a settimana %	Meno di una volta a settimana %	Mai
Latte	19.0	37.2	7.0	9.2	7.6	6.1	14.0
Pane	34.2	21.1	10.1	12.7	6.1	6.4	9.5
Pasta	25.1	22.9	14.6	13.1	9.6	6.9	7.8
Legumi	5.3	5.8	7.5	17.2	15.3	15.5	33.3
Salumi	11.3	13.1	14.4	23.2	13.2	11.7	13.2
Pesce	3.8	4.5	5.7	16.2	22.0	19.9	27.9
Formaggi	9.6	10.8	8.8	21.1	15.8	12.7	21.3
Verdure	11.9	9.0	9.5	17.7	12.1	12.8	27.0
Frutta	22.5	15.0	12.1	16.3	10.6	11.7	11.6
Merendine	7.9	11.3	9.9	17.0	11.0	18.1	24.8
S u c c o di frutta	15.7	15.7	10.9	17.2	12.3	11.3	17.0

I dati epidemiologici confermano quanto già emerso in precedenza: un'incidenza crescente dell'obesità già nell'infanzia, che richiede interventi decisi per invertire una tendenza molto preoccupante, individuata dall'OMS come uno dei principali fattori di rischio per la salute degli abitanti dei paesi industrializzati.

CRITICITÀ DEI RISULTATI E NUOVE CRITICITÀ

L'approvazione delle linee di indirizzo, condivise largamente dai vari specialisti coinvolti, apre la strada alla conduzione di azioni coordinate sul territorio. Il passaggio alla fase di realizzazione necessita di fi-

nanziamenti ad hoc, soprattutto per quanto riguarda la creazione di percorsi per il paziente obeso, dal censimento effettuato risultano esserci pochi centri, mal distribuiti e scarsamente collegati fra di loro. Le linee di indirizzo sui DCA, presentate pubblicamente in occasione di un convegno promosso dalla Regione Toscana per i professionisti delle varie Aziende USL, hanno favorito l'integrazione tra soggetti che si occupano della materia e l'avvio di percorsi assistenziali integrati. Resta ancora molto da fare per superare la frammentazione degli interventi e per completare la rete dei servizi in modo da garantire risposte appropriate e continuità dell'assistenza su tutto il territorio regionale. La difficoltà maggiore è organizzare una risposta terapeutica che tenga conto della multidimensionalità dell'intervento (medico/specialistico, psicologico/psichiatrico, dietetico/nutrizionale), per tutto il periodo (spesso prolungato nel tempo) della presa in carico psicoterapeutica dei pazienti.

Gli obiettivi e le attività per il triennio 2008–2010 del presente progetto sono illustrati ai punti 4.3.3.1 e 5.2.4.

6.11 La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti

Il progetto speciale “La salute nei luoghi di lavoro: i rischi emergenti” ha affrontato in modo coordinato aspetti che hanno caratterizzato la sicurezza del lavoro sul territorio toscano. Le azioni di contrasto al lavoro irregolare ed insicuro sono state affrontate nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art.27 D.Lgs. 626/94, concordando con la Direzione Regionale del Lavoro, INPS ed INAIL un programma d'interventi di vigilanza cosiddetta “integrata” nei cantieri edili, che sono iniziati nel 2005 e proseguiti nell'anno 2006, per il quale si prevede un ulteriore sviluppo e potenziamento.

Una delle sfide del sistema sanitario toscano, che risulta essere tra le principali mete dei flussi migratori, riguarda la possibilità di offrire ai cittadini stranieri servizi appropriati e garantire loro pari diritti in termini di salute, con la consapevolezza che il concetto di salute, come quello di rischio e di vulnerabilità psicofisica, sono determinati da fattori culturali e soggettivi, dal gruppo di appartenenza, dalle condizioni economiche, sociali e ambientali, dal livello di istruzione e di integrazione, rispetto ai quali il sistema sanitario riesce ad incidere solo marginalmente. Il bisogno di salute percepito da queste persone è generalmente sbilanciato sulla cura, piuttosto che sulla prevenzione delle malattie e troppo spesso le esigenze di tutela della salute impattano con altre priorità: la difficoltà ad ottenere un regolare permesso di soggiorno, l'emergenza abitativa e quella occupazionale.

Uno specifico progetto formativo a carattere regionale che ha affiancato il progetto per la comunicazione interculturale del dipartimento di prevenzione ed una campagna di comunicazione finalizzata a sensibilizzare i cittadini stranieri sui temi della prevenzione collettiva, ha contribuito a favorire la conoscenza dei contesti di riferimento delle culture di provenienza dei lavoratori stranieri presenti sul territorio toscano.

Il progressivo cambiamento dei rapporti di lavoro e la crescente frammentazione delle tipologie contrattuali hanno profondamente modificato il mercato del lavoro, introducendo nuove variabili nel processo di gestione del rischio lavorativo.

Il lavoro temporaneo, interinale o in affitto, è stato introdotto in Italia con la Legge n. 196 del 24 giugno 1997, il quadro normativo si è completato con la legge delega n. 30/2003; nella definizione di lavoro a breve termine rientrano i lavori interinali, i lavori occasionali, alcune forme di lavoro part-time, i lavori a progetto, i lavori intermittenti, i contratti di apprendistato, le borse di studio, i contratti di inserimento professionali, i lavori stagionali, ecc. Studi specifici sulla condizione di lavoratore a tempo determinato hanno dimostrato che l'aumento del turnover nelle mansioni lavorative espone il lavoratore a maggiori rischi per la salute e la sicurezza, ciò trova riscontro e conferma nell'aumentata incidenza di infortuni sul lavoro per quanto riguarda la categoria dei lavoratori precari. Le possibili spiegazioni di questo aumento sono da ricercare nei frequenti cambi nella tipologia della prestazione lavorativa, che non favoriscono una adeguata formazione ed informazione sui rischi propri della realtà aziendale in cui si trova di volta in volta adibito il lavoratore né un'efficace tutela sanitaria. Tali motivi hanno evidenziato l'esigenza di assicurare tutela a questi lavoratori, nell'ambito dei piani mirati di settore sono stati individuati percorsi informativi e formativi realizzati allo scopo accrescere la conoscenza dei rischi presenti nei luoghi di lavoro. La Regione Toscana ha promosso il piano mirato “Il lavoro atipico: analisi del fenomeno e proposte operative per la tutela della salute dei lavoratori” che ha avuto inizio nel 2003. La conclusione di questo mandato è tuttavia l'inizio di

un nuovo compito del quale la stessa Regione Toscana si farà coordinatrice e che vedrà impegnati i servizi di prevenzione e le forze sociali per giungere alla stesura definitiva di linee guida condivise e concretamente applicabili nei luoghi di lavoro. La divulgazione dell'atto di indirizzo sul rischio psicosociale permetterà di orientare il lavoro dei dipartimenti di prevenzione e stimolare una riflessione comune tra gli operatori, favorendo il confronto e lo scambio di esperienze sul territorio regionale.

I profondi cambiamenti intervenuti nel mercato del lavoro, unitamente alla frammentazione produttiva caratteristica della nostra regione, hanno imposto un ripensamento sui processi di vigilanza e assistenza ed un ri-orientamento dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza del lavoro della Toscana. Ai rischi lavorativi tradizionali, ascrivibili alle specificità dei singoli comparti produttivi, si sono aggiunte fonti di rischio legate alla condizione lavorativa, alle forme di contratto di lavoro e alla dimensione aziendale, inoltre la centralità del singolo lavoratore nel processo di prevenzione delineato dalle norme europee richiede di investire nella formazione scolastica e professionale quale leva importante per promuovere la consapevolezza individuale sui rischi lavorativi e sui comportamenti corretti. Per rispondere a tali esigenze sono stati realizzati due importanti progetti: "Sicurezza in cattedra" e "Scuola sicura". Il primo si configura come la prosecuzione di un progetto realizzato a carattere interregionale che intende promuovere il sistema a rete iniziato con coinvolgimento degli istituti tecnici e professionali e con prospettive di estensione agli altri istituti. Il secondo progetto, Scuola sicura, ha coinvolto la quasi totalità degli Istituti tecnici agrari della Toscana in un percorso di prevenzione in materia di sicurezza e salute in agricoltura e selvicoltura, coinvolgendo tutto il personale del mondo della scuola, dagli insegnanti agli studenti, dai dirigenti scolastici al personale amministrativo e tecnico, con la finalità principale di promuovere la cultura della prevenzione nella scuola, di sensibilizzare i giovani alla percezione dei rischi lavorativi ed alla messa in atto di adeguati comportamenti di autotutela.

In riferimento alle problematiche della sicurezza negli appalti pubblici e privati, la Regione Toscana ha approvato la Legge Regionale n. 38 del 13-07-2007 "Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro". La norma oltre ad affrontare i criteri di aggiudicazione per il superamento del massimo ribasso, chiede alla Giunta di valutare la consistenza degli organici del personale di vigilanza ed ispezione nei luoghi di lavoro presenti in ciascuno dei Dipartimenti di Prevenzione della Aziende USL toscane, al fine di autorizzare eventuali nuove assunzioni per poter raggiungere l'incremento dell'attività di controllo in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro già a partire dall'anno 2008. Prevede anche la presenza di rappresentanze delle organizzazioni sindacali ed imprenditoriali nel Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 27 D.Lgs.626/94, che ha il compito di impartire direttive volte al potenziamento dei controlli alle Aziende USL, definendo priorità, linee e settori di intervento. Il "Patto per la sicurezza e la regolarità del lavoro", definisce l'intesa con enti locali e forze sociali, per la diffusione delle buone pratiche sperimentate in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro; viene richiesta, per lavori di importo superiore a 5 milioni di euro, la sottoscrizione di specifici protocolli tra le stazioni appaltanti, le imprese esecutrici e le forze sociali, finalizzati alla realizzazione di ulteriori misure di tutela della sicurezza e salute dei lavoratori sull'esempio di quanto già fatto per i lavori della tratta ferroviaria alta velocità\alta capacità Firenze - Bologna, per l'adeguamento del tratto autostradale A1 in territorio toscano e per l'edilizia ospedaliera.

In ottemperanza a quanto sopra saranno attivate tutte le azioni necessarie individuando le risorse e specifici tavoli di confronto.

6.12 La sicurezza alimentare

Il Progetto "Sicurezza Alimentare" ha previsto le seguenti azioni strategiche:

Definizione del governo istituzionale del sistema

Con la Delibera n. 412 del 5 giugno 2006 "Istituzione del Comitato Regionale per la Sicurezza Alimentare (C.R.E.S.A.) e della Consulta Regionale per la Sicurezza Alimentare (CO.RE.S.A.)" sono stati creati due organismi di governo del sistema regionale in materia di sicurezza alimentare in particolare il secondo costituisce l'interfaccia relazionale con i consumatori, e le Organizzazioni sindacali e di categoria.

I Comitati stanno operando secondo le seguenti direttrici:

- a) sviluppo delle politiche di semplificazione delle procedure di settore;
- b) definizione di un sistema di comunicazione in caso di allerta alimentari;
- c) definizione di linee guida per i produttori di alimenti.

Il governo tecnico operativo del sistema

Si è realizzato attraverso la definizione di piani di controllo, vigilanza e campionamenti annuali sia per le matrici alimentari che per gli alimenti zootecnici.

È stato avviato con l'IZS un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le analisi di laboratorio con un miglioramento della tempistica sugli alimenti in ingresso nel Porto di Livorno che costituisce per le matrici alimentari uno dei più importanti porti commerciali del Mediterraneo.

Sono stati definiti e approvati dalla Giunta regionale gli indirizzi applicativi dei Regolamenti comunitari del "pacchetto igiene".

Sempre nell'ambito del governo sanitario nel corso del triennio è stata migliorata e consolidata la rete del sistema di allerta regionale nei casi di identificazione di alimenti non conformi.

Il governo informativo – formativo

Sono stati realizzati in collaborazione con ARSIA e la Facoltà di Medicina Veterinaria programmi di formazione rivolti agli operatori sanitari ed in particolare un master sulle metodiche di analisi del rischio.

Un corso specifico sull'impatto delle nuove normative comunitarie per le imprese agricole è stato realizzato formando circa 40 tecnici delle Organizzazioni Agricole.

Dai dati rilevati sui risultati del sistema di sicurezza degli alimenti, si deduce come nella nostra Regione nel corso del periodo di vigenza del Piano si sia confermato e consolidato il trend già avviato a partire dalla metà degli anni '90, di progressiva e costante riduzione dei casi di tossinfezione alimentare.

178

CRITICITÀ DEI RISULTATI E NUOVE CRITICITÀ

La maggioranza degli episodi di tossinfezione è legata all'ambiente familiare (oltre il 45%) ed ad alcune tipologie di pubblici esercizi (circa il 40%). Il controllo degli episodi nella ristorazione collettiva è migliorato nel corso degli ultimi anni; è pertanto necessario intervenire soprattutto nei confronti del consumatore, per renderlo sempre più consapevole delle corrette procedure capaci di prevenire le malattie legate agli alimenti.

Gli obiettivi e le attività per il triennio 2008–2010 del presente progetto sono illustrati al punto 5.2.5.

7. Gli orientamenti per lo sviluppo. Le nuove sfide

7.1 La Formazione

La legge regionale n.40/2005 ha delineato un "sistema formativo regionale" e una "rete formativa regionale". La rete formativa nel prossimo triennio sempre più dovrà raccordarsi con i bisogni di formazione connessi alla pianificazione strategica che il sistema sanitario regionale si è dato con il presente piano. Occorre sempre più sviluppare momenti di confronto e condivisione capaci di assicurare la migliore aderenza fra i bisogni di salute e la programmazione della formazione per tutti i profili professionali dell'area sanitaria e socio-sanitaria.

Occorre una ridefinizione continua dei percorsi di formazione e per l'individuo occorre un processo continuo per ristrutturare e rinnovare le proprie competenze. La corretta rilevazione dei bisogni è una fase propedeutica essenziale alla programmazione delle attività formative, come momento di sintesi tra la formazione necessaria al buon funzionamento dell'organizzazione ed il potenziamento delle singole professionalità presenti all'interno del sistema, nell'ottica di offrire al cittadino servizi sempre migliori.

Uno dei principi fondanti di questo sistema è sicuramente rappresentato dal concetto di continuità formativa (cfr N Engl J Med 2007).

Basata sui principi delle moderne teorie dell'apprendimento, la nozione di continuità formativa riflette il progressivo sviluppo professionale e personale richiesto agli operatori della sanità. Uno senso di "pro-