

ALLEGATO A)**PROGETTO OBIETTIVO TUTELA MATERNO INFANTILE****PERCORSO NASCITA**

Il PSR ha posto tra gli obiettivi operativi della TMI il " Percorso nascita". Si intende per percorso nascita la diffusione in ogni ASL di un modello organizzativo che consenta di prendere in carico la donna in gravidanza ed il neonato unendo all'efficienza del trattamento perinatale il rispetto della fisiologia e dell'ambiente relazionale. Tale obiettivo necessita di un forte contenuto educativo, per operatori ed utenti, relativo all'uso appropriato delle strutture sanitarie in base alla complessità dei bisogni.

Dal punto di vista organizzativo-strutturale, in accordo a quanto previsto dal Decreto ministeriale 24.4.2000 la Regione Piemonte aveva già provveduto ad emanare la D.G.R.6.4.1999 n. 4-27001 relativa alla regolamentazione della fase ospedaliera neonatale del "Percorso Nascita".

Si ribadisce che l'offerta dei servizi ospedalieri ostetrici e pediatrici/neonatologici non può prescindere da un'organizzazione a rete su base regionale o interregionale articolata nei tre livelli previsti, con particolare attenzione alla garanzia di uniformità di livello assistenziale tra U.O. ostetriche e U.O. neonatologiche-pediatriche.

La tutela della salute delle donne gravide che afferiscono a strutture di I o II livello e dei feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore è garantita dall'obbligo dell'ostetrico-ginecologo di guardia di accertare clinicamente e strumentalmente gli elementi di rischio materni e/o fetali che indicano l'opportunità di un trasferimento e dall'efficienza di un servizio di trasporto della gravida.

Per ognuno dei tre livelli assistenziali ospedalieri sopra richiamati, per funzioni e standard di organizzazione strumentale e di personale, si rimanda al Decreto ministeriale 24 aprile 2000, fermo restando che l'individuazione degli stessi rappresenta per le Regioni un indirizzo orientativo da adattare alle proprie esigenze di programmazione sanitaria ed alla Delibera di Consiglio Regionale n. 616-3149 del 22.2.2000 nonché ai provvedimenti annuali relativi ai Piani di attività aziendali.

Si ritiene opportuno assumere gli obiettivi, le azioni e gli indicatori previsti dal citato decreto all'interno delle strategie complessive del percorso nascita regionale i cui obiettivi generali sono dichiarati nel PSR '97-'99 (L.R. 61/97):

- ◇ ridurre la mortalità perinatale nelle sue componenti di
 - mortalità fetale (da ridurre sotto l'attuale 5 per mille)
 - mortalità neonatale (" " " " 4 per mille)
 - mortalità infantile (" " " " 7 per mille)
- ◇ ridurre la mortalità materna
- ◇ ridurre l'incidenza di handicap pre e perinatale e del primo anno di vita
- ◇ promuovere la salute della gravida

- | PERCORSO NASCITA | | |
|---|---|--|
| OBIETTIVI | AZIONI | INDICATORI |
| <ul style="list-style-type: none"> - umanizzazione | <ul style="list-style-type: none"> - Corsi pre-parto - Qualificazione del personale - Presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto - Sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto - Attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino - Rooming-in - Assistenza al puerperio | <ul style="list-style-type: none"> - N° corsi attivati - Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi - N° corsi qualificazione attivati - Percentuale di strutture che hanno attivato percorsi di demedicalizzazione del parto e facilitanti il contatto madre-bambino - Percentuale di parti con presenza di persona indicata dalla donna - Percentuale di strutture dipartimentali che permettono rooming-in |
| <ul style="list-style-type: none"> - Salvaguardia della gravida e del neonato: - Almeno 80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio assistiti al III livello - Riduzione dei Tagli Cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello | <ul style="list-style-type: none"> - Afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute | <ul style="list-style-type: none"> - Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio assistiti al III livello - Percentuale di T.C. per livello - Percentuale di clienti soddisfatti |
| <ul style="list-style-type: none"> - Promozione allattamento al seno: - Incremento, nel corso del triennio, della percentuale di allattamento precoce al seno (entro le 24 ore) - Verifica iniziative di promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il 3° mese | <ul style="list-style-type: none"> - Corsi pre-parto e di assistenza post-nascita - Qualificazione del personale - Attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino | <ul style="list-style-type: none"> - N° corsi attivati - Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi - Percentuali di donne assistite nel post nascita - N° corsi qualificazione attivati - Percentuali di strutture che hanno attivato percorsi - Percentuale di allattamento al seno sul totale dei nati, alla dimissione - Percentuale delle donne che allattano dopo il terzo mese |

—Prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino, della prematurità, delle malformazioni maggiori e delle altre patologie fetali	- Individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno – fetale e neonatale - Registro regionale e nazionale dei neonati con peso estremamente basso - Registro regionale e nazionale per le malformazioni congenite	- Incidenza di patologia materna per livello - Percentuale di servizi che hanno attivato protocolli di diagnosi prenatale e di terapia materno – fetale e neonatale - percentuali di diagnosi e valutazione dei trattamenti prenatali nei casi di grandi ritardi di accrescimento
- Prevenzione secondaria dell'ipotiroidismo congenito e delle malattie su base genetica: Tendenza alla copertura totale dei nuovi nati e follow-up - Dimissioni protette e dimissione precoce - Favorire avvicinamento – contatto puerpera – neonato (anche patologico) - Favorire la sicurezza degli utenti e degli operatori	- Attivazione del registro delle malattie interessate dagli screening neonatali - Attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato - Collegamento funzionale – strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrica-neonatologica: applicazione di norme regionali di indirizzo per l'area ospedaliera materno-infantile miranti a favorire l'integrazione operativa tra U.O.O. Ostetrica e U.O.O. neonatologica-pediatrica soprattutto in fase di riordino-ristrutturazione dei reparti - Adeguamento strutturale al fine di facilitare il rooming-in e l'allattamento al seno - Applicazione legge n. 626/94: piano d'Azienda	- Percentuale di neonati sopravvissuti, degli esiti a distanza, dei pretermine e dei ritardi di crescita - Percentuale di patologie fetali adeguatamente assistite - Percentuale di bambini sottoposti a screening - Percentuale bambini assistiti con terapia - Percentuali di neonati con patologie assistiti a domicilio - Percentuale dei puerperi assistiti a domicilio - percentuale di U.O. ostetriche e neonatologiche/pediatriche integrate - percentuale di mamme che possono stare con il bambino - percentuale di gestanti che hanno avuto accanto la persona di fiducia durante il travaglio-parto - Percentuale di strutture adeguate al rooming-in e

- migliorare la sicurezza in ambiente di lavoro	- Integrazione tra D.P. e area ospedaliera dell'organizzazione dipartimentale attraverso predisposizione piani regionali e aziendali per il controllo e la valutazione periodica dell'efficienza delle attrezzature e loro turnover - Predisporre misure di prevenzione degli incidenti sul lavoro, particolarmente nelle aree di assistenza intensiva - Registro degli incidenti sul lavoro con indicazione delle cause - Rispetto dei piani di emergenza aziendali in rapporto alla normativa ed alle indicazioni regionali	- all'allattamento al seno - percentuale di strutture adeguate alla 626/94 - Percentuali di U.O. che hanno attivato il registro delle attrezzature - Percentuale di apparecchiature sottoposte a valutazione - Percentuale di apparecchiature obsolete o non a norma rimosse - percentuale di incidenti sul lavoro specifici - Percentuali di strutture che hanno piani di emergenza adeguati alla normativa.
---	--	---

IL **PERCORSO NASCITA** va pertanto inteso come **programma coordinato** tra Regione, A.S.L. e D.M.I. delle singole A.S.L. per il perseguimento degli obiettivi di Piano e, localmente come coordinamento degli interventi sanitari, educativi, sociali, che attengono alla gravidanza, parto e perinatalità.

La "**qualità**" deve divenire un obiettivo strategico chiaramente identificato e perseguito da tutte le componenti in causa nel percorso; a tal fine va favorito un sistema per la qualità che sia **progettato, costruito e mantenuto** in modo appropriato secondo il processo di revisione proprio della VRQ:

- 1) identificazione dei problemi
- 2) definizione dei criteri e standard
- 3) conoscenza dei problemi = raccolta dati
- 4) correzione
- 5) verifica dei risultati

In parallelo va favorita e monitorata **l'equità** dell'accesso ai servizi attraverso la promozione di domanda di salute competente e la valutazione della **compliance** del percorso.

Nell'ambito della medicina perinatale è ampiamente dimostrato il maggior contributo alla mortalità e morbidità delle fasce socialmente emarginate, con difficoltà "culturale" di accesso ai servizi relativi. Su questa fetta di popolazione va, in modo particolare, favorito, in stretta collaborazione con i Servizi Sociali, l'informazione ed il monitoraggio della **accessibilità reale** ai servizi.

PROBLEMI prioritari per tutto il territorio regionale:

- A. uniformare l'approccio assistenziale alla gravidanza, parto e neonato fisiologici
- B. aumentare l'umanizzazione e semplificazione delle cure
- C. migliorare l'assistenza ai nati con patologia prevista: ridurre la mortalità dei nati di peso molto basso, estendere il trasporto in utero, aumentare la diffusione della profilassi prenatale del Distress Respiratorio (RDS), terapia adeguata per Toxoplasmosi in gravidanza
- D. identificare le situazioni prenatali e perinatali di vulnerabilità familiare
- E. migliorare l'assistenza alla nascita nella patologia urgente = Rianimazione neonatale primaria
- F. coordinare le attività di assistenza postdimissione al neonato, con particolare riguardo al follow up del nato patologico
- G. realizzare la raccolta dati epidemiologici

CRITERI :

- A. elaborazione di protocolli regionali di assistenza alla gravidanza, parto e neonato fisiologici validati da Consensus Conferences regionali + generalizzazione degli screening neonatali basati su evidenze scientifico-epidemiologiche vagliati attraverso i criteri della EBM e della appropriatezza degli screenings, + sperimentazione dello screening neonatale e percorso di presa in carico per la Fibrosi Cistica + organizzazione in ogni DMI della funzione di diagnostica prenatale in un punto unico ed identificabile
- B. riduzione dell'invasività assistenziale nel parto fisiologico, Rooming-in, dimissioni protette, CTIN aperti + adozione dei criteri OMS per la valutazione delle routines assistenziali perinatali
- C. concentrazione delle nascite con patologia prevista in reparti di livello adeguato; linee guida internazionali per profilassi RDS ; protocollo follow up e terapia per Toxoplasmosi dell'Università di Torino, cattedra di Neonatologia ;
- D. elementi di rischio: monogenitorialità, tossicodipendenza, bassa scolarità, età materna < 20 anni, famiglia numerosa, disoccupazione paterna, immigrazione recente
- E. linee guida di Rianimazione Neonatale Primaria
- F. integrazione tra Pediatria Ospedaliera e Pediatria Territoriale (nelle sue componenti di Pediatria di libera scelta e di Pediatria di Comunità) per la patologia cronica evidente alla nascita e per quella di origine perinatale

- G. accessibilità in tempo reale ai dati epidemiologici perinatali regionali, di DMI, delle TIN

STANDARD:

- A. linee guida SIGO (= Società Italiana Ginecologia Ostetricia) ; SIN (= Società Italiana Neonatologia); Commissione Nazionale assistenza gravidanza, parto e neonato; Decreto Ministero Sanità 10 settembre 1998; Protocollo di sperimentazione regionale screening FC;
- B. presenza di persona di fiducia al parto; confort della sala parto nel rispetto della fisiologica evoluzione della nascita ; neonato sano con la mamma perlomeno 12 ore su 24;
- C. livello accettabile di concentrazione di gravide a rischio di nato con patologia = 80%; profilassi antenatale RDS in almeno 70% dei feti a rischio; identificazione toxoplasmosi prenatale per tutte le gravide, aggiornata al termine di gravidanza per le donne precedentemente recettive;
- D. variabili sociali della zona;
- E. tutti gli operatori di sala parto devono conoscere e sapere applicare i principi della Rianimazione Neonatale ; reperibilità intra-ospedaliera del pediatra 24/24 ore;
- F. dati relativi alla patologia neonatale invalidante disponibili per il Registro di Patologia Cronica Pediatrica , entro il primo anno di vita, per il 90%;
- G. collegamento in rete tra A.S.L. e Regione + adozione Registro screening FC;

CORREZIONE:

- A. CONSENSUS CONFERENCES REGIONALI sulla presa in carico di gravidanza, parto e neonato fisiologici; adozione di linee guida regionali; adozione di libretto regionale per la gravidanza e libretto sanitario pediatrico;
- B. adeguamento della sala-parto e delle modalità assistenziali al parto all' evoluzione fisiologica dell'evento; diffusione del rooming-in in tutti i reparti neonatali; incremento delle dimissioni protette di mamma-neonato; formazione del personale sanitario sulle problematiche relative;
- C. definizione dei livelli assistenziali dei reparti di assistenza perinatale; regionalizzazione dei Centri di Terapia Intensiva Neonatale + definizione dei bacini di utenza ottimali; adozione linee guida internazionali per la profilassi RDS; adozione linee guida dell'Università di Torino, Cattedra di Neonatologia, per la Toxoplasmosi in gravidanza; elaborazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per nati patologici in collegamento con la pediatria di base e la pediatria di comunità;
- D. valorizzazione delle variabili psico-sociali; programmi di presa in carico "personalizzati" con identificazione del case-manager;

- E. formazione degli operatori secondo le linee guida della SIN (Soc. Ital. Neonatologia) *adeguamento degli organici; attivazione della pronta disponibilità pediatrica per ogni parto fino a copertura degli organici;
- F. istituzione della Pediatria di Comunità in ogni A.S.L.; istituzione del Registro di Patologia cronica Pediatrica
- G. istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale come parte integrante dell'Osservatorio per l'Infanzia previsto dalla Legge 23 dicembre 1997 n. 451

L'assistenza alla gravidanza, parto, puerperio e neonato fisiologici deve trovare, nelle singole A.S.L. il punto di equilibrio tra sicurezza, umanità, economicità ed equità.

L'assistenza al feto e al neonato a rischio esige non solo notevoli risorse finanziarie, attrezzature e competenze professionali adeguate, ma anche precisi schemi organizzativi ed un collaudato collegamento tra le strutture ostetrico-neonatologiche di diagnosi e cure coinvolte.

L'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema possono essere compromesse dalla esistenza di uno o più punti deboli della catena. Questi devono essere identificati e consolidati con impiego di metodiche in grado di valutare periodicamente la qualità dell'assistenza fornita e di adeguamento agli standard ritenuti ottimali.

Il monitoraggio dell'efficienza/efficacia della "rete" di DMI, per l'assistenza perinatale, deve essere coordinato dal Responsabile del Percorso, deliberato in ogni A.S.L., attraverso i seguenti indicatori da inviare annualmente alla Direzione Programmazione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte:

- modalità del parto
- n° trasporti in utero .
- n° trasporti neonatali
- n° back transport
- n° nati >37 sett. < 42 sett
- nati con peso neonatle per classi di peso.
- n° nati rianimati in sala parto
- n° nati prematuri
- n° prematuri profilassati per RDS
- mortalità o esiti permanenti per classi di peso
- mortalità o esiti permanenti in trasportati versus nati in sede
- durata della degenza ospedaliera per parto spontaneo e per taglio cesareo
- mortalità materna
- morbidità materna post parto
- mortalità fetale di DMI
- mortalità neonatale di DMI (residenti e secondo luogo dell'evento)
- esiti permanenti di patologia neonatale
- n° nati malformati
- n° nati a rischio sociale
- n° allattamenti al seno alla dimissione dalla maternità
- durata dell'allattamento al seno
- esiti follow up
- appropriatezza dei ricoveri
- gradimento degli utenti

Il monitoraggio della efficacia/efficienza della " rete regionale" sarà effettuato dai competenti uffici regionali, in attesa dell'istituendo Osservatorio minori, sulla base degli indicatori di minima sotto elencati:

- mortalità fetale tardiva regionale
- mortalità neonatale regionale per luogo dell'evento
- mortalità neonatale regionale per residenti
- mortalità infantile per luogo dell'evento
- mortalità infantile per residenti
- mortalità perinatale per classi di peso
- n° trasporti interregionali
- n° ricoveri in CTIN
- costi
- frequenza operatori ai corsi di aggiornamento

ALLEGATO B)**PROGETTO OBIETTIVO TUTELA MATERNO INFANTILE****CONTROLLI DI SALUTE IN ETÀ PEDIATRICA**

Il PSR 97-99 prevede "i bilanci di salute: con particolare riferimento alla nuova convenzione nazionale con i pediatri di base ed all'istituzione di un nuovo libretto sanitario pediatrico regionale, ogni ASL garantisce a tutta la popolazione femminile in corso di gravidanza ed a tutta la popolazione in età pediatrica controlli mirati ed interventi preventivi a cadenze prestabilite, secondo criteri che saranno esplicitati con apposite linee di guida da parte dell'Assessorato alla Sanità."

Rispetto alla patologia pediatrica cronica : *"realizzazione di registri per le malattie croniche pediatriche, gestiti dal dipartimento materno-infantile, allo scopo di programmare interventi efficaci, coerenti con la regionalizzazione di quelli altamente specialistici e con la necessaria integrazione tra Aziende Ospedaliere ed ospedali di rete e tra ospedale e pediatria di libera scelta e di comunità".*

Obiettivo generale

Il Piano Sanitario Regionale nell'ambito della Tutela materno-infantile comprende fra gli obiettivi operativi la promozione attiva dello stato di salute della popolazione pediatrica, garantendo ad ogni bambino il diritto a controlli mirati ed interventi preventivi a cadenze prestabilite.

Obiettivi specifici

1. Incentivare l'allattamento materno, la cui promozione avviene già nell'ambito del percorso nascita e deve completarsi ed essere verificata nel corso dei controlli di salute
2. Raccogliere dati relativi alle malattie croniche rilevanti ed al disagio psicosociale, finalizzati a realizzare registri di patologie ed interventi multidisciplinari attraverso la pediatria di comunità
3. Ridurre l'incidenza di malattie infettive mediante le vaccinazioni, in particolare quelle relative a pertosse, morbillo, rosolia e parotite, utilizzando i controlli di salute come momenti di sensibilizzazione e di verifica
4. Ridurre la mortalità pediatrica attraverso l'informazione sui mezzi di prevenzione delle principali cause di morte infantile (SIDS, incidenti automobilistici, incidenti domestici)
5. Realizzare la prevenzione e la diagnosi precoce, entro il 4° anno, dell'ambliopia, ad evitare un danno irreversibile della funzione visiva.

Strumenti

I controlli di salute in età pediatrica possono essere realizzati attraverso due modalità diverse e complementari:

- 1) gli screening

2) i bilanci di salute

1) Gli screening

I criteri cui devono rispondere gli screening sono: gravità e frequenza della patologia oggetto di screening, conoscenza della storia naturale della malattia; presenza di una fase asintomatica durante cui sia possibile diagnosticarla; disponibilità di un test adeguato; accettabilità da parte della popolazione; esistenza di una terapia efficace in fase presintomatica; buon rapporto costi-benefici; possibilità di governare tutte le fasi dello screening valutandone l'adeguatezza.

Per l'età pediatrica rispondono sicuramente a tali criteri gli screening neonatali per ipotiroidismo e fenilchetonuria, attivati nella nostra Regione fin dal 1976, nonché lo screening per l'ambliopia, da effettuarsi entro il 4° anno di vita. Questa affezione, la cui frequenza attesa in base alla letteratura oscilla tra il 2 ed il 4%, costituisce la causa principale e spesso ignorata, di riduzione del visus nelle prime decadi di vita.

Di conseguenza, in ogni ASL della Regione il DMI dovrà attivare lo screening per l'ambliopia a 3-4 anni di età attraverso la pediatria di comunità, prestando particolare attenzione alla preparazione degli operatori (ortottisti ove possibile, ovvero assistenti sanitari o infermieri professionali), alla predisposizione di un secondo livello oculistico, alla raccolta dei dati e verifica dell'intera procedura; in alternativa, analizzando risorse ed esigenze locali sarà facoltà dei DMI coinvolgere i pediatri di famiglia nella pratica dello screening, quale prestazione extra autorizzata e retribuita come da Convenzione, curando la formazione degli stessi e la disponibilità di strutture e strumenti adeguati.

Lo sviluppo della funzione visiva oltre allo screening per l'ambliopia richiede l'attenzione del pediatra in ciascuna delle tappe previste per i bilanci di salute.

Per la realizzazione di ulteriori screening la cui utilità è ancora in discussione (es. fibrosi cistica, ecografia delle anche, carie, obesità) la stessa dovrà prevedere un confronto con le evidenze scientifiche e un impianto progettuale conforme ai criteri suddetti e valutabile con indicatori specifici.

Per alcuni problemi più tipici dell'età adolescenziale, quali la scoliosi ed il varicocoele, sarà più opportuno programmare controlli nell'ambito dei progetti riguardanti tale fascia di età, eventualmente coinvolgendo anche i medici di medicina generale.

2) I Bilanci di salute (bds)

Sono controlli periodici effettuati secondo i tempi stabiliti dall'Agenda di Salute dalla Nascita all'Adolescenza e basati oltre che sull'esame clinico anche su una valutazione globale dello stato di salute psicofisica.

Essi vanno al di là della sorveglianza sanitaria e devono includere anche aspetti di promozione della salute. Si tratta infatti non solo di prevenire o diagnosticare precocemente determinate patologie, ma di orientare il più positivamente possibile lo sviluppo del bambino e le relazioni familiari soprattutto in alcuni momenti critici della crescita (l'avvio della relazione madre-bambino l'allattamento al seno, lo svezzamento, l'inserimento in comunità, l'ingresso nella scuola) costruendo un rapporto di collaborazione che eviti la dipendenza e stimoli di autonomia.

Sono di competenza specifica dei pediatri di famiglia, poiché presuppongono la conoscenza della storia del bambino e della sua famiglia, devono essere programmati ed effettuati al di fuori delle visite per patologia; benché si tratti di controlli individuali, divengono strumenti di sanità pubblica nel momento in cui entrano a far parte di un sistema di sorveglianza della salute.

I bds devono rappresentare un momento di continuità e d'integrazione rispetto alle cure neonatali, per rendere il pediatra di famiglia fin dall'inizio protagonista della salute del bambino, partecipe di quelle prime settimane di vita fondamentali al consolidarsi dell'allattamento materno ed all'instaurarsi di equilibrati rapporti familiari.

Secondo le disposizioni della DGR n.4-27001 del 6.4.1999, ad evitare inutili e costose sovrapposizioni gli ospedali realizzano attività ambulatoriali per lattanti sani solo nell'ambito di programmi specifici in zone in cui vi sia una prolungata carenza di pediatri di famiglia; i controlli programmati per patologie neonatali dovranno essere realizzati mantenendo una stretta collaborazione coi pediatri di famiglia, che dovrebbe avviarsi tramite contatti diretti fra i medici, prima della dimissione del neonato.

E' compito della pediatria di comunità curare la generalizzazione dei bds, inviando ai pediatri di famiglia quegli assistiti loro sfuggiti e sottoponendo ai bds quei bambini privi per qualunque motivo del pediatra di famiglia.

Pur demandando ai DMI il compito di elaborare modalità d'attuazione e percorsi relativi ai bilanci di salute, allo scopo di permettere un coinvolgimento attivo degli operatori, si ritiene essenziale sottolineare gli obiettivi regionali a riguardo :

- *promozione dell'allattamento al seno* assicurando fin dalle prime settimane un supporto del pediatra di famiglia, per giungere a quel 50% di bambini allattati al seno a 6 mesi suggerito dall'OMS
- *informazione in tema di vaccinazioni*, al fine di generalizzare l'uso dei vaccini raccomandati e raggiungere una copertura vaccinale del 95% per morbillo, rosolia, parotite e pertosse
- *valutazione dello sviluppo neuromotorio e relazionale nel primo anno*, onde ridurre gli effetti invalidanti della patologia neuromotoria dell'età evolutiva (prevalenza attesa in base alla letteratura 0,4-0,7%), e favorire una positiva atmosfera relazionale
- *rilevazione entro il 3° mese della displasia congenita dell'anca* tramite esame clinico e ove necessario strumentale, allo scopo di prevenire la lussazione dell'anca infantile (prev. attesa 0,3%), e probabilmente la coxartrosi dell'adulto
- *rilevazione entro il 18° mese delle sordità medio-gravi* (prev. attesa 0,1%, per diagnosticare tali patologie in tempo utile alla riabilitazione
- *riconoscimento entro il 3° anno dei ritardi mentali* (prev. attesa 0,7-0,8%), onde ridurre la gravità dell'handicap ed attivare precocemente i sostegni sociali e riabilitativi
- *individuazione prima del 4° anno dei disturbi del linguaggio* (prev. attesa 3-5%), a impedire che compromettano le capacità di apprendimento del bambino
- *individuazione dei casi paucisintomatici di malattia celiaca* (prev. attesa 0,3-0,4%), allo scopo anche di prevenire una parte dei tumori intestinali dell'adulto
- *segnalazione delle situazioni di disagio psico-sociale non appena rilevate* alla NPI ed ai servizi sociali, onde prevenire situazioni di incuria e maltrattamento

- *segnalazione delle patologie croniche* alla pediatria di comunità per attivare appositi registri.

La raccolta di dati utilizzabili a fini epidemiologici e valutativi è fondamentale, si concretizza mediante la compilazione delle schede predisposte per ogni bds e contenute nell'Agenda di Salute, per i nati dal 1.1.2000.

Le schede costituiscono la base per il registro di patologie croniche.

Modalità organizzative dei controlli di salute per i DMI

I bilanci di salute e gli screening, cardine dell'integrazione fra i pediatri di famiglia e gli altri specialisti presenti nella strutture aziendali, sono un progetto obiettivo che tutte le ASL devono perseguire.

L'attuazione del progetto obiettivo deve procedere attraverso:

1. la valutazione dei bisogni formativi delle varie figure professionali coinvolte e provvedervi secondo una scala di priorità, integrando le iniziative regionali,
2. il favorire la collaborazione e la conoscenza fra i diversi operatori, organizzando incontri periodici fra pediatri di famiglia, di comunità, ospedalieri e specialisti di altre discipline, al fine di approfondire aspetti culturali ed organizzativi e, attivando strumenti di comunicazione idonei allo scambio di informazioni,
3. l'individuazione e riorganizzazione dei servizi di supporto indispensabili alla realizzazione del progetto obiettivo, formulando proposte atte a colmare eventuali carenze
4. la definizione delle modalità e dei percorsi preferenziali di accesso alle strutture sanitarie, individuando centri di riferimento specifici entro e fuori l'A.R. USL
5. l'attivazione dei flussi informativi adeguati a fotografare la realtà epidemiologica locale, ad inviare i dati richiesti dall'Assessorato regionale, ad attuare un ritorno delle informazioni raccolte ai pediatri, a valutare il raggiungimento degli obiettivi ed a misurare la copertura della popolazione pediatrica con particolare attenzione alle fasce socialmente disagiate.

Raccolta dati

Ogni A.SL attuerà la raccolta dei dati derivanti dai programmi di screening e dai bilanci di salute e la loro trasmissione con cadenza annuale all'Assessorato alla Sanità della Regione.

Tali dati dovranno comprendere:

Tipo di screening effettuati.

Indicatori di processo :

- dimensioni della popolazione bersaglio
- n° sottoposti a screening per l'ambliopia o per altre eventuali patologie
- n° bambini oggetto di bilancio di salute alle diverse età
- n° adolescenti sottoposti a visite filtro da parte dei pediatri di famiglia

Indicatori di risultato:

- n° inviati al secondo livello
- n° nuove diagnosi
- n° risultati affetti da patologia
- n° sottoposti a trattamento efficace

Informazioni epidemiologicamente rilevanti, ricavate a partire dalle schede compilate nel corso dei bilanci di salute, integrate da altre fonti d'informazione (flussi ministeriali d.m. 23.12.96)

- l'incidenza annuale di patologie croniche
- il n° di bambini inviati al secondo livello per problemi di vista, udito, linguaggio, sviluppo neuromotorio, relazionale, ritardo mentale
- il n° di segnalazioni di disagio psicosociale e di maltrattamento od abuso
- il n° di ecografie delle anche e renali praticate, quante ripetute e le patologie rilevate
- alcuni indicatori di salute (tasso di bambini allattati al seno alle varie età e di bambini sottoposti alle vaccinazioni antipertosse e antimorbillo)

ALLEGATO C)**PROGETTO OBIETTIVO TUTELA MATERNO INFANTILE****PEDIATRIA DI COMUNITA'**

Il PSR individua nella Pediatria di Comunità uno degli strumenti necessari a perseguire gli obiettivi relativi alla tutela della salute materno-infantile.

Nel Decreto ministeriale la Pediatria di Comunità è definita da quell'insieme di attività che nel territorio sono finalizzate alla valutazione, promozione e monitoraggio della salute in età evolutiva a livello di comunità (educative e residenziali). Questa funzione si articola attraverso il collegamento tra i vari servizi, sanitari (funzioni di raccordo tra P.L.S. ed il Distretto e di collegamento con il Dipartimento di Prevenzione) e sociali; sviluppando gli interventi a favore dell'età evolutiva messi in atto dall'Azienda Sanitaria Locale, sia a livello del singolo, sia a livello di comunità sia all'interno dell'organizzazione dipartimentale.

Alla base di questa scelta vi è l'esigenza di affrontare la salute del bambino oltre che con un approccio individuale, quale può essere fornito dalla pediatria di base ed ospedaliera, da un **"approccio di popolazione"**, che consideri i bambini e le famiglie nella comunità e nel contesto sociale, che raccolga, interpreti e trasmetta dati al singolo operatore e ai centri epidemiologici e decisionali dei vari livelli, che identifichi gruppi ad elevato rischio o con bisogni speciali e ne affronti i problemi.

Dagli studi epidemiologici appare sempre più evidente come la salute del bambino sia condizionata da fattori molteplici ed assai diversi e, come fra questi, divengano via via più rilevanti quelli psicosociali. Pertanto è necessario garantire **interventi interdisciplinari** per i quali occorrono operatori che oltre a concorrere all'integrazione assicurata dal DMI, di cui la Pediatria di Comunità fa parte, assicurino il collegamento con gli altri Dipartimenti territoriali e con le Agenzie esterne all'Azienda (scuole, assistenza sociale ecc.).

Per pediatria di Comunità si intende pertanto una funzione di cerniera, ma anche di integrazione delle attività dei pediatri di famiglia ove questi non coprano ancora tutta la popolazione pediatrica (aree disagiate ed età adolescenziale).

Essa si caratterizza per **un'offerta attiva** nei confronti di quelle fasce ove spesso si annidano i bisogni di salute più rilevanti, incapaci, per limiti culturali e sociali, di utilizzare autonomamente i servizi,

La Pediatria di Comunità dovrà avvalersi dell'apporto di personale medico, infermieristico ed amministrativo, che in buona parte è già disponibile in servizi attualmente non integrati (consultori, medicina scolastica, operatori dei nidi, etc..). Attraverso la trasformazione e l'arricchimento delle professionalità esistenti, con un processo di riqualificazione e di formazione, mirante a superare le attuali

sovrapposizioni di interventi, si prevede di organizzare e qualificare la PdC. Notevole importanza assumerà **la valorizzazione della componente infermieristica**, in particolare gli assistenti sanitari, la cui attività ha già un'impronta interdisciplinare.

FUNZIONI

Le funzioni della Pediatria di Comunità sono di concorrere a realizzare:

- controlli di salute periodici (screening e BdS) **estesi a tutta la popolazione da 0 a 14 anni**
- promozione del benessere dei bambini con malattie croniche e disabilità, oppure in situazioni di disagio psicosociale
- promozione di condizioni ambientali e relazionali favorevoli allo sviluppo del bambino e dell'adolescente
- controllo delle malattie infettive e parassitarie
- educazione sanitaria collettiva

Nello spirito della L.285/97 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" la pediatria di comunità deve rappresentare l'anello di collegamento della politica sanitaria pediatrica locale con le altre politiche locali coinvolte.

In questa prospettiva nell'ambito del triennio di validità del Piano Sanitario Regionale **gli obiettivi da realizzare sono :**

A. Controlli di salute (bilanci di salute e screening)

- verifica dell'estensione a tutta la popolazione infantile dei bilanci di salute, curando l'invio ai pediatri di famiglia di tutti i loro iscritti ed effettuando direttamente i controlli solamente sui bambini sprovvisti di pediatria di famiglia
- raccolta, elaborazione ed invio, all'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte dei dati relativi ai bilanci di salute realizzati dai pediatri di famiglia e dalla stessa PdC
- adozione di strumenti di verifica dell'efficacia di tali bilanci, analisi dei dati a livello dipartimentale e ritorno delle informazioni ai pediatri di famiglia
- partecipazione ai corsi di preparazione al parto
- attività consultoriale per bambini non iscritti al SSN (extracomunitari e nomadi)
- attività consultoriali e domiciliari infermieristiche complementari a quelle dei pediatri di famiglia, rivolte in particolare a gruppi di genitori ed a famiglie in

difficoltà (es. gruppi di sostegno all'allattamento al seno, massaggio neonatale, visite domiciliari mirate, assistenza domiciliare)

- organizzazione dello screening per l'ambliopia
- organizzazione di attività per la tutela della salute e la prevenzione del disagio adolescenziale, in collaborazione con pediatri e medici di famiglia, con le U.O.A. N.P.I. e SERT, con le altre Agenzie interessate, coerentemente a quanto previsto dalla L. 285/97.

B. Vaccinazioni

(in collaborazione col Dipartimento di prevenzione, che ne mantiene il governo, con modalità organizzative locali)

- Sensibilizzazione della popolazione
- Attivazione di modalità di verifica dell'efficienza del sistema
- Sorveglianza delle malattie infettive e delle reazioni vaccinali
- Eventuale realizzazione pratica dei programmi vaccinali

C. Integrazione dell'assistenza al malato cronico

Essendo i bisogni dei bambini con malattie croniche non soltanto di natura medico-specialistica ma anche di tipo sociale, educativo, riabilitativo, psicologico, economico, di accompagnamento e trasporto, la pediatria di comunità deve:

- elaborare un sistema di monitoraggio dei bisogni espressi e non espressi, delle risorse dell'Azienda e del territorio
- attivare ed aggiornare il registro delle malattie croniche infantili, prevedendone il collegamento con il Registro delle patologie neurologiche e psichiatriche previsto dalla D.G.R. (NPI)
- essere di supporto e stimolo ai pediatri di base nella creazione della rete assistenziale (centro ospedaliero, neuropsichiatria infantile, servizi sociali, scuola, Enti vari, Associazioni di volontariato), che garantisca al proprio assistito la soddisfazione dei bisogni, la garanzia dei diritti e l'integrazione dei vari interventi
- vicariare i pediatri di base là ove assenti
- sostenere l'inserimento nella scuola di questi bambini con le modalità di cui alla L. 104/92

D. Attività all'interno delle comunità infantili

- controllo sanitario degli ambienti comunitari (in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione);
- controllo delle mense (in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione) partecipando alla formulazione delle tabelle dietetiche ed al loro periodico aggiornamento, alla verifica dei capitolati e programmando momenti di educazione sanitaria e formazione per il personale di cucina, gl'insegnanti, i genitori;
- definizione delle norme per allontanamenti e riammissioni e verifica della loro applicazione, iniziative di educazione sanitaria relativa alla profilassi delle malattie infettive;
- funzione di collegamento fra pediatri di base ed insegnanti al fine di prevenire e identificare le difficoltà d'inserimento ed il disadattamento scolastico, concordando gli eventuali interventi in collaborazione con le U.O. di N.P.I.;
- analisi dei dati relativi all'abbandono scolastico in collaborazione con gli Enti preposti;
- consulenza agli insegnanti per la formulazione dei progetti educativi.

E. Maltrattamento ed abuso

- partecipazione al gruppo di lavoro previsto dalla DGR 42-29997 del 2 maggio 2000 o progetti dipartimentali od aziendali sul tema, con funzione di:
- sensibilizzazione al problema;
- raccolta dati epidemiologici;
- raccordo fra attività preventive, segnalazioni ed interventi effettuati da: pediatri, medici di famiglia, ospedalieri, NPI, consultori ginecologici e pediatrici, servizi sociali, SERT, psichiatria, comunità infantili e scuole, organi di polizia, Tribunale dei minori.

ATTUAZIONE DELLA PEDIATRIA DI COMUNITA'

Essa rappresenta **una funzione** che, sulla base delle esigenze e soprattutto delle risorse locali, può essere assolta da professionalità diverse, coordinate da una figura medica, valorizzando comunque il più possibile la componente infermieristica.

Compito prioritario delle Aziende A.S.L. è quello di superare, utilizzando i modelli organizzativi più rispondenti alla realtà locale, i problemi relativi alla frammentazione e carenza degli interventi.

PROMOZIONE DELLA SALUTE IN ETA' EVOLUTIVA NELLA COMUNITA'		
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
- Collaborare all'offerta attiva di interventi preventivi in particolare a favore delle fasce deboli, infantili ed adolescenziali	- attuazione di programmi specifici di prevenzione e di raccordo nell'ambito A.S.L. tra D.P., Distretto, C.F., P.L.S., e servizi sociosanitari e socio-assistenziali	- N° di programmi specifici attivati di coordinamento funzionale tra P.L.S., C.F., e servizi sociosanitari e socio-assistenziali a favore delle classi deboli infantili ed adolescenziali - Percentuale di bambini della popolazione di riferimento vaccinati a tempo secondo la schedula vaccinale - Percentuale di bambini di madri HbsAg positive vaccinati tempestivamente - Percentuale di bambini a 6 anni privi di carie dentarie - N° medio di denti cariati, mancanti e otturati a 12 anni - Percentuale di bambini con malocclusione
- Collaborazione a programmi specifici per l'integrazione del minore disabile nella scuola e nella società - Promozione di percorsi assistenziali e sociosanitari a favore di minori disabili, di malati cronici e collaborazione alla promozione di percorsi assistenziali e sociosanitari a favore di minori immigrati ed in situazioni di particolare disagio.	- attuazione di programmi specifici di integrazione - attuazione di percorsi assistenziali specifici	- Percentuale di minori disabili integrati nella scuola - N° percorsi attivati

- Partecipare al coordinamento delle azioni dei servizi sanitari e socio-assistenziali territoriali (in particolare N.P.I. e Servizi Riabilitativi) con servizi scolastici in rapporto a: • disagio giovanile • abbandono scolastico • ricovero in centri residenziali	- Definizione a livello di Azienda USL della funzione e dei compiti della pediatria di comunità, con particolare riferimento al ruolo di collegamento tra servizi territoriali di prevenzione: medicina scolastica, C.F., centri di accoglienza, ecc. - Attivazione di registri di disabilità e invalidità dedicati ai minore su scala A.S.L. o regionali	- Percentuale di ASL che hanno attivato attività di pediatria di comunità. - percentuale di abbandono scolastico - percentuale di ricoveri in centri residenziali Percentuale di ASL che hanno attivato registri di disabilità e invalidità dedicati ai minori
---	---	--

ALLEGATO D)**PROGETTO ADOLESCENTI****TUTELA DELLA SALUTE E PREVENZIONE DEL DISAGIO NEI SOGGETTI IN ETÀ
COMPRESA TRA I 12 E I 18 ANNI****LINEE GUIDA****A.****PREMESSA**

L'adolescente - giovane adulto è l'unica fascia di età in cui nei paesi sviluppati si sta verificando un aumento di mortalità e morbosità: *l'OMS per l'Europa dell'Ovest considera tale fascia a rischio elevato e propone tra i " 21 traguardi per il 21° secolo - guida di salute pubblica alla politica di salute per tutti per la Regione Europea" 5 traguardi specifici per la fascia adolescenziale:*

- *i bambini e gli adolescenti dovrebbero avere maggiori capacità vitali e abilità di fare scelte sane*
- *la mortalità da violenza e incidenti che coinvolgono giovani dovrebbero essere ridotte di almeno il 50%*
- *la proporzione di giovani impegnati in forme pericolose di comportamento, quali le droghe, il tabacco e l'eccessivo consumo di alcool dovrebbe essere ridotta*
- *una media di meno di 1,5 denti caduti, cariati o otturati nei ragazzi di 12 anni*
- *l'incidenza di gravidanze nelle teenagers dovrebbe essere ridotta di almeno un terzo*

Il PSN '98-2000 "*un patto di solidarietà per la salute*" pone tra gli obiettivi di salute quelli relativi all'adolescenza: "*Nel ciclo della vita delle persone devono essere considerate con particolare attenzione le fasi nelle quali i cambiamenti psicofisici e relazionali sono molto accentuati e nelle quali, quindi, maggiormente si concentrano rischi e potenzialità da considerare con interventi mirati di prevenzione e promozione della salute*"

Il PSR '97-'99 pone tra gli obiettivi strategici della Tutela Materno-Infantile, compresa tra le aree di intervento sanitario a rilievo socio assistenziale, la prevenzione e presa in carico del disagio adolescenziale e giovanile attraverso:

- ◆ "*Promozione di idonei strumenti di prevenzione del disagio minorile con interventi di tutela dei minori con la collaborazione della famiglia, della scuola, dell'associazionismo, del privato sociale*"
- ◆ "*Attivazione, in collaborazione con gli Enti Locali e altri servizi della ASL, di progetti a valenza preventiva rivolti agli adolescenti e ai giovani, particolarmente centrati su aree territoriali a rischio*"
- ◆ "*Piani di intervento socio-educativo-assistenziale per adolescenti in difficoltà o in situazioni di devianza con riferimento anche alla collaborazione per l'attuazione dei provvedimenti dell'autorità giudiziaria di cui al DPR 448/88*"

La formulazione del PSR fa emergere, da una parte, l'assoluta necessità di integrazione degli interventi dedicati alla fascia di età in oggetto, dall'altra, la necessità di definire gli apporti specifici dei vari settori.

Nell'ambito degli INTERVENTI DI COMPETENZA SANITARIA il PSR identifica come strumento per la tutela della salute e per la prevenzione del disagio nei soggetti in età adolescenziale la realizzazione in ogni ASL di almeno un "**centro adolescenti**".

CENTRO ADOLESCENTI

Si intende per Centro Adolescenti non una nuova struttura ma un **modello organizzativo a rete** per gli interventi sanitari e per i progetti a favore degli adolescenti. Laddove già esistano interventi a favore di tale fascia, il Centro ne deve essere il punto di coordinamento.

Il Centro Adolescenti sarà pertanto costituito da :

- A. **Gruppo di lavoro multidisciplinare**, nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile, che si occupi della domanda di salute della fascia adolescenziale con il compito di rilevarne i bisogni e formulare e coordinare i progetti, integrando le attività di promozione alla salute con gli interventi di diagnosi, cura e riabilitazione della patologia adolescenziale.

Il gruppo deve coagulare le diverse professionalità che, in ambito sanitario, contattano gli adolescenti e le loro problematiche (pediatria di comunità, NPI, SERT, pediatria e medicina di base, medicina dello sport, dipartimento di prevenzione, educazione sanitaria, servizi di epidemiologia, dipartimento di salute mentale, ginecologia consultoriale, SAST).

Il gruppo sarà composto da un rappresentante per ogni servizio aziendale coinvolto; si porrà in relazione con le restanti Agenzie (scuola, servizi sociali, ecc) per il coordinamento delle diverse iniziative a favore dell'adolescenza e per fornire agli altri ambiti di intervento (culturali, ricreative, di introduzione al lavoro, ecc.) il contributo della componente sanitaria

Il gruppo di lavoro esprimerà un referente, Responsabile del "Progetto adolescenti", che, nominato dal DMI, manterrà il collegamento stretto con il DMI stesso per quanto riguarda progettazione, monitoraggio e verifica delle attività.

- B. **"Spazi"** come occasione di incontro tra l'adolescente e un operatore esperto, in un luogo che si connoti il meno possibile come istituzionale: che permetta all'adolescente di riconoscersi come portatore di una domanda e del suo contenuto; che permetta di individuare i fattori di rischio, psicologico, sanitario e sociale, per prevenire l'insorgenza di danni, malattie o comportamenti devianti.

Lo "Spazio Adolescenti" risponde quindi alla finalità di essere punto di riferimento per i ragazzi che vogliono parlare dei loro problemi (sanitari, psicologici, scolastici, ecc.), chiedere aiuto, alleviare le proprie ansie senza incorrere nel timore di essere giudicati.

Rappresenta anche il punto di riferimento per tutti gli operatori sanitari dei servizi dell'Azienda e del territorio, che dovranno quindi essere informati dell'esistenza, delle caratteristiche e delle proposte di consulenza, informazione e formazione del Centro Adolescenti.

Il termine "spazi" non necessariamente si deve configurare come locali quanto piuttosto come occasioni, percorsi, ambiti relazionali in cui contattare gli adolescenti.

L'attuale offerta di servizi per adolescenti spesso risulta inadeguata sotto il profilo della

accessibilità reale: la richiesta è di *servizi sanitari confidenziali*. L'identificazione della struttura e delle professionalità "confidenziali" deve avvenire attraverso il censimento delle risorse strutturali ed operative già presenti sul territorio

Tali Spazi possono configurarsi come:

- aree privilegiate nelle strutture aziendali (Neuropsichiatria Infantile, Consultori Familiari, Reparti di degenza in Pediatria e Riabilitazione) in cui siano contemplate la funzione del prendersi cura della salute fisica e, contestualmente del disagio psicologico connesso.
- *"Spazi famiglia" a sostegno della relazione genitori-figli (all'interno dei servizi Consultoriali, o degli Istituti Scolastici, o degli Enti Locali)*
- *"Spazi di mediazione" adolescente-genitori*
- Punti di informazione nelle scuole: apertura di "sportelli" di ascolto, informazione-orientamento, accompagnamento e sostegno all'adolescente e anche ascolto e consulenza alla famiglia o alle figure professionali che si occupano di questo periodo dell'età evolutiva

Queste aree dovranno essere strutturate in modo da facilitare l'accesso diretto, in fasce orarie adeguate, l'immediatezza della risposta, e creare una opportunità di dialogo, di ascolto e di sostegno nell'affrontare anche le difficoltà nel confronto con un adulto significativo

Nella progettazione di Spazi Adolescenti è particolarmente importante la personalità e l'esperienza personale degli operatori.

La presenza di più profili professionali, afferenti da diversi Servizi (medico, infermiere professionale, ostetrica, psicologo, educatore professionale), richiede una buona integrazione operativa e una specifica formazione relazionale nell'approccio all'adolescente che tenga in debito conto l'importanza di un approccio omogeneo e di stili relazionali non direttivi.

C. Strumenti di monitoraggio coordinati con l'Osservatorio Regionale Minori

METODOLOGIA

Il Centro Adolescenti dovrà assumere una metodologia di lavoro che concili le peculiari caratteristiche della domanda di salute adolescenziale (non espressa, male espressa, negata, esasperata) con alcuni criteri di organizzazione e di valutazione degli interventi che caratterizzano l'attuale corso dell'organizzazione sanitaria regionale.

La risposta non può prescindere da un'ottica bio-psico-sociale che presuppone analisi e interventi a più livelli, per favorire un approccio unitario all'individuo; approccio che consente di dare rilevanza non solo ai bisogni di salute "fisica", alle necessità di

crescita e di maturazione dell'individuo ma anche ai bisogni e alla necessità di evoluzione del suo contesto di riferimento (famiglia, scuola, contesto sociale).

L'estrema fluidità della fenomenologia dell'adolescenza richiede dunque l'adozione di orientamenti aperti alla continua innovazione. Rispondere ad un'esigenza di flessibilità comporta la necessità di definire i contenuti della prevenzione e le strategie di intervento in modo aperto, non rigido ma variabile a seconda del contesto.

All'interno di tale fluidità vanno salvaguardate le seguenti caratteristiche metodologiche:

- 1) Attenta **analisi dei bisogni reali** della popolazione in esame, individuando gli indicatori significativi di agio-disagio (frequenza al Consultorio, presenza e frequenza a squadre sportive, uso di motorini e macchine, ecc.)
- 2) *Rilevazione della **mappa delle realtà esistenti**, valutazione e "autocorrezione" dei progetti in atto.*
- 3) *Valorizzazione e potenziamento delle strategie di lavoro integrato "**a rete**" sia a livello preventivo che diagnostico, terapeutico e riabilitativo.*
- 4) Attivazione di un **continuo monitoraggio** dell'intervento, che permetta un eventuale cambiamento di strategie e di orientamenti tali da consentire una ricaduta positiva rispetto a criteri di qualità
In particolare, sarà rilevante prevedere un lavoro di verifica con gli operatori per dare spazio
non solo ai contenuti tecnico professionali messi in gioco dagli operatori stessi, ma anche
ai processi di interazione, alle modalità di relazione attraverso le quali questi stessi
contenuti vengono offerti.
- 5) **Operatività interdisciplinare** per quanto riguarda il comparto sanità , definita attraverso protocolli di intesa per quanto riguarda i rapporti con le altre agenzie (Provveditorato, Enti locali, Consorzi, Provincia, Tribunale dei minori, Osservatorio Distrettuale Dispersione Scolastica: ODI)
- 6) Modalità di lavoro **per progetti** con il coinvolgimento di mediatori di vario genere (educatori di strada, volontariato, associazioni sportive) e coinvolgimento di adolescenti stessi, per tentare di raggiungere i gruppi a rischio
Un progetto che si offre agli adolescenti deve avere una configurazione particolare che tenga conto della specificità del momento evolutivo dell'adolescente e del suo nucleo familiare.
- 7) **Offerta attiva** del "contributo sanitario", in termini di servizi confidenziali diretti e/o in termini di competenze nella consulenza-formazione degli operatori della scuola e del tempo libero.
Una forma innovativa di tale contributo può essere prevista nella partecipazione dell'operatore "esperto" dipendente dell'Azienda, a gruppi di incontro con i genitori, organizzati dal pediatra di base tra le famiglie dei suoi assistiti.

FUNZIONI

- A. **Analizzare annualmente gli indicatori**, previsti dalle direttive nazionali per la creazione dell' "Osservatorio nazionale per le problematiche dei minori" (Istituto degli Innocenti di Firenze) L.451/ 23-12-'97, che si propone l'obiettivo di centralizzare tutti i dati relativi a: a) la condizione sociale, culturale, economica, sanitaria e psicologica dell'infanzia e dell'adolescenza; b) le risorse finanziarie e la loro destinazione per aree di intervento nel settore; c) la mappa dei servizi territoriali e le risorse attivate dai privati.
- Mortalità
 - Morti per incidenti stradali < 18 anni
 - Tentati suicidi
 - Gravi disturbi dell'alimentazione (bulimia, anoressia)
 - Tossicodipendenze <18 anni
 - IVG < 18 anni
 - Gravidanze <18 anni
 - Dispersione scolastica
 - Adolescenti istituzionalizzati
 - Reati commessi da minorenni
- B. **Promuovere e coordinare progetti** di promozione alla salute, in base alle priorità del contesto, con convenzioni e protocolli di intesa, tra Istituzioni, soggetti pubblici e privati, associazioni,
- A. Promuovere gli interventi sanitari specifici, già istituzionalmente previsti, attraverso la proposta di **modelli di presa in carico aziendali definiti** e attraverso **la formazione e sensibilizzazione degli operatori coinvolti** (pediatri di base, medici di medicina generale, operatori medici ed infermieristici ospedalieri: Pronto Soccorso, reparti di degenza, NPI)
Al pediatra di base competono interventi di prevenzione, di diagnosi precoce e terapia che richiedono un aggiornamento specifico per quanto riguarda la fascia adolescenziale; in questa fascia di età la copertura dei pediatri è ancora in varie realtà bassa e comunque limitata ai 14 anni, con l'eccezione dei malati cronici; occorre quindi un coinvolgimento dei medici generici ed eventualmente, a seconda delle situazioni locali, della pediatria di comunità
- B. Potenziare i **percorsi** in cui gli adolescenti con patologia **siano accompagnati nel processo di diagnosi e terapia** e, tenendo conto della mappa delle opportunità già offerte dai servizi, anche nei livelli specialistici (es. auxo-endocrinologico, nutrizionista, ecc) stabilire modalità di intervento differenziate a sostegno degli adolescenti e della loro famiglia, creando, ove necessario, percorsi privilegiati per l'adolescente all'interno delle strutture sanitarie (Consultori Familiari, ambulatori pediatrici e/o di medicina di base, reparti ospedalieri pediatrici e/o di medicina generale e chirurgia)
- C. Creare **percorsi** che garantiscano al paziente con patologia cronica l'evoluzione verso un'adeguata adolescenza, evitando una stabilizzazione e una cronicizzazione di situazioni di disagio e di sofferenza accogliendo non solo la sofferenza somatica, spesso più manifesta, ma anche la latente e spesso negata sofferenza psichica.

- F. Garantire che nell'**eventuale ospedalizzazione dell'adolescente** si identifichino le caratteristiche logistiche ed operative del reparto tali da salvaguardare la riservatezza dei locali ad esso dedicati, la preparazione del personale, il coinvolgimento informativo dell'adolescente rispetto al consenso informato.
- G. Contribuire alla costruzione di un **modello di approccio** al disagio dell'adolescente **condivisibile** tra operatori e famiglia, attraverso momenti formativi e di riflessione capaci di sviluppare la comunicazione ed il confronto fra generazioni.

SALUTE DEGLI ADOLESCENTI		
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
- Monitoraggio dello sviluppo e del disagio adolescenziale in aderenza al Piano d'Azione del Governo italiano per l'infanzia e l'adolescenza	- Attivare a livello di C.F. punti di ascolto alle domande di aiuto e di consulenza per giovani	- Percentuale di C.F. che hanno attivato punti di ascolto per adolescenti
	- Attivare contatti tra scuola, C.F., attività di volontariato, mondo del lavoro, famiglie per riconoscere e risolvere il disagio scolastico, sociale, familiare, ecc.	- Percentuale di abbandono scolastico
	- Integrazione tra P.L.S., P.C., C.F. e strutture specialistiche territoriali e ospedaliere per il trattamento dei disturbi adolescenziali	- Percentuale di nati da madri minorenni
	- Promuovere programmi di prevenzione degli incidenti stradali in età adolescenziale	- Tasso di abortività nelle minorenni
	- Promuovere programmi finalizzati alla educazione alla salute	- N° di adolescenti assistiti a livello ospedaliero in regime di ricovero e durata media dei ricoveri
	- Attivare interventi specifici per il riconoscimento e le prime cure per problematiche correnti di natura psichica e psico - sociale	- Percentuale di suicidi e di tentativi documentati di suicidio nei minorenni, su base campionaria
		- Percentuale di incidenti stradali con coinvolgimento di minorenni
		- Percentuale di adolescenti con competenze appropriate sulla salute, su base campionaria
		- Percentuale di interventi specifici attivati

ALLEGATO E)**FUNZIONI CONSULTORIALI**

Nato dalla consapevolezza della complessità sociale della salute, intesa come stato di benessere psico-fisico, e pertanto come luogo deputato all'espletamento di una funzione sanitaria propria del Dipartimento Materno Infantile, ma strettamente connessa, per un profilo della presa in carico globale, con funzioni sociali, il Consultorio trae le sue origini e le sue definizioni nelle seguenti norme: Leggi (n. 405 del 29 luglio 1975) e 194 del 1978, 184 del 1983, 285 del 1997 Leggi Regionali n. 39 del 1976 e n. 61 del 1997.

Volto al superamento della rigidità stereotipata delle diverse figure professionali presenti nell'èquipe, sviluppata la riflessione sulla qualità della relazione medico-paziente, sviluppata altresì una cultura dell'accoglienza e della presa in carico, il Consultorio si colloca nell'area della prevenzione della salute dalla donna e del bambino persa complessivamente anche nelle relazioni familiari e sociali. Dato atto che la possibilità che una persona si attivi a livello preventivo è direttamente proporzionale alla sua condizione socio economica, mentre la prevalenza di condizioni di sofferenza è quasi sempre inversamente proporzionale al livello della condizione sociale, la prevenzione offerta dalla funzione consultoriale andrà preferibilmente rivolta alle fasce di popolazione più a rischio.

I consultori rappresentano i primi servizi territoriali che hanno affiancato all'attività sanitaria anche quella psico-sociale. Pure essendo caratterizzati da attività ambulatoriale, hanno sviluppato una competenza peculiare nell'affrontare i problemi socio-sanitari in una visione globale. Hanno sviluppato una cultura dell'"accoglienza" e della "presa in carico". Ciò ha dato luogo alla crescita di una particolare professionalità che può risultare preziosa nella realizzazione dei programmi di prevenzione rivolti al singolo ed alla comunità.

L'offerta consultoriale va quindi integrata con quella delle altre strutture territoriali facenti capo al DMI in modo tale che, distretto per distretto o ASL per ASL, si persegua una maggiore efficacia ed efficienza, coniugata ad una maggiore equità e si contraggono le dispersioni di risorse finanziarie e umane.

Il primo obiettivo che si intende perseguire è quello di diversificare il consultorio dai servizi ambulatoriali di territorio mediante una corretta rivalutazione degli ambiti di competenza, che devono progressivamente ricollocarsi nella logica della prevenzione e della prestazione sanitaria di primo livello, anche attraverso l'organizzazione della offerta attiva. Caratteristica dell'attività consultoriale infatti, e in generale della attività sanitarie di prevenzione, dovrebbe essere la capacità di offrire attivamente le proprie prestazioni alla popolazione, raggiungendo in questo modo anche le fasce a maggior rischio di sviluppare gli eventi oggetto della prevenzione stessa e cioè quelle che più difficilmente si presentano spontaneamente all'osservazione. Ne consegue che nel programma di collegamento in rete di ogni sede con le altre strutture sanitarie (consultori, medici di base, laboratori ospedalieri, sportelli ASL SERT) e con i servizi sociali ed Enti Locali.

L'offerta di interventi deve far parte di una ben definita strategia di prevenzione orientata da identificati obiettivi generali e specifici, nonché da un processo di promozione della salute che aiuti la persona ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli.

Secondo obiettivo è la creazione di una èquipe di lavoro stabilmente presente in

consultorio che collabori nelle varie competenze medico sanitarie, psicologiche e sociali, già previste dalla legge 405/75. In particolare per quel che riguarda le funzioni sanitarie proprie del DMI, data la rilevanza strategica delle attività di prevenzione, si sottolinea la necessità che le figure sanitarie deputate a questo servizio possano garantire stabilità e continuità al fine di costituire efficace punto di riferimento sia per la popolazione interessata che per le funzioni a valle della prevenzione.

Il consultorio familiare mantiene la propria connotazione di servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, riservando alla attività di diagnosi e cura una competenza di "prima istanza". In particolare tale connotazione richiede che l'attività abbia caratteristiche di territorialità, unitarietà ed integrazione.

Per territorialità si intende il radicamento nella comunità locale, cioè la capacità di sollecitare, attivare e perseguire l'interlocuzione permanente con le sue molteplici componenti: gruppi, associazioni, istituzioni educative a vario titolo presenti ed operanti. Il consultorio deve avere la capacità di orientare gli interventi preventivi (anche di carattere informativo ed educativo) sulla base di quanto emerge dalla ricerca epidemiologica nell'area di competenza e tenendo conto dei bisogni e delle domande espresse.

L'unitarietà fa invece riferimento all'assunzione complessiva dei diversi bisogni-problemi-domande più o meno esplicitamente espressi, per tutto quanto concerne lo specifico della salute dell'età riproduttiva, con particolare riferimento alla procreazione, la sessualità, e alle relazioni di coppia e familiari.

Infine, per integrazione si intende la capacità di stabilire rapporti permanenti tra i vari servizi e presidi, anche al fine di garantire percorsi di assistenza agevoli e completi, in special modo a chi si trova in condizioni di elevato rischio sociale o socio-sanitario.

Sul piano organizzativo, tale integrazione deve essere completamente attivata sui seguenti livelli:

- ♦ All'interno del consultorio familiare, tra figura a competenza prevalentemente sanitaria e quelle a competenza psico-sociale sviluppando il lavoro di équipe.
- ♦ Con gli altri servizi del DMI (ginecologia ambulatoriale, pediatra di base, Uo ospedaliera, NPI, ecc.)

In particolare le funzioni del consultorio relative ad attività ostetriche, ginecologiche, psicologiche, sociali e di cure - si esplicano all'interno del Percorso Nascita, del Progetto Adolescenti, dell'applicazione della L. 194/78, nonché della L. 285/97, del Progetto Regionale Prevenzione tumori femminili.

Con successivo provvedimento l'Assessorato alla Sanità provvederà ad individuare in modo specifico gli indicatori di processo e di qualità quali indispensabili ad una complessiva verifica dell'efficacia della funzione descritta.