

Piano sanitario Regione Sicilia 2010-2012 Strumento di programmazione o puro esercizio?

Angelo Spataro

Pediatra di famiglia, ASP 6 Palermo. Referente ACP della Regione Sicilia

Abstract

2010-2012 Health Programme in Sicily: a formal exercise or a tool for management?

The Sicilian Health Programme has the priority to reorganize different areas within the Maternal-Child health services: birth, induced abortion, sexual health, breast-feeding support, the reduction of cesarean sections, precocious diagnosis of genetic, sensorial and cognitive diseases. These are very ambitious priorities considering the actual deficiencies of health structures, professionals and economic resources. The question is: will it be just a formal exercise of a real management tool?

Quaderni acp 2011; 18(5): 206-207

Key words Maternal-Child health services. Practice guidelines. Assisted pathways

Il Piano sanitario della Regione Sicilia per il triennio 2010-2012 ha come obiettivo la riorganizzazione dell'area materno-infantile all'interno del Dipartimento Materno Infantile in molte aree: Percorso nascita, Interruzione volontaria di gravidanza, Salute sessuale, Sostegno dell'allattamento al seno, Riduzione dei tagli cesarei, Diagnosi precoce delle malattie genetiche e delle malattie sensoriali e cognitive. Gli obiettivi sono numerosi e ambiziosi per una Regione con una notevole carenza di strutture sanitarie, di personale, di risorse economiche e di piani organizzativi. Sarà uno strumento reale di programmazione o puro esercizio formale?

Parole chiave Area materno-infantile. Protocolli operativi. Percorsi assistenziali

Il Piano della Salute della Regione Sicilia per il triennio 2010-2012 giunge dopo 10 anni dal precedente. La terza sezione ci riguarda. Ha per titolo: "La tutela della salute delle donne e dei minori". L'area è definita correttamente "materno-infantile". Partiamo da alcuni dati.

Mortalità infantile

In Sicilia costituisce ancora il problema sanitario più rilevante (5,1 per 1000 in Sicilia contro 3,7 per 1000 in Italia-ISTAT 2003) con una distribuzione molto disomogenea: risulta più elevata nella provincia di Messina, più bassa in quella di Trapani. Una indagine regionale degli anni 2002-2004 dimostra che le cause socioeconomiche influenzano la mortalità infantile in quanto condizionano l'accesso alle strutture sanitarie e l'assistenza in gravidanza.

Interruzione volontaria di gravidanza (IVG)

È in continua riduzione soprattutto a carico delle donne meno giovani (tasso di

abortività 6,8-ISTAT 2008), mentre le adolescenti e post-adolescenti continuano a rappresentare una fascia particolarmente a rischio (nelle fasce di età 15-19 e 20-24 si registra un trend in lieve crescita-ISTAT 2006). Un aumento significativo del ricorso all'IVG si registra a carico delle donne straniere (ISTAT 2007).

Comportamenti sessuali a rischio degli adolescenti

Sono in aumento e interessano fasce di età sempre più precoci. I giovani fino a 24 anni seguiti presso i consultori sono pochi (<6%). Le iniziative e gli interventi di promozione della salute sessuale presso le scuole della Regione appaiono disomogenei.

Medicalizzazione dell'assistenza ostetrica

Una eccessiva medicalizzazione è testimoniata da:

- il più alto tasso (>50%) di parti cesarei in Italia (insieme alla Campania);

- un eccessivo numero di ecografie ed esami prescritti in gravidanza;
- bassa partecipazione delle gravide ai corsi di accompagnamento alla nascita;
- basso numero di gravidanze seguite presso i consultori (<15%);
- elevata percentuale di assistenza ostetrica privata (86%).

Allattamento al seno

La percentuale di donne che allattano è fra le più basse in Italia, con un tasso inferiore al 60%. Solo il 26,6% delle donne allatta per più di sei mesi.

I progetti operativi

A fronte di questi dati la Regione dichiara urgente e prioritario riorganizzare l'area materno-infantile recuperando le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI - DM 24 aprile 2000). Forse ha dimenticato che il Progetto non è mai stato attuato in alcuna Regione d'Italia. Tutti i servizi dell'area materno-infantile vanno inseriti all'interno del Dipartimento Materno-Infantile (DMI).

Ma va detto che i servizi dell'area materno-infantile presentano criticità strutturali e organizzative che ne ostacolano le funzioni: esistenza di consultori con organici incompleti, offerta non coerente con la *mission* dei servizi (prevalente attività ambulatoriale a scapito delle attività di prevenzione e promozione della salute in ambito consultoriale), assenza di piani di formazione per gli operatori, eccesso di parti nascita con numero di parti <500/anno che dovrebbero essere aboliti o almeno ridotti anche a norma del Piano Sanitario Nazionale.

Partendo da queste premesse, tra i molti e ambiziosi obiettivi da raggiungere nel prossimo triennio sono stati indicati i seguenti: riduzione del tasso dei TC dal 50% al 30%; incremento del numero di donne con gravidanza fisiologica seguite presso i consultori; riduzione delle procedure assistenziali inappropriate in gravidanza (eccesso di esami ed ecografie);

Per corrispondenza:

Angelo Spataro

e-mail: spataro.angelo@alice.it

realizzazione di un percorso nascita in tutte le ASP con protocolli regionali differenziati secondo il livello di rischio della gravidanza; razionalizzazione/riduzione di punti nascita e neonatologie con nascite < 500/anno; definizione della rete STEN (trasporto d'emergenza neonatale), riduzione delle IVG, sostegno all'allattamento al seno, diagnosi precoce delle malattie genetiche, sensoriali e cognitivo-comportamentali del bambino, educazione alla salute. Molta ambizione e poche possibilità di realizzazione.

Dal punto di vista organizzativo tutti i servizi dell'area materno-infantile vanno inseriti all'interno del Dipartimento Materno-Infantile (DMI) e le Direzioni aziendali devono articolare un piano specifico, effettuando una valutazione della dotazione del personale di cui si sono sopra sottolineate le gravi insufficienze quantitative e qualitative. I compiti del DMI sarebbero:

- Redigere protocolli operativi e linee di indirizzo per i percorsi assistenziali integrati dell'area materno-infantile.
- Attivare un flusso informativo omogeneo, informatizzato, coerente con gli obiettivi del POMI e del Piano Sanitario Regionale.
- Predisporre, per ciascun distretto, un'analisi di contesto finalizzata alla definizione dei target degli interventi di offerta attiva.
- Integrare funzionalmente tra loro servizi territoriali e ospedalieri che a

vario titolo si occupano di salute materno-infantile.

E ancora: realizzare numerosi percorsi assistenziali specifici fra cui: Percorso Nascita, Percorso IVG, Percorso Salute sessuale e riproduttiva dell'età giovanile, Percorso Salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti.

Fra i molti interventi indicati dal PSR quelli che hanno obiettivi numerici, cioè valutabili, sono pochi: riduzione della percentuale di parti cesarei, nell'arco del triennio, tendenzialmente al 20%; incremento del 40% del rooming; allattamento materno esclusivo per i primi 5-6 mesi.

Conclusioni

Questi dunque sono gli obiettivi. Come superare gli elementi di criticità di cui il Piano non tiene conto e che non vengono messi in rilievo? La Sicilia, a causa di molteplici fattori riconducibili a una situazione di basso livello economico, culturale e sociale della popolazione e di pregresse e attuali carenze nella gestione politica della Sanità, si trova a un livello di assistenza sanitaria tra i più bassi del Paese. Vi sono una preoccupante carenza di formazione universitaria e post-universitaria, un basso numero di personale medico e sanitario, una carenza di strutture e di piani operativi. Il Piano non indica le strategie di intervento, gli strumenti organizzativi, formativi, culturali e i mezzi economici che si devono mettere in atto per raggiungere gli obiettivi che esso si pone e che corrono il rischio di rimanere puro esercizio formale. Più che un rischio. ♦

CONVEGNO APEC 2011

LE MALATTIE CRONICHE
Il futuro dell'assistenza in pediatria
o l'assistenza pediatrica del futuro?

Sabato 22 ottobre 2011
Ferrara - Piazza Municipale
Sala Estense

- ore 8,30 Apertura dei lavori e saluti delle autorità
- ore 9,00 L'epidemiologia della cronicità in pediatria (P. Facchin)
- ore 9,20 Gli screening neonatali (A. Burlina)
- ore 9,40 Il programma regionale di screening neonatali (A. Cassio)

Discussione

- ore 10,20 Le nuove cure per le malattie genetiche (O. Gabrielli)
- ore 10,40 Le cure palliative in età pediatrica (A. Pession)

Discussione e intervallo

- ore 11,30 L'assistenza domiciliare ai disabili gravissimi (D. Tedaldi)
- ore 11,50 Le azioni di sostegno e sollievo nell'assistenza alle famiglie con minori con patologia cronica (T. Montini)

Discussione

Pranzo

- ore 14,00 L'inserimento nelle collettività educative dei minori con gravi patologie croniche (G. Pedrielli - A. Cedroni)
- ore 14,30 Il modello di assistenza integrata proposto dalla APeC a 10 anni di distanza (M. Farneti)

La voce delle Aziende USL

Esperienze a confronto:

Ferrara (F. Pascoletti)

Bologna (S. Sandri)

Cesena (S. Giordani)

Reggio Emilia (M. Cervi - M.B. Bassi)

ore 17,30 Conclusioni e chiusura