

PROGRAMMA ANNUALE ATTIVITÀ OTGC

Anno 2019

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 18 del 11/12/2018



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Dr. Mario Cecchi

Segretario dell'OTGC
Dr.ssa Maria Teresa Mechi

Supporto amministrativo:
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

PROGRAMMA ANNUALE delle ATTIVITÀ dell'OTGC
Anno 2019

Premessa

L'attività ordinaria dell'OTGC, con le riunioni programmate dell'Ufficio di Coordinamento e del Comitato Tecnico Scientifico, per lo svolgimento delle funzioni di cui agli artt. 49 quinquies e 49 sexies LR 40/2005, sarà integrata da alcuni eventi scientifici aventi come tema il ruolo delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, alla luce del nuovo PSSIR 2018-2020 e degli indirizzi sulle Reti cliniche regionali (DGRT 958/2018).

Il lavoro delle Commissioni Permanenti, di recente insediamento, proseguirà sui progetti espressi da ciascuna commissione, attraverso sottocommissioni tematiche e gruppi di lavoro specifici, con la ricerca costante delle sinergie possibili fra le varie commissioni, aventi come base comune il tema della “cronicità”.

Nella composizione delle sottocommissioni e dei gruppi di lavoro sarà posta particolare attenzione al coinvolgimento dei “giovani” professionisti.

E' prevista la partecipazione attiva dei Cittadini ai lavori delle Commissioni, Sottocommissioni e Gruppi di lavoro, secondo gli indirizzi della L.R. 75/2017 e della DGRT 177/2018.

È da considerare fattore indispensabile per la comunicazione, sia all'interno degli organismi del governo clinico sia per i documenti dei percorsi assistenziali, l'uso della informatizzazione come strumento da utilizzare nel lavoro quotidiano in grado di fornire i dati necessari al monitoraggio degli indicatori di processo e di esito (impatto assistenziale) e quindi della qualità del lavoro svolto.

ATTIVITÀ delle COMMISSIONI PERMANENTI

Commissione permanente per le Attività diabetologiche

Coordinatore dr. Graziano Di Cianni

- Tenendo conto che in Toscana ci sono circa 250.000 cittadini diabetici è necessario elaborare percorsi diagnostico assistenziali omogenei su tutto il territorio regionale, con particolare attenzione alla continuità assistenziale fra ospedale e territorio, in sinergia con la Commissione “Continuità Assistenziale” e con la Commissione “Cronicità”;
- verso una vera e propria “Rete Diabetologica Regionale” che comprenda anche quella della malattia diabetica nell’età evolutiva, in sinergia con la Rete Pediatrica Toscana e l’AOU Meyer come centro di riferimento regionale;
- ipotesi di Sottocommissioni per elaborare progetti di percorsi assistenziali, in collaborazione con le altre Commissioni permanenti (“Cronicità” in primis), mirati alla prevenzione e alla cura delle “complicanze” della malattia diabetica. Ad es. per la retinopatia, le cardiopatie e lo scompenso di cuore, l’insufficienza renale, l’obesità...;
- sviluppo di una metodologia condivisa per la valutazione delle innovazioni tecnologiche e farmacologiche (in collaborazione anche con i settori regionali competenti), con lo scopo di perseguire il “miglioramento della qualità della vita” della persona con diabete, come richiesto anche dalle associazioni dei cittadini diabetici.

Saranno attivate le seguenti sottocommissioni permanenti:

- Rete diabetologica Pediatrica
- Piede diabetico e complicanze
- Nuove tecnologie
- Definizione di PDTA con la Medicina generale

Saranno costituiti anche i seguenti gruppi di lavoro:

- Uniformità certificazioni medico legali di pertinenza diabetologica
- Definizione parametri di valutazione attività diabetologiche per MES
- Diabete e obesità
- Diabete e gravidanza

Commissione permanente Cronicità

Coordinatore dr.ssa Giulia Marini

- Necessità di lavoro comune con le altre Commissioni (ad es. “Continuità assistenziale”, “Fragilità”, “Diabetologia”...);
- tenendo conto anche del Piano Nazionale Cronicità che evidenzia la centralità del ruolo del MMG, proponiamo di sviluppare diverse Sottocommissioni relative alla diverse patologie indicate nel piano (ad es. Malattia renale cronica, BPCO nell’adulto e asma persistente nel

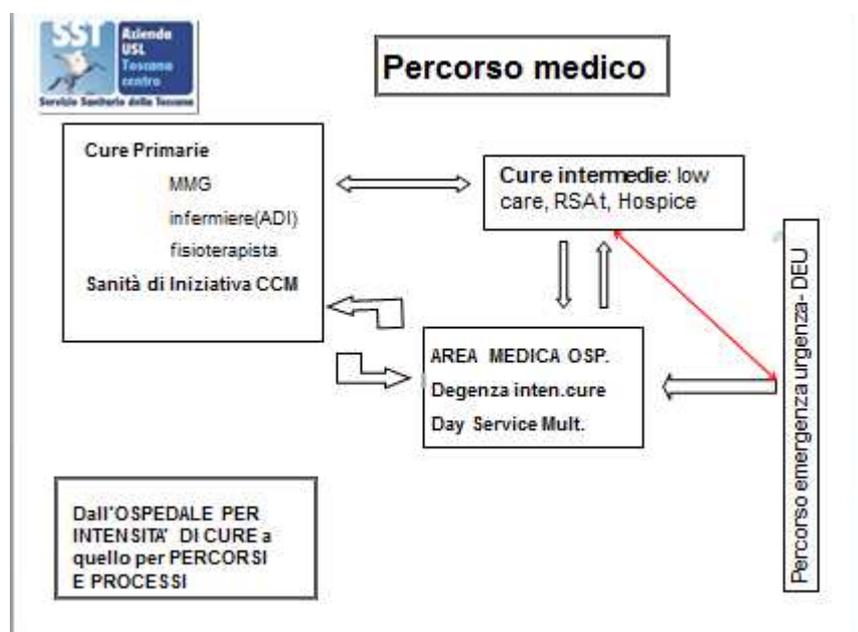
bambino, scompenso cardiaco, ictus cerebrale e TIA), in stretta collaborazione con le altre Commissioni e con i settori regionali competenti;

- sviluppo di PDTAS che tengano sempre conto anche delle componenti “sociali e socio-sanitarie”, come espressamente sottolineato nello PSSIR, e che sono imprescindibili per “prendersi cura” a tutto campo delle problematiche della cronicità e per prevenire sempre più l’ospedalizzazione dei pazienti;
- miglioramento e ridefinizione di percorsi ospedale-territorio (ad es. funzioni ambulatoriali di collegamento “in rete”), che tengano conto anche delle diverse realtà territoriali regionali perché un più omogeneo accesso alle cure favorirebbe la riduzione delle disuguaglianze;
- valorizzare e promuovere l’integrazione multidisciplinare e multiprofessionale (ad es. ruolo dell’infermiere di comunità) all’interno delle cure primarie. L’incremento di cronicità, disabilità e l’aumento di bisogni complessi rendono sempre più necessario il lavoro in team.

Si prevede che nei primi mesi del prossimo anno, venga dato nuovo slancio alla sanità di iniziativa. Si proporrà alla Commissione la rivalutazione dei quattro PDTA previsti nella Delibera 930/2017 (scompenso cardiaco, diabete, BPCO/Asma e ictus) con eventuali sottocommissioni, fortemente integrata con le altre commissioni, che si occupano degli stessi argomenti. Si ritiene di proporre anche una sottocommissione per il percorso della malattia renale cronica, allo scopo di prendere in carico, tempestivamente e proattivamente, i pazienti nefropatici prima che l’insufficienza renale giunga alla fase irreversibile.

Commissione permanente Continuità Assistenziale

Coordinatore dr. Giancarlo Landini



Il lavoro generale della commissione si dovrà basare su questi principi:

- continuità assistenziale come “unicum” con il cittadino/paziente al centro per superare le criticità dei rapporti fra Ospedale e Territorio;

- lavoro basato sulla costruzione di percorsi assistenziali (PDTA-S) iniziando da alcune casistiche prioritarie da definire all'interno della Commissione e da proporre a Sottocommissioni "ad hoc";
- aggiornamento del concetto di "intensità di cura" basata più su processi e percorsi assistenziali che non su "livelli" e centrato sulla continuità;
- sviluppo dell'assistenza su setting di "out-patients", con considerazione particolare dell'uso appropriato del PS/DEA e con creazione di ambulatori dedicati a casi "complessi" in grado di ridurre i ricoveri in ospedale;
- rete ambulatoriale assistenziale "omogenea" sul territorio.

Il lavoro si svolgerà in due fasi:

A) COSTRUZIONE DI UNO SCHEMA GENERALE DI PERCORSO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

-I caposaldi della continuità assistenziale sono:

- 1) Ospedali per acuti con aree medico chirurgiche organizzate per intensità di cure con letti di area e cogestione dei pazienti, linea outpatients con Day Service ed ambulatori specialistici complessi, DEA – PS.
- 2) Cure Intermedie con percorsi riabilitativi e non riabilitativi ospedale territorio: Low Care, Cure Intermedie A e B, RSA temporanea, Riabilitazione, Hospice.
- 3) Cure Primarie: MMG organizzati in AFT con gestione del CCM e del paziente complesso territoriale, ADI, Infermiere di famiglia, specialistica ambulatoriale territoriale a gestione unitaria con quella ospedaliera, sistema di prenotazione della specialistica ambulatoriale secondo priorità clinica.

I tre setting (Ospedale per acuti, Cure Intermedie e Cure Primarie) sono tutti in rapporto con gli altri in senso biunivoco (vedi figura). Vanno creati i rapporti con adeguate interfacce. Questa rete sarà il layout sul quale si muovono i processi e i percorsi delle singole patologie o condizioni patologiche.

B) IMPLEMENTAZIONI DI PERCORSI SPECIFICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Saranno attivate le seguenti sottocommissioni permanenti:

- Il modello organizzativo per intensità di cure;
- Le cure intermedie;
- Le cure primarie;
- Il percorso del paziente anticoagulato.

Commissione permanente Biotestamento e Cure Palliative

Coordinatore dr. Antonio Panti

- Per quanto attiene alla Commissione per il Biotestamento e cure palliative, è già stata approvata una delibera che istituisce il Centro regionale per le cure palliative, per cui la Commissione potrà rimanere in essere, ovviamente con il parere del Coordinatore dell'OTGC, per quanto attiene alla predisposizione dei percorsi assistenziali che, come in ogni sistema a rete previsto da precedenti delibere, dovrebbero spettare all'OTGC.

Commissione permanente Fragilità

Coordinatore dr. Paolo Malacarne

- “Conditio sine qua non”: impossibile garantire la **integrazione territorio-ospedale** senza una **integrazione informatica** necessaria per la comunicazione/flusso delle informazioni e dei dati (tra MMG e medici ospedalieri e ambulatoriali, tra infermieri del territorio/infermieri di famiglia e infermieri dell’Ospedale);
 - produzione di “**PDTA**” integrati da “**S**” (sociale) e da “**R**” (riabilitativo); riprendere in mano progetti quali “**codice argento**”, “**nuova sanità di iniziativa**” e verificarne la fattibilità utilizzando esperienze pilota con indicatori di processo e di esito; di notevole interesse sono le consolidate e nuove esperienze infermieristiche (Infermiere di famiglia e di comunità, progetto IDEA, ecc.) anche alla luce delle recenti delibere regionali;
 - **fragilità** nelle sue molteplici declinazioni: del malato (biologica), del familiare, del cittadino nel momento di interfaccia con il SSR: ci riferiamo sempre alla centralità della persona (...normale...che diventa fragile...che diventa malato...che diventa paziente...); fragilità “organizzativa e gestionale” del SSR/luogo di cura; è necessario un “glossario” che ci permetta di avere un lessico condiviso;
 - la fragilità è un potente indicatore prognostico;
 - le carenze del “sociale” trasformano la fragilità in disabilità; il “sociale” è caricato di compiti che non è in grado di soddisfare, e il malato passa dal “sociale” al “sanitario” e da fragile diventa “disabile”;
 - oggi l’ospedale di alta qualità tecnologica e professionale (Chirurgia, Terapia Intensiva) salva da morte certa molti malati acuti ma molto spesso non li guarisce: li rende “fragili”, “cronici”, “disabili”, che poi scarica sul Territorio: è possibile già nella fase di acuzie ospedaliera mettere in atto strategie volte a ridurre la fragilità e la disabilità residua ?;
 - la fragilità si intercetta e gestisce sul Territorio e non in Ospedale (da considerare un incidente di percorso): MA il territorio ha **criticità** rilevanti e al momento insuperabili nel gestire la fragilità: pochi infermieri/fisioterapisti, non continuità nel tempo(notte, sabato-domenica e festivi), poche risorse economiche;
 - evitare che la “**fragilità**” si trasformi in “**disabilità**” (il disabile è il fragile che si è rotto); la fragilità non deve essere presa in carico dal SSR nell’ “acuzie” ma nel suo sviluppo/divenire; il soggetto”fragile” se ospedalizzato diviene “superfragile”;
 - nella storia del malato “fragile” l’ospedale deve essere un “incidente di percorso”: il problema non è il ricovero, ma il **nuovo ricovero a breve termine** dalla dimissione, a causa delle carenze del territorio;
 - l’ospedalizzazione “produce” e “accentua” la fragilità: studiarne i meccanismi può essere utile per prendere le possibili contromisure; un aspetto peculiare di questo aspetto è il ricovero in Terapia Intensiva, nell’ambito del quale è possibile adottare modalità di intervento che potrebbero, almeno in parte, limitare l’insorgenza e l’entità degli esiti/fragilità a livello fisico e psicologico.
 - Come **identificare** il paziente “fragile”:
 - a) dal territorio (infermiere di famiglia?);
 - b) durante la ospedalizzazione;
- la condizione ottimale sarebbe che il territorio attivasse l’ospedale e non, come accade oggi, che sia l’ospedale ad attivare il territorio;

- la “**Valutazione Multidimensionale Geriatrica**” è ad oggi lo strumento più idoneo per l’identificazione e la valutazione della fragilità nel paziente anziano. Analogamente, solo una “valutazione multidimensionale” è idonea nel valutare la fragilità nei diversi setting (pediatrico, psichiatrico, ecc.);
- la fragilità nel percorso della **salute mentale**: non solo ricoveri in acuzie e farmaci ma anche riabilitazione/integrazione;
- i PDTA spezzettati per patologia (BPCO, scompenso cardiaco, patologia neurodegenerativa, ecc.) non aiutano la gestione del paziente “fragile”;
- l’infermiere di famiglia: risorse, continuità (notte, sabato, domenica e festivi), rapporti con gli infermieri dell’ospedale;
- il personale medico e infermieristico sono del cittadino/malato, non dell’ospedale o del territorio;
- la fragilità in età pediatrica:
 - a) i bambini cronici-complessi (portatori di PEG, tracheotomia, affetti da paralisi cerebrali infantili, ecc.) di difficile presa in carico dal territorio per difficoltà di competenza professionale;
 - b) gli adolescenti con “disagio comportamentale”.

In **primissima** riflessione, alcune idee comuni sono:

1) La fragilità va intercettata e gestita a domicilio e sul territorio (MMG, Infermiere di famiglia, nuova sanità d’iniziativa), per evitare quanto più possibile che diventi disabilità; la ospedalizzazione dovrebbe essere un incidente di percorso, e all’interno del percorso di ospedalizzazione occorre studiare i meccanismi che producono e/o accentuano la fragilità dei ricoverati rispetto alla loro situazione al momento del ricovero. MA: 1) lo squilibrio economico “Ospedale-Territorio” e la carenza di integrazione Territorio-Ospedale in primis figlia della carenza di integrazione informatica hanno ribaltato il modello.

La identificazione e valutazione della fragilità deve essere fatta utilizzando idonei e validati strumenti (ad es. la “Valutazione Multidimensionale Geriatrica” nel caso dei pazienti anziani).

2) Vogliamo sederci attorno a un tavolo come Territorio e Ospedale per discutere di come contestualizzare/attuare i positivi modelli fin qui proposti (codice argento, nuova sanità di iniziativa, ecc.): sono applicabili? Cosa manca per poterli attuare nella realtà locale? Ci sono esperienze virtuose in Toscana che possono essere proposte? Vogliamo provare a metterle in atto?

3) Se affrontiamo la fragilità del malato, ci imbattiamo necessariamente nella fragilità del familiare/caregiver e nella fragilità del SSR, e nella necessità di ribaltare la visione “ospedalocentrica” dell’assistenza.

4) Dobbiamo evitare che le sovrapposizioni tematiche tra le diverse Commissioni dell’OTGC sfocino in diverse interpretazioni delle stesse “parole” (fragilità, cronicità, ecc.): è necessaria l’integrazione con le altre Commissioni (quasi tutte) per definire le azioni comuni ed evitare la sovrapposizione, approfittando anche dei componenti che sono membri di più commissioni.

5) È necessaria l’integrazione con i settori regionali competenti, con la Direzione e l’Assessorato per condividere le azioni prioritarie da sviluppare e implementare (anche con progetti “pilota” e relative coperture finanziarie).

6) Non ci pare necessario produrre nuove Linee-Guida o Raccomandazioni, ma utilizzando quanto di eccellente già prodotto (anche in ambito Regionale, come ad es. le “Linee Guida Fragilità dell’Anziano”) identificare piuttosto “percorsi diagnostico terapeutico assistenziali riabilitativi sociali PDTARS” applicabili nelle diverse realtà locali.

Commissione permanente Gravi Insufficienze d'Organo

Coordinatore dr.ssa Manuela Bonizzoli

Campo di applicazione

La Commissione è uno strumento tecnico-sanitario di OTGC che opera nel campo delle gravi insufficienze d'organo acute e croniche che rappresentano una rilevante causa di disabilità sia acuta e temporanea che cronica e/o permanente oltre che costituire causa diretta e indiretta di insufficienze d'organo secondarie alla insufficienza d'organo primaria.

Obiettivi della Commissione

- Rendere operativo un sistema permanente di collaborazione professionale e scientifica sui contenuti relativi alle gravi insufficienze d'organo
- Favorire lo sviluppo di una rete clinica per le gravi insufficienze d'organo, differenziata al suo interno per tipologia d'organo e comunque attenta a non perdere la visione unitaria dell'individuo e a sviluppare le competenze regionali sulla gestione delle insufficienze multiorgano
- Sviluppare un sistema inclusivo di competenze indirizzato alla prevenzione, alla gestione diagnostico terapeutica acuta della disfunzione d'organo, alla gestione e ai percorsi diagnostico terapeutici e di follow-up delle gravi insufficienze d'organo croniche, allo interfacciamento attivo con la rete dei trapianti
- Instaurare un percorso di collaborazione e lavoro congiunto con gruppi di lavoro a comune con le commissioni permanenti della "cronicità", della "continuità assistenziale" e delle "fragilità" che si inseriscono in alcune fasi del percorso delle gravi insufficienze d'organo
- favorire il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nella costruzione dei percorsi regionali di trattamento delle gravi insufficienze d'organo e accesso alle reti dei supporti d'organo e alla rete trapiantologica e nella definizione delle scelte di fine vita

Sono stati individuati un programma a breve scadenza (semestrale) e un programma a lunga scadenza (annuale) in base alla esistenza di percorsi in parte già costituiti anche se in fase iniziale e di percorsi di collaborazione in rete da costruire ex novo a livello regionale.

È stata individuata la necessità di costituire 4 sottocommissioni che potranno avvalersi anche di gruppi di lavoro specifici.

A breve scadenza (semestrale):

- **Sottocommissione Insufficienza respiratoria**

costruire una procedura regionale sulla ventilazione non invasiva – NIV (dal DEA ai reparti ospedalieri) nel paziente acuto e acuto su cronico con approcci e metodologia condivisa dal DEA fino all'accesso in ambienti di cura intensivi e creare criteri condivisi, anche nell'utilizzo di NIV nelle scelte di fine vita;

definire e costruire la rete regionale di riferimento per la terapia e il supporto ventilatorio non invasivo e invasivo nei pazienti con fibrosi cistica fino all'utilizzo di supporti extracorporei e all'accesso al trapianto polmonare in urgenza oltre che in elezione. Verranno definiti i criteri di trattamento e centralizzazione e accesso alle cure presso i centri di riferimento secondo schemi condivisi nelle reti ospedaliere. Questo percorso vedrà coinvolto anche il medico pediatra figura

importante perché dovrà aiutare il paziente e le famiglie nella "transizione" da un ambiente pediatrico a quello adulto.

La necessità di costruire questa rete risiede nel fatto che vanno individuate i centri ospedalieri di riferimento e i criteri di centralizzazione per meglio gestire cura e terapia e indirizzare al trapianto e/o un eventuale "fine vita" coinvolgendo un'equipe multidisciplinare.

- **Sottocommissione Insufficienza renale:**

affronterà il problema della gestione del paziente dializzato nei centri dialisi (produrre una procedura per accessi venosi a lungo termine e gestione complicanze) che poi accederà al trapianto in modo da rendere uniformi i criteri di accesso e la gestione dei pazienti dai centri dialisi ai centri trapianti e uniformare e condividere la comunicazione tra i centri dialisi e i centri trapianti tramite procedure condivise tra la rete centri dialisi e i centri trapianto regionali.

A scadenza annuale:

- **Sottocommissione Insufficienza epatica:**

dovrà delineare e descrivere in procedura un percorso per il trattamento delle insufficienze epatiche acute e sub-croniche e acute su croniche definendo i criteri di accesso alle cure avanzate e alla centralizzazione verso centri specialistici regionali secondo criteri condivisi in rete e definire e condividere i criteri di accesso al centro trapianto attraverso una procedura che metta in rete ospedali e centro trapianti regionale

- **Sottocommissione Insufficienza cardiocircolatoria:**

dovrà delineare e produrre una procedura per la rete regionale per lo shock cardiogeno refrattario descrivendo i criteri di accesso e utilizzo dei trattamenti extracorporei e devices di supporto e definire i criteri di centralizzazione presso i centri di 3 livello in prospettiva di accesso anche alla rete dei trapianti.

Commissione permanente Modelli Organizzativi Innovativi

Coordinatore dr. Pierluigi Tosi

- Prevedere una fase iniziale dell'attività della Commissione dedicata alla "formazione" per attivare una metodologia comune di lavoro (formazione sul metodo);
- affidare a sottocommissioni specifiche il compito di elaborare progetti in collaborazione con le altre Commissioni permanenti:
 - "Gestione delle reti regionali da un punto di vista professionale nei rapporti aziendali e interaziendali" (standard volumi/esito),
 - "Sviluppo, inserimento e certificazione delle competenze" (crescita professionale dei giovani medici)
 - "Come sviluppare il modello operativo Hospitalist negli ospedali di medie dimensioni".

Commissione permanente Linee Guida

Coordinatore prof. Gian Franco Gensini

- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 (cosiddetta “Legge Gelli – Bianco”): “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, con i successivi decreti attuativi, pone un nuovo orientamento nei confronti del ruolo e dell’importanza delle Linee Guida a livello nazionale tramite la centralità del ruolo dell’Istituto Superiore di Sanità (e non soltanto per le ricadute sulla responsabilità penale dell’esercente la professione sanitaria in caso di non rispetto delle raccomandazioni previste dalle linee guida).
- È previsto un rapporto di stretta collaborazione con l’ISS allo scopo di contribuire alla produzione di Linee Guida nazionali che saranno individuate attraverso un attento lavoro di prioritizzazione.
- È necessario, peraltro, lavorare alla metodologia di implementazione delle Linee Guida (non solo nazionali) a livello regionale ed in particolare alla produzione di PDTA che siano coerenti delle migliori “raccomandazioni” basate sui criteri dell’EBM, contestualizzate nella rete assistenziale regionale.
- La commissione si propone di rappresentare il riferimento per il collegamento con l’ISS e le altre regioni e di collaborare con la Direzione ed i Settori regionali competenti sia per l’analisi delle migliori evidenze scientifiche e delle linee guida nazionali ed internazionali, che per le modalità di definizione dei PDTA implementati sul territorio regionale.
- È intenzione della commissione lavorare anche alle modalità di diffusione delle linee guida e dei PDTA per la loro consultabilità in tempo reale attraverso i moderni strumenti tecnologici disponibili (App, PC, Tablet, Smartphone) e di essere disponibile a collaborare alle iniziative regionali di aggiornamento e formazione degli operatori e dei cittadini.

ATTIVITÀ degli ORGANISMI DI GOVERNO CLINICO

Organizzazione Toscana Trapianti - OTT (Responsabile Adriano Peris)

- Il governo clinico di OTT verrà sempre più sviluppato e mantenuto attraverso uno stretto collegamento con le specialità di organo e la rete delle gravi insufficienze d'organo (rete nefrologica, rete epatologica, rete dello scompenso cardiaco, rete delle gravi insufficienze respiratorie) e dovrà garantire l'applicazione dei percorsi di cura delle gravi insufficienze d'organo mettendo in rete i centri trapianto per le attività di pre e post-trapianto, mediante PDTA dedicati;
- Con il Gruppo di lavoro sulle DAT e PCC sono state create le premesse (in accordo con il Centro Nazionale Trapianti) per un lavoro comune che può essere sviluppato insieme ad alcune Commissioni permanenti (ad es. "Fragilità", "Gravi insufficienze d'Organo"...) come "ponte" tra malattie e trapianti (pensando ad es. alle "riacutizzazioni" e al "procurement", fin dalla presa in carico da parte del sistema 118 e dei pronto soccorso attraverso percorsi dedicati;
- Il Centro trapianti dovrà sempre più tener conto degli "esiti" e quindi con maggiore attenzione alle insufficienze d'organo nella "rete" regionale sul territorio.
- OTT porterà a compimento entro la fine del 2018 la riorganizzazione del sistema trapianti e garantirà la stabilizzazione di programmi innovativi come il trapianto di organi da donatori a cuore fermo (DCD), consolidare le basi per la istituzione di una banca regionale dei tessuti e delle cellule, definire le caratteristiche organizzative e strutturali delle strutture di riferimento in grado di garantire anche con l'impiego di supporti avanzati la prevenzione e la cura delle gravi insufficienze d'organo

Centro Regionale per la Medicina Integrata (Responsabile Sonia Baccetti)

- sviluppare ulteriormente la collaborazione in atto da anni tra l'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) e il Centro regionale per la medicina integrata, per rafforzare l'approccio scientifico nell'uso delle medicine complementari in ambito oncologico, in attuazione della Deliberazione della Giunta regionale toscana n. 418/2015 e della DGR 1224/2016; esse garantiscono ai pazienti oncologici l'opportunità di fruire anche di tali trattamenti all'interno della Rete oncologica regionale, di sviluppare la ricerca clinica sulla materia e estendere la formazione degli operatori, nonché di individuare strategie comunicative rivolte ai cittadini e ai professionisti del SST sui vantaggi e svantaggi dell'uso delle medicine complementari in oncologia. Importante sarà altresì le aree di lavoro comune nei PDTA in ambito oncologico in ottica multidisciplinare. A tale scopo si prevede di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare di medicina integrata in oncologia formato da oncologi, esperti in MC, medici di medicina generale, infermieri, fisioterapisti, psico-oncologi, assistenti sociali e giornalisti;
- sviluppare la promozione del "parto fisiologico" con tecniche di medicina integrata, attività già avviata con il parere n. 54/2014 del CSR, anche in attuazione della DGR n. 1099/2014 "Raccomandazioni regionali su taglio cesareo e modalità di controllo del dolore durante il travaglio e il parto" e del DD n. 2614/2015 "Approvazione del protocollo terapeutico per il controllo del dolore nel travaglio e nel parto delle gravidanze a basso rischio con la

Medicina Tradizionale Cinese e con l’Omeopatia”. Tale attività sarà svolta in collaborazione con il Settore Qualità dei servizi e reti cliniche – Area dei punti nascita e della pediatria specialistica – e il Centro regionale per la salute e la medicina di genere. A tale scopo si prevede di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da pediatri, ginecologi, ostetriche individuati dal Comitato regionale percorso nascita e esperti di medicina integrata con l’obiettivo di aggiornare in maniera esaustiva la letteratura scientifica sulla materia, già riportata negli atti regionali descritti, e individuare, sulla base della forza delle evidenze disponibili, una proposta di eventuali azioni da sottoporre al CPN regionale.

- collaborare con i settori preposti alla lotta al dolore e con il Centro Regionale di Coordinamento della Salute e della Medicina di Genere.

Centro Regionale Sangue (Responsabile Simona Carli)

- tenere conto delle linee di indirizzo della DGRT 1274/2018;
- proseguire con la collaborazione (collaudata nel tempo) con OTT (ad es. sulle cellule staminali), con orientamento univoco a livello regionale reso possibile dalle tecnologie comuni;
- collaborazione con il Centro Regionale di riferimento per la verifica esterna di qualità – VEQ (Massimo Quercioli), tenendo conto della grande disomogeneità dei comportamenti sul territorio regionale, è ipotizzato un lavoro comune per la definizione degli intervalli di confidenza per gli esami di sangue da eseguire ai donatori (resa possibile oggi da un sistema informatico unico per tutta la regione);
- proseguire la collaborazione con il Centro regionale di riferimento per le Criticità Relazionali (Laura Belloni) per il “Bilancio Sociale” annuale, con l’intenzione anche di dare un supporto allo sviluppo dello “spirito di corpo” nella Medicina Trasfusionale, nella visione dei percorsi assistenziali multidisciplinari sia in ambito ospedaliero che sul territorio;
- nell’ambito della consolidata collaborazione con il Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente (Riccardo Tartaglia) procedere ad una migliore definizione degli “eventi avversi” (quali devono essere considerati tali...);
- con ISPRO riconsiderare la gestione della “trasfusione” come elemento di cura nei percorsi assistenziali (ad es. per i salassi nelle policitemie e trasfusioni nelle anemie da chemioterapia...);
- con la Commissione sui Modelli Organizzativi Innovativi (Pierluigi Tosi) considerare la possibilità di un lavoro comune sulla strategia della plasmateresi (anche in ambito extra-ospedaliero);
- proposte di “formazione” per le AA.SS. su alcuni argomenti.

Centro Regionale di riferimento per la verifica esterna di qualità – VEQ (Responsabile Massimo Quercioli)

- tenere conto degli indirizzi della DGRT 1178/2018;
- conferma del progetto di collaborazione con il Centro regionale sangue sulla “armonizzazione” degli Intervalli di Riferimento, degli esami ematici eseguiti ai donatori di sangue per l’idoneità alla donazione, per il quale prevede una fase iniziale di circa sei mesi;
- vede nell’OTGC la possibilità di applicare e sviluppare i concetti della “medicina di laboratorio” contribuendo alla realizzazione di PDTA multidisciplinari;
- conferma la proposta di ISPRO di poter iniziare a lavorare sulla armonizzazione delle indagini di laboratorio in ambito oncologico.

Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente (Responsabile Riccardo Tartaglia)

- tenere conto degli indirizzi delle DGRT 75/2018 e 860/2018;
- proposta azioni sinergiche con OTGC per una maggiore incisività sulla “sicurezza delle cure”, anche allo scopo di ridurre la rischiosità tuttora troppo elevata;
- anche in riferimento alle problematiche degli “eventi avversi” negli Ospedali con particolare attenzione al turn-over dei professionisti (mancanza di collegamento fra la vecchia e la nuova generazione...) utilizzando anche il Comitato Tecnico Scientifico del Centro.

Centro regionale di riferimento per le Criticità Relazionali (Responsabile Laura Belloni)

- tenere conto degli indirizzi della DGRT 73/2018;
- considerare la “centralità” del tema delle “relazioni” quale fattore comune e collante per tutte le attività che potranno essere promosse dall’OTGC nonché fra i diversi organismi di governo clinico che concorrono al raggiungimento di importanti obiettivi per il SSR;
- sviluppare e condividere insieme a tutte le altre Commissioni il “metodo” di lavoro affinché sia possibile costruire sinergie ispirate da una visione comune;
- disponibilità a collaborare “trasversalmente” alle attività previste dal programma dell’OTGC.
- Integrazione delle attività con il Centro Regionale di Coordinamento della Salute e della Medicina di Genere.

Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica – ISPRO (Direttore Gianni Amunni)

- la collaborazione con l’OTGC apre le porte allo sviluppo di progetti coerenti con la rete oncologica regionale, con il coinvolgimento dei clinici, attraverso le diverse strutture di ISPRO (comitati strategici... sulla prevenzione, la cura, la ricerca...);
- proposta di portare all’attenzione (e all’approvazione) dell’OTGC, in sinergia con i settori regionali competenti, di alcune attività di ISPRO (ad es. la ridefinizione delle funzioni dei GOM verso i TMD -Team Multi Disciplinari; i quattro PDTA regionali sul tumore della mammella, del polmone, della prostata e del colon-retto; il riassetto del “follow-up oncologico” in rete con i MMG con definizione degli standard diagnostici, dei test per l’alto rischio oncologico, ecc.);
- revisione del modello della “Breast Unit” alla luce dell’esperienza maturata nella rete regionale;
- linee strategiche da sviluppare sulla tematica dei tumori infrequenti e ad alta complessità (pancreas in primis);
- condivisione della proposta per l’uso appropriato delle medicine complementari;
- proposta di lavoro congiunto con l’OTGC su alcuni temi, quali ad esempio:
 - “preservazione della fertilità” nella persone con patologia oncologica (PDTA dedicato ?);
 - tipizzazione biomolecolare dei tumori;
 - gestione delle innovazioni tecnologiche e farmacologiche;
 - informazioni ai cittadini su come difendersi dalle “fake news”.

Centro regionale di coordinamento per la Salute e la Medicina di Genere (Responsabile Mojgan Azadegan)

- Tenere conto degli indirizzi della DGRT 30 del 14 gennaio 2019 (aggiunta successivamente all'approvazione del documento)

1) Collaborazione con gli altri organismi del governo clinico regionale, in particolare:

Collaborazione con OTT con un orientamento verso la Salute e Medicina di Genere

Collaborazione con Centro regionale per le Gestione del Rischio clinico nelle seguenti attività:

- partecipazione al forum Risk Management in Sanità il 29 novembre 2018 con una sessione specifica “L'accesso alle nuove tecnologie nella medicina di genere”
- partecipazione a ISQua 2020 (congresso internazionale della International society for quality in healthcare), con una sessione speciale per quanto riguarda la gender medicine
- sviluppo di good practice sulla sottovalutazione dell'esposizione lavorativa delle donne in relazione alla patologia

2) Definizione, in accordo con i settori regionali competenti in materia, di percorsi diagnostici terapeutico assistenziali (PDTA) che garantiscano un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, e dei relativi indicatori di processo e di esito

3) Raccordo con gli altri tavoli istituzionali e settori regionali, che si occupano direttamente o indirettamente della tematica della parità di genere (tavolo regionale di coordinamento per le politiche di genere di cui alla LR n. 16/2009, Commissione regionale per le pari opportunità di cui alla LR n. 76/2009).

4) Definizione di progettualità inter-aziendali e regionali sul tema della Salute e Medicina di Genere, sensibilizzando le Aziende ad organizzare periodicamente eventi riguardanti la medicina di genere

5) Definizione di un progetto insieme alla Fondazione ONDA (Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna) per quanto riguarda la sensibilizzazione e formazione dei medici e degli operatori sanitari sul tema della medicina di genere e sulla importanza della prevenzione e della diagnosi precoce con delle azioni di rete regionale. Il progetto si pone inoltre l'obiettivo di informare le donne sui servizi esistenti a livello ospedaliero e a livello di Area Vasta.

6) Collaborazione alle attività trasversali previste dal programma dell'OTGC

7) Partecipazione al Presidio affari europei e internazionali, al fine di sviluppare progettualità in ambito europeo.