

ASSEMBLEA DEL CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE

Nel corso del 2012 l'Assemblea si è riunita otto volte in ambito deliberativo.

Ha approvato le composizioni di tutti i gruppi di lavoro scaturiti dall'ordinaria attività.

Ha esaminato approfonditamente le seguenti tematiche:

- ***“Linea guida Fragilità”.*** Tema particolarmente delicato perché la fragilità pur non essendo una malattia, comporta un incremento della domanda sanitaria.
- ***“Demenza: guida per il caregiver”.*** Traduzione e adattamento di una guida nordamericana implementata a livello sperimentale nell'Azienda Sanitaria n. 7 di Siena e della quale si auspica l'estendibilità in quanto la demenza è un disturbo del comportamento, le cui problematiche ed interazioni si riflettono quasi interamente sulla rete familiare.
- ***“Soglie operative”.*** Primo momento di discussione al fine contestualizzare le problematiche relative al nuovo modello organizzativo proposto per il servizio assistenziale, all'Ospedale per intensità di cura, ai percorsi clinici e assistenziali, che presumono diverse modalità operative, alla componente tecnico-professionale, all'assegnazione delle risorse.
- ***“Rete pediatrica Regionale”.*** Documento approvato nell'ambito di una Conferenza di Consenso e recepito prontamente da delibera regionale.

- ***“Sistema Dispatch”***. Documento che nasce dalla necessità di dare una risposta omogenea, sia nella fase della ricezione delle richieste, sia nell’attribuzione del colore del codice, sia per la definizione di obiettivi e finalità comuni del sistema. Alla sua stesura ha contribuito anche il tavolo di lavoro composto dai coordinatori dei 118 toscani, che pertanto rappresenta la sintesi di un’importante condivisione. La tematica è particolare rilievo perché il 118 gestisce una parte sanitaria relevantissima, e il suo compito è di influire positivamente sulla salute dei cittadini, riducendone al minimo le potenziali disabilità.
- ***“Attività dell’Osservatorio Permanente sul Sistema di Emergenza – Urgenza”***. In stretta attinenza con la bozza del nuovo PISSR viene posto accento particolare sull’unificazione fra fase extraospedaliera ed intraospedaliera e la gestione dell’E/U in una logica di area vasta coordinata da un’unica centrale operativa 118. L’organizzazione delle terapie intensive in una logica di gestione delle risorse e di coordinamento operativo di area vasta rappresenta un altro esempio di gestione unificata. Tra i tanti obiettivi dell’Osservatorio la necessità, ormai improcrastinabile, di coinvolgere tutto l’ospedale per migliorare l’efficienza della risposta ai problemi dell’E/U, sollevando il Pronto Soccorso dal doversi da solo far carico dei problemi.
- ***“Attività dell’Osservatorio Permanente sull’Ospedale per Intensità di cura”***
La domanda che si è posta il consesso assembleare è stata se il modello dell’ospedale per intensità di cura sia stato trovato ed è stato evidenziato che sicuramente è stata trovata una notevole ricchezza di esperienze.
- ***“Nefropatia Diabetica”***. E’ approvata la linea guida pensata in modo che unisca una parte di revisione di letteratura e una parte di indirizzi pratici di facile consultazione.
- ***“Piede diabetico”***. Partendo dalla delibera del 2003 è stato predisposto, in collaborazione con il MeS, un questionario di 38 domande a risposta multipla, inviato a tutte le direzioni sanitarie, allo scopo di conoscere il percorso che il paziente fa in ogni asl. Una volta elaborati i dati questi avremo la fotografia della situazione toscana e ci saremo in grado di fornire

un percorso da condividere sull'intero territorio regionale. Particolare importanza verrà data al ruolo del MMG.

- ***“Lotta al dolore”.*** *Nell'ambito dell'attività della Commissione è stata data corretta definizione delle caratteristiche delle strutture Hospice e alle procedure di gestione dei percorsi assistenziali nelle strutture facenti parte della rete delle Cure Palliative.*

Uno sforzo è stato compiuto per cercare di individuare, all'interno dei percorsi assistenziali, modalità organizzative possibili per la gestione di specifiche problematiche legate alla tipologia dei pazienti ed alla complessità delle prestazioni erogate, in particolare negli interventi territoriali.

- ***“Riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale”.*** *Sono stati elaborati i documenti “Contributo delle professioni alla definizione di un nuovo modello di Sistema Sanitario Regionale” quale sintesi dei contributi dei professionisti e “Proposte di emendamento alla bozza di decreto “Definizione degli standard qualitativi, strutturali. Tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'art. 15 comma 13, lettera c del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”*

L'Assemblea ha sottolineato la necessità della partecipazione del Consiglio Sanitario Regionale alle successive fasi di predisposizione degli atti deliberativi, delle fasi progettuali e del cronoprogramma in attuazione del processo di innovazione nonché un confronto intellettuale ed una fattiva collaborazione, anche con l'apporto del CSR alla discussione generale pubblica e nell'ambito dei gruppi di lavoro già costituiti, al fine di approntare misure urgenti per la tutela del Sistema Sanitario Toscana alla luce delle recenti proposte normative nazionali.

- ***“News – National Early Warning Score.*** *Strumento elaborato dal Royal college of physician nel corso del 2012 come miglioramento del già*

esistente ed impiegato MEWS. Il modello non si applica alla pediatria, per la quale è previsto uno schema apposito.

UFFICIO DI PRESIDENZA

Nel 2012 l'Ufficio di Presidenza si è riunito dodici volte ed ha espresso i sotto elencati pareri molti dei quali ratificati dall'Assemblea:

- *Metodica di dialisi peritoneale*
- *Correlazione iridociclite cronica e artrite reumatoide*
- *Nomenclatore Tariffario Regionale - integrazione prestazioni relative alle patologie reumatiche*
- *Commissione Regionale per le attività diabetologiche: designazione componenti*
- *Gruppi di lavoro dell'Osservatorio permanente sull'Ospedale per intensità di cura: integrazione componenti*
- *Costituzione focus group "Prevenzione delle criticità relazionali" all'interno dell'Osservatorio permanente sul sistema di Emergenza-Urgenza*
- *Riconoscimento del servizio sanitario prestato all'estero*
- *Prevenzione delle infezioni perinatali da streptococco b – emolitico Gruppo B (GBS). Raccomandazioni Regionali*
- *Gruppi di lavoro dell'Osservatorio permanente sull'Ospedale per intensità di cura: integrazione componenti*
- *Linee di indirizzo per i setting di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie*
- *Relazione sull'attività ordinaria svolta nell'anno 2011 e programma di lavoro anno 2012*
- *Demenza: Guida per il caregiver*
- *Creazione di percorsi agevolati per i pazienti affetti da Sensibilità Chimica Multipla*
- *Conferma del parere 45/2008 sulla Sensibilità Chimica Multipla*
- *Commissione Regionale per le attività diabetologiche: nomina funzionario responsabile e segreteria*
- *Gruppi di lavoro dell'Osservatorio permanente sull'Ospedale per intensità di cura: integrazione componenti*

- *Commissione sugli impianti di protesi d'anca Depuy: costituzione gruppo di lavoro*
- *possibilità di utilizzo di apparecchiature ultrasoniche da parte del TSRM in imaging complementari*
- *Metodiche per il controllo del dolore nel parto”, e “Indagine regionale sulle modalità di controllo del dolore durante il travaglio ed il parto*
- *Rete Pediatrica regionale – mission, percorsi e competenze*
- *Taglio cesareo: costituzione gruppo di lavoro*
- *Commissione Regionale per le attività diabetologiche: integrazione componente*
- *Criteri di Beers 2012*
- *Implementazione della “Linea Guida Demenze”, e organizzazione percorso Memory Clinic*
- *Sistema “Dispatch” – Regione Toscana*
- *Protocollo di supporto tra le centrali operative 118 della Regione Toscana in caso di maxi emergenza*
- *Commissione regionale per la qualità e la sicurezza: integrazione componente*
- *Adozione di linee di indirizzo sulla terapia farmacologica in oncologia e adozione di linee di indirizzo sulla terapia con farmaci antivirali ad uso sistemico: costituzione gruppi di lavoro*
- *Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale: designazione componenti*
- *Elaborazione di linee di indirizzo regionali per la sperimentazione di azioni di percorsi di attività fisica personalizzata: costituzione gruppo di lavoro*
- *Percorso assistenziale Parkinson: costituzione gruppo di lavoro*
- *Rimborsabilità spese sostenute nel trattamento A.B.A. per i disturbi pervasivi dello sviluppo (spettro autistico)*
- *Rimborsabilità spese sostenute nel trattamento Fay e Doman*
- *Dispositivo medico multifunzionale per l'accompagnamento delle contrazioni uterine durante il parto: costituzione gruppo di lavoro*
- *Dispositivo medico multifunzionale per l'accompagnamento delle contrazioni uterine durante il parto*
- *Percorso assistenziale e monitoraggio ostetrico del diabete gestazionale*
- *Strutture sanitarie e specialisti di prodotto*
- *Coordinamento regionale per le malattie nefrologiche rare nell'ambito del coordinamento regionale per le malattie rare: nomina coordinatore*

- *Coordinamento regionale per le malattie rare dell'apparato digerente nell'ambito del coordinamento regionale per le malattie rare: nomina coordinatore*
- *Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale: integrazione componente*
- *Percorsi assistenziali relative alle malattie rare*
- *Implementazione Linea Guida Demenze: integrazione componente*
- *Istituzione Commissione pediatrica Regionale: designazione componenti*
- *Commissione regionale per la Qualità e sicurezza: integrazione componenti*
- *Valutazione scadenze per la validità degli attestati di esenzione per patologia cronica ed invalidante di cui alla DGRT n. 1145/2000 rispetto allo Schema di accordo relativo al decreto del Ministero della salute concernente la definizione dei tempi minimi di validità dell'attestato di esenzione per patologia cronica ed invalidante*
- *Percorso gestione del paziente con aneurisma dell'aorta addominale rotto o sospetto tale*
- *Linea guida "Fragilità nell'anziano"*
- *Percorsi osservatorio permanente sull'Ospedale per intensità di cura*
- *Gruppo tecnico regionale per l'adozione di linee di indirizzo per l'appropriatezza dell'impiego e l'uso razionale delle risorse: designazione componenti*
- *Screening della LUE in gravidanza: costituzione gruppo di lavoro*
- *Linea Guida "Nefropatia diabetica"*
- *Linea guida "Uso dell'immunoglobulina: parere favorevole*
- *Linee guida sull'uso delle soluzioni di Albumina umana*
- *Corretta definizione delle caratteristiche delle strutture Hospice e procedure di gestione dei percorsi assistenziali in Hospice*
- *Inserimento della Medicina trasfusionale all'interno del percorso per l'Ospedale per intensità di cura: designazione componenti*
- *Screening della LUE in gravidanza: parere favorevole*
- *Istituzione gruppo "medicina peri-operatoria" all'interno dell'Osservatorio permanente sull'Ospedale per intensità di cura: designazione componenti*
- *Collaborazione del CSR alla implementazione dei progetti di sviluppo delle azioni previste nel DGR 754/2012: sostituzione gruppo di lavoro*
- *riorganizzazione del sistema sanitario. La toscana affronta le sfide del futuro: qualità ed equità*
- *Commissione pediatrica Regionale: sostituzione componente*

- *Osservatorio delle professioni: sostituzione componenti*
- *Commissione regionale per la qualità e sicurezza: sostituzione componenti*
- *Proposta di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale condiviso per la diagnosi e cura delle emorragie digestive: costituzione gruppo di lavoro*
- *Trasporto interospedaliero di pazienti critici adulti: Handover e mantenimento del livello di intensità di cure*
- *Utilizzo appropriato dei farmaci cannabinoidi in ambito regionale: costituzione gruppo di lavoro*
- *Gruppo "medicina peri-operatoria" dell'Osservatorio permanente sull'Ospedale per intensità di cura: designazione componenti: designazione coordinatore*
- *Percorso autorizzativo trattamenti riabilitativi di malattia rara – Sindrome di Prader Willy: costituzione gruppo di lavoro*
- *National Early Warning Score (NEWS) – Misurazione standardizzata della gravità della malattia*

ATTIVITA' CULTURALE

Nell'ambito delle attività culturali sono stati organizzati due seminari ed una conferenza di consenso

Seminario "Ospedale per intensità di cura: due anni di esperienze delle ASL toscane nel report regionale" - 3 febbraio 2012

Conferenza di consenso "La rete pediatrica regionale" - 13 marzo 2012

Seminario "Il problema del risarcimento danni: modelli regionali a confronto" - 26 giugno 2012

ATTIVITÀ DELLE COMMISSIONI E DEGLI OSSERVATORI

Nel corso dell'anno 2012 le Commissioni e gli Osservatori permanenti, anche con i vari sotto gruppi, del Consiglio Sanitario Regionale che hanno effettuato riunioni sono stati 23 e sono i seguenti:

CMG - *Determinanti di salute (3° Area)*
CMG - *Indicatori equità di genere (4° Area)*
Commissione attività diabetologiche
Commissione Medicina di Genere
Commissione Pediatria Regionale
Commissione Qualità e Sicurezza
Commissione reg. di coordinamento per le azioni di lotta al dolore
Commissione Salute Mentale
OEU *Diagnosi e cura delle emorragie digestive*
OEU - *"Gestione del paziente politraumatizzato"*
OEU - *"Osservazione breve intensiva"*
OEU - *Piano di intervento speciale per emergenze di tipologia NBCR*
OEU - *"Prevenzione delle criticità relazionali"*
OEU - *"Sistema di emergenza territoriale - protocolli infermieristici"*
OEU - *"Trattamento del dolore in Pronto Soccorso"*
OEU - *Buone pratiche trasporti interospedalieri*
OEU - *Registro dei traumi*
OSPIC *"Medicina peri-operatoria"*
OSPIC *"Percorso chirurgico"*
OSPIC *"Percorso medico"*
OSPIC *"Percorso Outpatients"*
OSPIC *"Rapporti interprofessionali"*
Osservatorio professioni 2012

I professionisti coinvolti nei gruppi di lavoro sono stati 320

Le riunioni effettuate nel corso dell'anno sono state 76

ATTIVITÀ DEI GRUPPI DI LAVORO

Nel corso dell'anno 2012 i gruppi di lavoro del Consiglio Sanitario Regionale che hanno effettuato riunioni sono stati 15 e sono i seguenti:

Attività Fisica Personalizzata

Babyguard

Diabetica in gravidanza

LUE in Gravidanza

Parkinson

Parkinson - Epidemiologia

Partoanalgesia-metodiche (sottogruppo)

Percorsi riabilitativi 2012

Radiodiagnostica-implementazione

Riorganizzazione Sanitaria

Streptococco B

Taglio Cesareo

Ulcere Cutanee

VSC Comitato Tec/Scient

VSC Coordinatori

I professionisti coinvolti nei gruppi di lavoro sono stati 137

Le riunioni effettuate nel corso dell'anno sono state 28

IL PROCESSO LINEE GUIDA

Il Processo Linee guida è coordinato dal dr. Pierluigi Tosi.

I professionisti coinvolti nei gruppi di lavoro sono stati 81

Le riunioni effettuate nel corso dell'anno sono state 19

Nell'anno sono state impostate graficamente le linee guida:

- 1. Fragilità (versione in italiano ed inglese)*
- 2. Scompenso cardiaco*

Sono state elaborate in versione definitiva e pubblicate le linee guida:

- Albumina e plasmaderivati*
- Nefropatia diabetica*

Sono state revisionate le linee guida:

- Scompenso cardiaco*

I gruppi di lavoro del Processo Linee guida, riunitisi nel corso dell'anno 2012 sono stati 8:

- 1. Fragilità*
- 2. Scompenso cardiaco*
- 3. Albumina e plasmaderivati*
- 4. Nefropatia diabetica*
- 5. Demenza Implementazione*
- 6. Delirium Implementazione*
- 7. Ulcere da Pressione Implementazione*
- 8. Ipertensione Giovanile Implementazione*

Progetto Implementazione Linee guida

Il riferimento principale nella redazione / implementazione delle Linee Guida sono sempre state le prove di efficacia documentate dalla letteratura, desunte secondo i criteri internazionalmente consolidati dell'“Evidence-based Health Care” . Sugli stessi criteri è indispensabile insistere anche nel futuro.

Nei paragrafi che seguono sono schematicamente indicate le aree di intervento 2012 e quelle previste per il 2013. Si tratta di procedure di solito lunghe, per la necessità di un'attenta analisi critica della letteratura, per l'estensione regionale del “target” e per la necessità di rinforzare più volte l'informazione, pena il decadimento dello standard acquisito. Nella scelta delle aree di intervento il CSR si è attenuto e continua ad attenersi alle problematiche sanitarie che più incidono sulla popolazione assistita, in particolare quelle relative agli strati anziani di popolazione. E' evidente che questi più degli altri hanno necessità dell'assistenza del SSR e che per gli stessi il SSR sostiene i costi maggiori.

Implementazione Linee Guida

Nell'anno 2012 le attività portate a termine sono state:

- *Linea Guida “Fragilità nell'anziano”*
 - *Conduzione Gruppo di lavoro*
 - *Redazione*
 - *Presentazione preliminare nelle 3 Aree Vaste della Regione Toscana*
- *Linea Guida “Delirium”*
 - *Implementazione pilota nelle 3 Aree Vaste della Regione Toscana*
- *Linea Guida “Albumina” (norme prescrittive)*
 - *Traduzione dell'originale del National Health System – Scotland*
 - *Presentazione all'Assemblea (approvazione)*
 - *Attività preliminare per la diffusione on-line*
- *Linea Guida “Immunoglobuline e.v.” (norme prescrittive)*
 - *Traduzione dell'originale del National Health System – Scotland*
 - *Presentazione all'Assemblea (approvazione)*

- *Attività preliminare per la diffusione on-line*
 - *Linea Guida “Demenza”*
- *Studio per la riorganizzazione dei processi*
- *Proposta di riorganizzazione in forma di “Memory Clinic”*
- *Linea Guida “Ulcere cutanee”*
- *Partecipazione al Gruppo di Lavoro*
- *Linea Guida “National Early Warning Score”*
- *Traduzione dell’ originale del National Health System – Scotland*
 - *Presentazione all’Assemblea (approvazione)*
 - *Attività preliminare per la diffusione*
- *Norme per la prescrizione farmaci. Lista di Beers (Revisione 2012)*
- *Diffusione*
- *Percorso “Parkinson”*
- *Partecipazione al Gruppo di Lavoro*
- *Proposta di riorganizzazione in ambito di Unità Complessa Cure Primarie*
- *Percorso “Emergenza- Urgenza”*
- *Studio di un modello di “streaming” alternativo o supplementare al “triage”*
- *Procedure per la prevenzione. “Ondate di Calore”*
- *Partecipazione al Gruppo di Lavoro*
- *Appropriatezza prescrittiva. “Choosing Wisely”*
- *Partecipazione all’adattamento della lista originale*

OSSERVATORIO DELLE PROFESSIONI

L'Osservatorio delle Professioni è coordinato dalla dott.ssa Maria Grazia Monti.

Nel corso del 2012 si è insediato il nuovo L'Osservatorio delle professioni. Nel corso del primo incontro che si è tenuto il giorno 29 maggio 2012 si sono gettate le basi per l'articolazione degli indirizzi contenuti nella delibera istitutiva con particolare riferimento alle questioni di genere ed agli indirizzi tecnico professionali. Le aree di lavoro individuate fanno riferimento a:

- un approfondimento delle differenze di genere nell'ambito delle singole professioni attraverso una raccolta dati relativa alle funzioni di direzione all'interno delle professioni sanitarie*
- alla costruzione di una mappa relativa all'offerta formativa universitaria a livello regionale post-base*
- alla continuità del lavoro fin qui svolto dall'osservatorio rispetto alla definizione regionale degli accessi alla formazione delle professioni sanitarie.*

Sono state raccolte le adesioni per la partecipazione ai singoli gruppi che sono stati successivamente costituiti.

OSSERVATORIO EMERGENZA-URGENZA

L'Osservatorio Emergenza-Urgenza è coordinato dal prof. Giancarlo Berni.

Attività dell'anno 2012:

1. 118 Elisoccorso

- a. Approvazione dei protocolli sul dispatch di centrale.*
- b. Preparato un documento per il processo assistenziale sui trasferimenti interospedalieri dei pazienti critici.*
- c. Preparato un documento che prevede la stesura di algoritmi decisionali a gestione infermieristica per le attività del 118.*

2. Miglioramento del Pronto Soccorso

- d. Protocollo regionale sul trattamento del dolore in Pronto Soccorso da parte degli infermieri, medici e specialisti coinvolti nella diagnosi e cura del paziente critico (anestesisti, G.E., ortopedici, chirurghi).*
- e. Delibera per l'applicazione del See & Treat al Pronto Soccorso pediatrico da attivare nel 2013.*

- f. *Elaborazione dei comportamenti da applicare nel Pronto Soccorso nei confronti del malato fragile nell'ambito della linea guida "Fragilità nell'anziano".*
- g. *Definizione della rete per la diagnosi e il trattamento delle emorragie digestive in fase acuta.*

3. *Flussi da e per il Pronto Soccorso*

- h. *Elaborazione del documento sulla struttura, compiti e funzionalità dell'osservazione breve intensiva.*
- i. *Adozione del protocollo NEWS con adattamento del NHS inglese in tutte le attività assistenziali, in particolare in corso di criticità improvvise.*

4. *Gestione del paziente politraumatizzato*

- j. *Siamo in attesa della reportistica del trauma da parte delle Direzioni Sanitarie della Regione Toscana.*
- k. *Prosegue il lavoro sul Trauma Registry con il coinvolgimento delle C.O.118 e PS DEU.*

5. *Attivazione del focus group sulla comunicazione*

6. *Proposta di sperimentazione per l'implementazione delle varie articolazioni dell'emergenza – urgenza.*

Altre attività:

è stato aggiornato il documento sui Criteri di Beers già diffuso sulle pagine di Toscana Medica dove verrà pubblicato nuovamente con gli aggiornamenti recenti;
è stata rinnovata la Linea Guida sull'uso delle Albumine e Gammaglobuline basandosi sulla Linea Guida del NHS scozzese.

OSSERVATORIO PERMANENTE OSPEDALE PER INTENSITA'
DI CURA

L'Osservatorio permanente ospedale per intensità di cura è coordinato dal dr. Mario Cecchi.

Nel corso dell'anno 2012 sono proseguite le attività dei Gruppi di Lavoro:

“ Percorso chirurgico” (Coordinatore : Andrea Valeri)

“ Percorso medico” (Coordinatore : Giancarlo Landini)

“Rapporti interprofessionali” (Coordinatori : Grazia Monti e Alberto Cuccuini)

I documenti conclusivi sulla attività svolta nell'anno sono stati presentati ed approvati dal CSR.

Sulla scorta di queste attività e dei rispettivi documenti sono state condivise ulteriori iniziative a completamento dei percorsi iniziati (ad es. sulla medicina perioperatoria, la chirurgia d'urgenza, la continuità assistenziale, la dimissione ospedaliera, l'accoglienza sul territorio, ecc.)

In considerazione degli ambiti di interesse comune evidenziati nel corso dei lavori dei vari Gruppi di Lavoro è stato ritenuto opportuno che il Gruppo di Lavoro specifico sul “Percorso outpatients - attività ambulatoriali specialistiche” (Coordinatori : Mario Cecchi e Mario Barresi) allineasse la sua attività in questo senso e che, pertanto, contribuisse all'equilibrio necessario, fra area medica e area chirurgica e fra le diverse professioni, per lo sviluppo dei successivi lavori previsti nella logica della continuità assistenziale fra ospedale e territorio nell'anno 2013.

L'Osservatorio ha svolto inoltre, nell'anno 2012, numerosi incontri con i professionisti nelle Aziende Sanitarie toscane specialmente in relazione agli sviluppi delle azioni regionali sulla riorganizzazione della rete ospedaliera e alle linee di indirizzo per l'appropriatezza di uso dei dispositivi medici.

Ha partecipato a numerosi convegni regionali e nazionali sul tema del modello organizzativo dell'ospedale per intensità di cura e della sua evoluzione concettuale rappresentata dallo sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e riabilitativi, rispetto ai “livelli” di cura, così come sono stati evidenziati dalle esperienze regionali toscane e dai rilievi effettuati localmente insieme al Settore Diritti e Servizi Socio-Sanitari della Persona in Ospedale del Dipartimento.

Tutti i lavori sono stati sempre svolti in stretta collaborazione con gli altri Osservatori del CSR ed in particolare con quello dell'emergenza-urgenza.

CENTRO REGIONALE DI COORDINAMENTO DELLA RETE ASSISTENZIALE DELLE PERSONE CON DEMENZA

Il Centro regionale di coordinamento della rete assistenziale delle persone con demenza è coordinato dal dr. Antonio Bavazzano.

Nel corso dell'anno 2012 l'Ufficio di Presidenza del CSR ha individuato per il Centro in oggetto una serie di attività armonizzate e compatibili con i principi legislativi ed economici che hanno caratterizzato, nell'ambito dei Servizi Sanitari, l'azione del Governo Nazionale e Regionale, ma tali da consentire un ulteriore sviluppo del così detto “Sistema toscano”, fondato sulla Medicina d'iniziativa

I principi su cui si basa la riorganizzazione del Servizio sanitario, nell'ambito delle cure territoriali, sono riassumibili in alcuni punti del Decreto Legislativo del 25/10/2012 noto come "Decreto Balduzzi.

Le attività del Centro di coordinamento della rete assistenziale delle persone con demenza sono state organizzate per rispondere essenzialmente ai due punti seguenti:

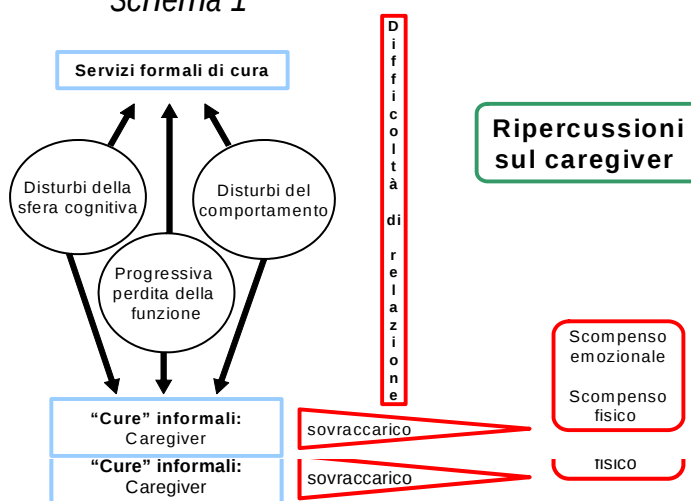
1- "E' necessario individuare dei percorsi ambulatoriali sulla base sia della prevalenza epidemiologica di alcune patologie che sulla criticità delle stesse, e predisporre delle aree ambulatoriali ad hoc in cui professionisti appartenenti ad ambiti disciplinari diversi possano in parallelo fornire le proprie competenze su cluster di pazienti selezionati e soprattutto condividere le informazioni in tempo reale".

2- L'organizzazione di percorsi ambulatoriali si rende necessaria soprattutto per le cosiddette "patologie ad alto grado di tutela", quadri morbosi che "generano situazioni di disabilità gravissima e non emendabile, ad andamento cronico", che "hanno un devastante impatto psicologico ed operativo sulle famiglie", che sono "responsabili di elevati costi complessivi" e che sollevano "nuove e complesse questioni etiche" (E. Guzzanti, Monitor, 2012). Queste cronicità riguardano essenzialmente la fascia anziana di popolazione e richiedono un "alto grado di tutela" soprattutto quando sono presenti anche disturbi della sfera cognitivo-comportamentale (demenze, s. parkinsoniane).

1. La sindrome demenza

In particolare le Demenze, le cui peculiarità sono indicate nello schema seguente, sono a pieno titolo "patologie ad alto grado di tutela" e richiedono una presa in carico sanitaria e sociale secondo percorsi ambulatoriali in cui siano presenti professionisti appartenenti ad ambiti disciplinari diversi.

Schema 1



La Demenza è patologia età-correlata, quindi è una delle patologie che maggiormente risentono del fenomeno della transizione demografica.

Il dato epidemiologico prevede un incremento numerico degli affetti da demenza nella Regione Toscana da 84.000 nel 2010 a 114.000 nel 2030.

I costi totali (diretti e indiretti), stimati sulla base della letteratura corrente, sono in media di 25.000 Euro all'anno pro capite (valore 2010), pari ad un costo complessivo nel 2010 di 2,850 Miliardi di Euro, pari all'incirca all' 1,5% del Prodotto Interno Lordo della Regione Toscana. Si sottolinea che il valore percentuale indicato è relativo ad un'unica patologia, che si configura come una delle forme morbose di maggior costo e di maggiore durata.

Nell'anno 2011 il CSR ha prodotto la Linea Guida relativa alla "Sindrome Demenza", inserita fra le Linee Guida del "National Guideline Clearinhouse" e che, alla data del 31.12 aveva avuto oltre 10.000 contatti.

Nel corso di tutto il 2012 il Centro di coordinamento sopracitato ha monitorato, insieme alle Società scientifiche che studiano questo settore della Medicina, l'organizzazione dei Servizi deputati alla presa in carico delle persone affette da demenza e delle loro famiglie.

I servizi per la Demenza sono affidati all' Area delle Cure Primarie, con due nodi "hub", per la diagnosi – le Unità di Valutazione Alzheimer, UVA – e per l'organizzazione del percorso assistenziale – Unità Valutativa Multidimensionale, UVM - . La componente assistenziale può avvalersi di specifici moduli organizzati presso RSA. Negli anni, i Piani Sanitari e le Delibere dedicate hanno sempre sottolineato la necessità di piena integrazione fra questi servizi.

L'attuale organizzazione presenta criticità che possono essere così riassunte (dati UNIVA 2011):

- 1. elevati tempi di attesa per la valutazione UVA (in media 180gg);*
- 2. collegamento tra UVA ed UVM assente nel 53% dei casi;*
- 3. collegamento con il Medico di Medicina Generale assente nel 58% dei casi;*
- 4. insufficienti servizi per le cure non farmacologiche.*

Nell'anno 2011 uno studio di implementazione della linea guida ha messo in evidenza una adesione dei Medici di Medicina Generale alle Raccomandazioni; i risultati migliori si sono ottenuti con il contatto diretto e rapido tra lo Specialista ed il MMG, situazione questa che facilita una diagnosi tempestiva della malattia, riducendo in misura molto significativa i tempi di presa in carico dei pazienti affetti da Demenza (10/15 giorni anziché 180).

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici lo studio di implementazione ha evidenziato una buona aderenza alla Linea Guida nel trattamento dei sintomi core, viceversa le "cure" non farmacologiche, sulle quali esistono evidenze in letteratura, sono state attuate in misura molto modesta, sostanzialmente per mancanza di un'organizzazione finalizzata al trattamento complessivo del "problema Demenza". Lo stesso si può dire per le azioni di formazione e di sostegno al caregiver, ad eccezione della diffusione sperimentale nell'area senese di una Guida per il Caregiver approvata dal Consiglio sanitario Regionale¹.

Si rende evidente la necessità di definire modelli organizzativi complessi ed articolati, idonei ad applicare integralmente le Raccomandazioni nell'intero decorso della malattia. Per questo occorrono la partecipazione attiva delle differenti professionalità, la continua e completa presa in carico del paziente ed il sostegno alla famiglia, in particolare al caregiver.

Sulla base di questi rilievi, l'Ufficio di Presidenza del CSR ha dato mandato al Centro di coordinamento di studiare i dati di letteratura nell'organizzazione di servizi dedicati al governo clinico delle persone con demenza e di proporre adeguamenti dell'organizzazione attuale, sempre nell'ambito delle risorse economiche disponibili e dei nuovi principi legislativi.

E' nata una proposta denominata "Memory Clinic" vicina a modelli organizzativi del mondo anglosassone. Nel Giugno 2012 è stata approvata dall'Ufficio di Presidenza e successivamente dall'assemblea del CSR. Nello schema seguente si sintetizza l'attività proposta.

¹ Consiglio Sanitario regionale. Parere 41/2011. 13 Settembre 2011

Memory Clinic:
Funzione di tutte le professionalità e servizi che si occupano, a qualunque titolo, del deficit mnesico e delle demenze.
Ipotesi:
UVA: (23 in Toscana) coordina il percorso della Memory Clinic
Professionalità previste: (operatori già presenti nel SSR) - MMG - Medici Specialisti - Psicologo esperto - Infermiere con formazione psicogeriatrica - Fisioterapista - Assistente sociale

Obiettivi da perseguire, risultati attesi ed ipotesi di spesa vengono sintetizzati nello schema seguente:

Obiettivi da perseguire:

- *definizione dei disturbi soggettivi di memoria*
- *diagnosi precoce di demenza*
- *attivazione di un servizio di consulenza telefonica 24h/7 giorni*
- *supporto formativo e informativo al caregiver*
- *consultazione urgente in caso di ricovero ospedaliero*

Risultati attesi:

- *riduzione dello stress del caregiver*
- *contenimento delle ospedalizzazioni*
- *minore istituzionalizzazione*

Costi:

1. *nessun costo aggiuntivo*

Questa riorganizzazione comporta spostamento di parte delle attività e delle risorse umane già operanti

L'organizzazione delle cure, secondo la modalità della Memory Clinic, è stata presentata in numerosi convegni regionali e nazionali, sia per ottenere un consenso culturale che per ascoltare possibili suggerimenti ed esperienze.

Il giorno 27/06/2012 il progetto è stato proposto, su iniziativa dell'Area di coordinamento regionale, a tutti i Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie toscane. Al momento attuale sono in atto incontri per concordare su quali aree possa essere avviata questa iniziativa.

E' in corso l'organizzazione di una serie di incontri nell'area di Cecina per formare gli operatori ed individuare un monitoraggio relativo all'organizzazione di un percorso di Memory Clinic.

Questa iniziativa potrebbe rappresentare una concreta attività per l'anno 2013 e consentirebbe lo sviluppo di un percorso scientifico-organizzativo iniziato nell'anno 2010 con le linee guida Sindrome demenza.

2. La fragilità nell'anziano

Al termine dell'anno 2011 era stata avanzata la seguente proposta per l'anno 2012, relativamente al problema della "fragilità" nella popolazione anziana.

- 2. Ultimare la linea guida entro il primo semestre 2012*
- 3. Promuovere iniziative formative nelle varie Aziende finalizzate alla sua applicazione ed implementazione*
- 4. Ricercare confronti nazionali ed eventualmente sovranazionali*

Il 3 luglio 2012 il CSR ha approvato la Linea guida per la Fragilità nell'anziano.

In otto raccomandazioni il documento fornisce metodologia, indicazioni e strumenti per individuare il gruppo degli anziani fragili, cioè quelle persone particolarmente vulnerabili in cui eventi negativi possono favorire o determinare uno scompenso fisico.

Il rationale della Linea Guida si basa su numerosi studi scientifici che hanno dimostrato che disabilità, istituzionalizzazione e morte si verificano con maggiore frequenza in soggetti anziani che presentano una ridotta riserva funzionale e minore resistenza di fronte a situazioni di stress. Sono queste le persone definibili come "fragili", il cui fondamentale tratto distintivo è nella faticabilità, nella riduzione della forza muscolare e nella perdita involontaria di peso.

Riconoscere queste persone può consentire misure di attività fisica e nutrizionali tali da ridurre la loro vulnerabilità.

Ricercare queste persone, non ancora disabili, ma con elevata vulnerabilità, è un'impostazione metodologica propria della Medicina d'iniziativa, dove il problema viene ricercato ed eventualmente corretto prima della sua interazione con possibili quadri patologici.

In sintesi prendersi cura della fragilità significa porsi l'obiettivo di ritardare od impedire la disabilità in una ampia fascia della popolazione anziana.

Per rispondere alla domanda di come riconoscere il fragile e su come "curarlo" la linea guida si articola nel:

- *sospettare la fragilità*
- *valutare e confermare la fragilità*
- *analizzare la fragilità*
- *prevenire l'evoluzione della fragilità*
- *ospedalizzazione della persona fragile*
- *condivisione delle informazioni*
- *aspetti di bioetica.*
-

Per ciascuno dei punti presi in esame vengono indicate criticità, strumenti valutativi e trattamenti opportuni.

Per quanto attiene ad iniziative formative atte alla diffusione della Linea Guida, questa è stata presentata nelle "Giornate mediche di Santa Maria Nuova", successivamente sono stati organizzati tre incontri - uno per ogni area vasta - espressamente dedicati alla diffusione della Linea Guida.

Giornate sulla fragilità

AV Centro: Bagno a Ripoli 20 Ottobre

AV Sud-Est – Chianciano Terme 13 Ottobre

AV Nord-Ovest – Pisa 10 Novembre

OBIETTIVI

Il 3 luglio 2012 il Consiglio Sanitario Regionale ha approvato le linee guida per la fragilità, ribadendo l'importanza dell'impegno nel campo della prevenzione della non autosufficienza, oltre che nell'assistenza alla persona che ha ormai perso le sue abilità funzionali.

Gli incontri hanno l'obiettivo prioritario di divulgare i contenuti e i principi ispiratori delle Linee Guida per la Fragilità e, contestualmente, presentare i risultati di un progetto sperimentale, finanziato dal Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute, condotto in due SdS della Toscana, dal titolo "La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale: definizione e sperimentazione di strumenti e interventi"

Target: MMG, Direttori SdS/Zone distretto, Direttori ASL, Medici di distretto, Assistenti sociali ASL/Comuni, specialistica ospedaliera geriatrica, infermieri cure primarie.

Al momento attuale la Linea Guida “Fragilità nell’anziano” viene valutata a livello internazionale per il suo eventuale inserimento nel “National Guideline Clearinghouse”.

3. Il percorso Parkinson

In data 8 maggio 2012, il CSR ha istituito un gruppo di lavoro finalizzato all’individuazione di un percorso assistenziali Parkinson. Questa patologia rientra, analogamente alle Demenze, fra le Patologie ad alto grado di tutela.

Il confronto fra i professionisti individuati dal CSR è ancora in essere.

A parere dello scrivente, trattandosi di patologia ad andamento cronico progressivo, si rende necessario individuarne i vari stati e programmare le professionalità che possano essere necessarie per ciascuno di essi.

La stadiazione può essere individuata e condivisa attraverso uno strumento valutativo. Nell’ipotesi allegata viene proposta la Scala Hone Hyar a 5 stadi, per ciascuno dei quali sarà possibile individuare professionalità e servizi necessari. Questo metodo di lavoro può forse facilitare il governo clinico di una malattia complessa come il Parkinson.

Parkinson's Disease: Hoehn and Yahr Scale	Scala	Unità Complessa di Cure Primarie*					Ospedale		
		I° Livello	II° Livello				III° Livello		
		MMG	Neurologo	Fisioterap.	Psicologo	Geriatra	Servizi Socio San.	Neurologia	Neurochir.
Stadio 1 Interessamento unilaterale, disabilità minima o assente	Diagnosi iniziale	Diagnosi, diagnosi differenziale, terapia							
Stadio 2 Sintomi bilaterali, minima disabilità, modesto interessamento della postura	Monitorag. clinico	Trattamento farmacol., monitorag. clinico	Fisioterap. (AFA?)	Colloquio					
Stadio 3 Sintomi bilaterali, modesta disabilità con riflessi posturali peggiorati, fisicamente indipendente	Monitorag. clinico	Trattamento farmacol., monitorag. clinico	Fisioterap.	Sostegno	Valutaz. multidimensionale. Studio funzioni cognitive				
Stadio 4 Grave disabilità, ancora in grado di camminare e stare in piedi senza aiuto	Monitorag. clinico	Terapie farmacol. complesse, monitorag. clinico	Trattamen. riabilitat.	Sostegno	Valutaz. multidim. Cura delle comorbidità	Percorsi per la disabilità	Eventuale Apomorfina, DuoDopa, altro	Eventuale DES	Stabilizz. parametri vitali
Stadio 5 Confinato al letto o in sedia a rotelle	Monitorag. clinico	Terapie farmacol. complesse, monitorag. clinico	Fisioterap.	Sostegno	Cura delle comorbil.	Percorsi per la non-autosuff.	Eventuale Apomorfina, DuoDopa, altro	Eventuale DES	Trattam. scompen. fisici

* DL 13 settembre 2012 n.158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" (decreto Balduzzi)

4. Linea Guida Delirium

Per l’anno 2012 : partecipazione all’attività formativa.

5. Procedure per la prevenzione “Ondate di calore”

Nell'ambito delle misure per l'assistenza a persone fragili e/o disabili, la Regione Toscana ha definito nuovamente metodologie di allarme ed interventi assistenziali nel caso di situazioni climatiche avverse. Il gruppo di lavoro che ha coinvolto lo scrivente si riferiva alle così dette "ondate di calore".

Il gruppo, formato da professionisti del settore sanitario e sociale e da bioclimatologi ha completato il compito nel dicembre 2012.

6. Prendersi cura di chi si prende cura

Gruppo di lavoro della Fondazione Andrea Devoto dedicato alle necessità formative del personale di assistenza. Il contributo del Centro è stato relativo agli aiuti relazionali e farmacologici.

COMMISSIONE REGIONALE PER LE ATTIVITA'DIABETOLOGICHE

La Commissione regionale per le attività diabetologiche è coordinata dal dr. Giancarlo Landini.

Nel corso del 2012 la commissione si è riunita 4 volte ed ha fatto una audizione al CSR per riferire la sua attività. Sono stati affrontati i seguenti temi:

- 1) Diabete Gestazionale con produzione, di concerto con i rappresentanti degli ostetrico-ginecologi un documento di consenso regionale(referente Dr. Graziano Di Cianni)*
- 2) Implementazione standardizzazione dei percorsi assistenziali ospedale -territorio (Dr.ssa Cristiana Baggione e Dr Edoardo Mannucci)*
- 3)Collaborazione con indagine Mes sul trattamento del piede diabetico con partecipazione alla stesura del questionario (Dr.ssa Lucia Ricci)*
- 4) Registro diabetici Toscani (Sig. Cocci Associazione Diabetici)*

Inoltre è stato affrontato il problema delle UO di Diabetologia e la loro collocazione nell'ospedale per intensità di cura e il rapporto con il CCM.

COMMISSIONE PERMANENTE PER LE PROBLEMATICHE DELLA MEDICINA DI GENERE

La Commissione permanente per le problematiche della Medicina di genere è coordinata dalla dr.ssa Anna Maria Celesti.

La Commissione permanente per le problematiche della Medicina di Genere, coordinata dalla Dr.ssa Anna Maria Celesti, sta lavorando per preparare il nuovo testo da inserire nel prossimo Piano Socio-Sanitario Integrato della Regione Toscana, ed ha organizzato quattro sottogruppi di lavoro, alcuni dei quali hanno già presentato progetti di lavoro all'Assessore alla Sanità, che saranno ulteriormente sviluppati e approfonditi per poter essere tramutati in delibere e/o linee guida regionali.

I sottogruppi sono così suddivisi:

- 1. Ricerca e sperimentazione farmacologica farmaci*
- 2. Patologie cardiovascolari*
- 3. Determinanti di salute, medicina preventiva e sicurezza sul lavoro*
- 4. Identificazione di indicatori di equità di genere, accesso alle cure e organizzazione dei servizi.*

COMMISSIONE REGIONALE COORDINAMENTO **AZIONI LOTTA AL DOLORE**

La Commissione regionale di coordinamento azioni lotta al dolore è coordinata dal dr. Alessandro Bussotti.

Avendo come riferimento la legislazione della Regione Toscana e la legge 38/2010, l'ambito di azione della Commissione è la promozione ed il coordinamento delle attività volte a favorire un ottimale trattamento del dolore e lo sviluppo di un sistema efficiente di cure palliative nell'ambito della Regione Toscana

Le attività della Commissione si sono sempre svolte in stretta collaborazione con il Settore Regionale Servizi alla Persona.

Nel 2012 la Commissione si è riunita, come previsto nel Marzo, Giugno e Settembre, articolandosi in tre gruppi di lavoro:

- Gruppo di lavoro sul Dolore*
- Gruppo di lavoro sulle Cure Palliative*
- Gruppo di lavoro sull'ambito Formativo*

Il gruppo di lavoro sul dolore si è occupato di tematiche relative al dolore acuto, importante soprattutto in ambito ospedaliero, e al dolore cronico.

Sul primo argomento è stato portato avanti un lavoro, in collaborazione con l'Osservatorio dell'Emergenza Urgenza, sul problema della rilevazione e trattamento del dolore in Pronto Soccorso, che è partito dall'esame delle azioni già in atto presso gli ospedali della regione e sta tuttora lavorando per definire un protocollo unico regionale per il trattamento del dolore in Pronto Soccorso con alcune caratteristiche fondamentali:

- *Presa in carico del paziente già dal territorio (118)*
- *Trattamento precoce*
- *Momento formativo comune*
- *Verifica dei risultati*

Sul dolore cronico l'attività si è incentrata sulla formazione, sia in ambito universitario che postuniversitario, finalizzata alla sensibilizzazione al tema del dolore cronico e alla costituzione della rete di cura del dolore prevista dalla legge 38/2010: in collaborazione stretta col gruppo Formazione.

*Il **gruppo di lavoro sulle Cure Palliative** si è occupato del problema dei flussi informativi che le Aziende USL della Regione dovranno iniziare a trasmettere al ministero entro i primi mesi del 2013 e della formazione della rete di cure palliative prevista dalla Legge 38/2010.*

Il gruppo ha poi elaborato, su richiesta del CSR, un documento sulla corretta definizione delle caratteristiche delle strutture Hospice e sulle procedure di gestione dei percorsi assistenziali in Hospice, che fa riferimento ai due documenti fondamentali sull'argomento, la legge 30/2010 e il Documento tecnico approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore

La proposta di parere, poi approvata dal CSR si articola su alcuni argomenti, che delineano i punti fondamentali della realizzazione di un sistema efficiente di cure palliative:

- ➔ *Le strutture Hospice e le loro caratteristiche che le definiscono come strutture che fanno parte della rete di cure palliative territoriali e che presentano i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e assistenziali previsti dalla normativa nazionale e regionale per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie*
- ➔ *Le procedure di gestione dei percorsi assistenziali e le loro caratteristiche definizione delle reti e dei loro snodi, degli interventi residenziali e domiciliari, in tutti i setting di cui è composta la rete (Cure Palliative Domiciliari di base e Cure Palliative Domiciliari specialistiche), garantendo unitarietà e continuità assistenziale*
- ➔ *Opportunità che le Aziende Usl si dotino di una struttura organizzativa di coordinamento della rete di cure palliative, alla quale è affidata la responsabilità del flusso informativo previsto dall'art. 9 della legge 38/2010*
- ➔ *Le problematiche nella gestione dei percorsi nell'ambito dei servizi territoriali: i farmaci di fascia H*

Il gruppo di lavoro sulla Formazione ha focalizzato la propria attenzione sui vari livelli di proposta formativa sul problema del dolore e cure palliative:

- *Formazione di base in ambito universitario rivolta agli studenti e agli specializzandi*
- *Offerta di Master di I e II livello sull'argomento:*
 - *Dolore*
 - *Medicina Palliativa*
 - *Psicologia*
- *Progetti formativi omogenei sul territorio regionale finalizzati alla formazione delle Reti assistenziali previste dalla legge 38/2010. E' stato presentato al Ministero un Progetto formativo sul dolore cronico per accedere ai finanziamenti previsti dalla legge 38/2010.*

Si è poi creato un gruppo di lavoro che copre l'ambito pediatrico che coinvolge tutte le Aziende della Regione ed i Pediatri di libera Scelta ed ha lavorato, fra l'altro, ad un corso FAD obbligatorio sul dolore pediatrico rivolto ai PLS.

COMMISSIONE PEDIATRICA REGIONALE

La delibera di Giunta Regionale n. 298 del 16-04-2012, che approva il documento "La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze", conferma l'istituzione della Commissione Pediatrica Regionale ricostituita quale articolazione del Consiglio Sanitario Regionale, con decreto n. 3857 del 22/08/2012.

La Commissione, coordinata dalla dr.ssa Monica Frassinetti, insediata dal Dott. Panti con la riunione del 03 luglio 2012, ha compiti sia di predisposizione di linee guida che tecnico professionali oltre che di agire su indirizzi dell'Organo di Coordinamento della Rete Pediatrica Regionale.

La Commissione resterà stabile fino al 2015, ossia per tutta la durata del Consiglio Sanitario Regionale.

Nel 2012 si è riunita cinque volte a cadenza mensile, affrontando tra l'altro le seguenti tematiche:

5. *Continuità assistenziale*
6. *Percorsi preferenziali tra pediatri e Livelli di assistenza*
7. *Organizzazione della pediatria territoriale e collaborazione con la pediatria di base*
8. *Progetto di strutturazione della relazione e comunicazione tra Pediatra di Famiglia (PdF) – Pediatra Ospedaliero (PO) e tra Ospedale - Ospedale*
9. *Proposta di percorso preferenziale per esami urgenti richiesti dal Pediatra di Famiglia*
10. *Confronto sulle problematiche inerenti il ricovero breve e Osservazione Breve Intensiva (OBI)*

11. Rete allergologica: mappatura delle attività di Allergologia e Broncopneumologia Pediatrica svolte presso le UO di Pediatria della Regione Toscana
12. Percorsi di deospedalizzazione: polmonite di comunità
13. Percorsi di deospedalizzazione: gastroenterite acuta

La Commissione ha prodotto il documento “Indirizzi operativi al SST per migliorare la relazione e la comunicazione tra Pediatra di Famiglia (PdF) – Pediatria Ospedaliera (PO) e tra Ospedale – Ospedale”, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1227 del 28-12-2012. Tale documento intende regolamentare le relazioni e comunicazioni tra i Pediatri di Famiglia e i Pediatri Ospedalieri.

COMMISSIONE PER IL GOVERNO CLINICO DELLA SALUTE MENTALE

La Commissione regionale per il governo clinico della Salute Mentale, istituita sul modello delle precedenti esperienze, si è insediata nel Maggio 2012 per favorire la promozione e la tutela della salute mentale nella regione Toscana. Essa ha svolto le proprie funzioni in raccordo con il settore Servizi alla persona sul territorio – P.O. Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale - della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

La Commissione ha posto una particolare attenzione sulla necessità di monitorare e raccordare le iniziative realizzate dai servizi e dagli operatori interessati e di raccogliere al tempo stesso le informazioni circa eventuali criticità, con il fine ultimo di innalzare il livello degli interventi e di rispondere al meglio ai bisogni dei pazienti e cittadini.

E' emersa ad esempio la necessità di una migliore verifica dell'utilizzazione delle risorse (comprese le risorse umane), possibilmente facilitata da un sistema informativo integrato e modellato sulle esigenze dei servizi di salute mentale. Un sistema in grado di fornire in tempo reale dati clinicamente rilevanti e utili a valutare e migliorare l'appropriatezza, la qualità, la continuità e l'efficacia della cura, insieme alla sua sostenibilità per il sistema sanitario regionale.

PROGRAMMA DI LAVORO ANNO 2013

1. Attività ordinaria concesso assembleare

2. Attività ordinaria Ufficio di Presidenza

3. Attività culturale

In relazione alle risorse umane ed economiche disponibili saranno organizzati convegni e/o seminari da scegliere tra le sottoindicate tematiche:

- Scegliere saggiamente: amministratori e professionisti a confronto*
- Scegliere saggiamente: confronto a livello nazionale*
- Scegliere saggiamente: rapporti con la magistratura*
- Lo stato dell'arte dell'assistenza al trauma nella Regione Toscana*
- Taglio cesareo*
- Medicina di genere*
- L'assistenza ai pazienti diabetici*
- Punti nascita*
- NEWS*

4. Processo Linee guida

Saranno prodotte in versione definitiva le linee guida:

- a) Follow up oncologico*
- b) Reumatologia*
- c) Menopausa*

Saranno impostate graficamente le linee guida:

- 1. Follow up oncologico*
- 2. Reumatologia*
- 3. Nefropatia*

Saranno aggiornate le seguenti linee guida:

- ✓ Mal di schiena*
- ✓ Epilessia*
- ✓ Ictus*
- ✓ Diagnostica per immagini*

- ✓ *Ipertensione*
- ✓ *Asma*

Saranno stampate e distribuite le linee guida:

- *Chirurgia della mano*
- *Tromboembolismo venoso*

Implementazione

1. Linea Guida “Fragilità nell’ anziano”

- *Diffusione*
- *Implementazione nelle Aziende*

2. Linea Guida “Delirium”

- *Implementazione allargata nelle 3 Aree Vaste della Regione Toscana*

3. Linea Guida “Demenza”

- *Collaborazione con il Coord. Regionale per le “Memory Clinic”*

4. Linea Guida “Ulcere cutanee”

- *Redazione*
- *Diffusione*
- *Promozione*

5. Linea Guida “National Early Warning Score”

- *Diffusione*
- *Implementazione pilota*
- *(ev.implementazione allargata)*

6. Lista di Beers

- *Diffusione*
- *(ec. Implementazione)*

7. Linea Guida “Tromboembolismo venoso”

- *Sintesi delle Raccomandazioni*
- *Diffusione*
- *Implementazione “pilota”*

8. Percorso “Parkinson”

- *Conclusione Gruppo di Lavoro*
- *Sintesi delle Raccomandazioni*

9. Percorso “Emergenza- Urgenza”

- Nuovo "Streaming". Collaborazione con l' Osservatorio Emergenza Urgenza

10. Linea Guida da definire

- Sintesi delle Raccomandazioni
- Diffusione
- Implementazione "pilota"

11. Codice Rosa in Pronto Soccorso In collaborazione con l' Osservatorio Emergenza Urgenza

5. Osservatorio delle professioni

L'obiettivo ribadito anche per l'anno 2013 rimane lo sviluppo di una cultura che partendo dalle differenze di genere e dalle specificità professionali sviluppa nuove sensibilità nella gestione delle risorse umane e nuove competenze nell'integrazione professionale.

6. Osservatorio Emergenza-Urgenza

Cosa ci proponiamo di fare:

Partecipare all'attivazione delle azioni previste dalla DGR 754 del 08/08/2012 per la riorganizzazione del SST. Le proposte tengono presenti le linee guida previste nel "decreto Balduzzi" sulla riorganizzazione del Territorio, Ospedale e dei rapporti Ospedale, Territorio, Ospedale.

Delibera 754 dell' 8 Agosto 2012. (A. Organizzazione Ospedale-Territorio: 1; 6; 9) Il ruolo del DEU nella riorganizzazione ospedaliera

In conseguenza dell'impossibilità di pianificarne direttamente tipologia e frequenza degli accessi, il Dipartimento di Emergenza e Urgenza (DEU) ha la responsabilità di assistere pressoché tutte le situazioni di malattia acuta e le conseguenze di un evento traumatico, immediatamente e in qualunque momento. Inoltre, per una parte della popolazione il DEU rappresenta, di fatto, l'unica possibilità di ottenere le cure. Un terzo della popolazione generale annualmente si rivolge ad un DEU: oltre 20 milioni di persone in Italia, un milione e mezzo nella nostra Regione. L'efficacia delle prestazioni del DEU costituisce pertanto uno dei momenti fondamentali della Sanità Pubblica e il DEU ha un ruolo centrale in qualunque assetto organizzativo assistenziale ed in qualunque intervento di riorganizzazione dell'Assistenza Sanitaria.

Le seguenti proposizioni hanno il fine di ridefinire il modello organizzativo del DEU che salda le esigenze sanitarie in emergenza di ogni cittadino, nel percorso territorio ospedale. Si pone quindi come elemento di saldatura fra cap. 2 e cap. 3 del documento 25 Ottobre 2012.

Lo scenario in cui si collocherà in futuro il DEA-Pronto Soccorso troverà un'ottimizzazione nella sua funzionalità per i seguenti motivi:

- 1. L'Ospedale sarà organizzato secondo il modello per "Intensità di Cura", modalità che è sempre stata alla base dell'operatività alla porta dell'Ospedale. Questa stessa modalità operativa consentirà di affidare più facilmente e più celermente i pazienti dal DEU all'Ospedale, permettendone l'allocazione oltre che in tempi più congrui anche in tempi più appropriati.*
- 2. L'operatività dell'intero Ospedale, prevista dalle ore 7 alle ore 19 per le attività ambulatoriali e diurne, risponde finalmente, seppure in parte, ai bisogni della malattia, che fino ad ora sono rimasti vincolati alle logiche di calendario e delle abitudini. La consuetudine di rendere disponibili i letti una sola volta al giorno, come avviene attualmente (dopo la visita mattutina), dovrà cedere il posto all'opportunità di dimettere o trasferire i pazienti nell'arco di tutte le 12 ore, soprattutto per una presenza più continua del personale e per una più lunga disponibilità dei servizi.*
- 3. Questo nuovo assetto consentirà di coordinare le funzioni e i bisogni del DEU col resto dell'Ospedale, che lavorerà con una partecipazione più attiva e corale con l'Emergenza-Urgenza, rispettando i principi di tempestività, essenzialità e appropriatezza, essenziali nei momenti di massima urgenza. Questi ultimi rappresentano una richiesta sanitaria sempre più frequente.*
- 4. L'adozione delle tecniche di "Operation Management" (agenzia per garantire il percorso assistenziale del paziente – bed management) ridurrà i colli di bottiglia (ad esempio il servizio trasporti) che ostacolano la funzionalità dell'Ospedale e quindi del DEU. In altri termini si cerca di aumentare, nella permanenza del paziente in Ospedale, il tempo sanitario attivo e di ridurre il tempo "alberghiero".*
- 5. Obiettivi:*
 - Migliorare la selezione al ricovero con auspicabile, conseguente riduzione dei ricoverati e minor bisogno di posti letto.*
 - Attivazione da parte del DEU di percorsi assistenziali per i pazienti non bisognosi di ricovero, resi possibili da un'attività ambulatoriale di tutto l'Ospedale estesa a 12 ore, attraverso una logica di tipo, ad esempio, "day service", che può e deve rispondere ad un programma strutturato e "tutoriato" con orientamento "problem solving", rendendo anacronistica la prenotazione del singolo esame.*
 - La nuova strutturazione dovrà porre fine al sovraffollamento al Pronto Soccorso non solo per la riorganizzazione del territorio con*

azione di filtro da parte dei Medici di Medicina Generale, ma anche con la riduzione dei tempi di permanenza (“boarding”) per l'aumentata disponibilità di accoglienza da parte dei reparti , modulari rispetto all'attività del DEU, e per l'istituzione di percorsi facilitati già individuati e da sperimentare.

Questo programma, in particolare, può consentire un percorso facilitato per quelle patologie croniche in cui il percorso assistenziale si può avvalere delle “Chronic Assessment Units” (CAU). Le CAU garantiscono un percorso facilitato per le malattie croniche per cui il territorio ha già stabilito individualizzati, in particolare per pazienti con pluripatologie. Questa tipologia di pazienti è necessariamente rappresentata in prevalenza da soggetti anziani che troveranno in una facilitazione all'accoglienza un percorso che non necessariamente esiti in ricovero.

6. Indicatori:

- *Tempi di attesa all' interno del DEU (in particolare tempo fra decisione di ricovero e ricovero)*
- *Efficacia di filtro al ricovero*
- *Numero di pazienti affidati all'OBI e non ammessi al ricovero*
- *Numero di pazienti affidati all'OBI con > (n) ore di permanenza e poi ricoverati*
- *Numero di pazienti allontanati spontaneamente*
- *Numero di pazienti non ricoverati e dimessi con percorso definito*
- *Degenza media nei reparti ospedalieri*
- *Riduzione ponderata dei letti di degenza*

7. Osservatorio Permanente Ospedale per Intensità di cura

Nel documento viene proposto anche un nuovo modello di accoglienza al Pronto Soccorso per prevenire il boarding e overcrowding facilitato dal documento sopra riferito, soprattutto per le nuove modalità d'integrazione previste fra Ospedale e PS e la organizzazione dell'Ospedale per Intensità di Cure. Questa visione servirà a saldare l'attività assistenziale e sociosanitario fra Territorio, Ospedale e Territorio.

Si prevede una postazione avanzata all'ingresso, sulla base dell'esperienza svedese, che è risultata di particolare funzionalità: il Check Point Streamer.

Si prevede un miglioramento delle funzionalità del DEU, con la creazione di un percorso esclusivo per le cronicità già note con lo scopo di ridurre le ospedalizzazioni e promuovere la velocizzazione della parte assistenziale, denominate Chronic Assessment Unit.

L'attività dell'osservatorio prosegue con i Gruppi di Lavoro i cui temi principali sono i percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi, la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, i rapporti interprofessionali.

Prosegue anche la collaborazione con il settore “Diritti e Servizi Socio-Sanitari della Persona in Ospedale” che, con la collaborazione del Laboratorio MeS, prevede di approfondire ulteriormente alcune tematiche inerenti l'implementazione del modello di ospedale per intensità di cura in relazione alle azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera come indicato anche dalle recenti DGRT n. 754/2012 e 1235/2012, e in coerenza con i compiti del Consiglio Sanitario Regionale.

In questo ambito l'Osservatorio troverà una ulteriore conferma del suo ruolo strategico, proprio per il suo incardinamento nel Consiglio Sanitario Regionale, per rendere più strutturati i rapporti con i professionisti del SSR, con i quali elaborare i temi della appropriatezza clinica ed organizzativa fino alla definizione di indirizzi condivisi (linee guida) per percorsi clinico-assistenziali e per individuare gli ambiti di consenso sui possibili “standard” per indicazioni di uso dei dispositivi medici.

L'Osservatorio continua a svolgere la funzione di stimolo e collaborazione sulla “gestione informatizzata dei percorsi di cura” come elemento fondamentale alla “governance” dei processi sia dell'ambito ospedaliero che della continuità assistenziale dall'ospedale al territorio e viceversa.

In coerenza con l'evoluzione del modello dell'ospedale per intensità di cura verso una organizzazione della rete assistenziale “per processi e percorsi” si sviluppa anche la concezione moderna della cartella clinica intesa come “gestione informatizzata dei percorsi assistenziali nella quale devono essere previste le attività della “tracciabilità dei dispositivi medici” e specialmente di quelli impiantati così come indicato anche nelle azioni previste nella DGRT 1235 (allegato A).

8. Centro regionale di coordinamento della rete assistenziale delle persone con demenza

Per l'anno 2013 si ritiene opportuno

- 1. implementare la Linea guida Sindrome demenza proponendo il metodo di cure integrate proprio della “Memory clinic”, individuando anche eventuali metodologie di cure non farmacologiche, per l'organizzazione delle quali possano essere coinvolte anche competenze dell'associazionismo e del volontariato. Si propone il monitoraggio del*

percorso di cura e l'individuazione delle professionalità necessarie per rispondere ai bisogni emergenti nei vari stadi della malattia attraverso scale validate (Clinical Dementia Rating Scale, Geriatric Deterioration Scale). Per questi scopi si ritiene opportuno proseguire l'attività del gruppo multi professionale individuato nel 2011 dal CSR

2. *diffondere la Linea Guida "Fragilità nell'anziano" programmando giornate formative con le varie Aziende Sanitarie.*

Un aspetto specifico della Linea Guida è stato quello di individuare strumenti che consentissero un passaggio di informazioni ed un dialogo fra le varie professioni che si occupano della salute della persona. Solo attraverso la raccolta e la condivisione di valutazioni multiprofessionali che consentano un data base condiviso è possibile realizzare la Valutazione Multidimensionale, base di ogni "cura" della persona anziana.

La Linea Guida individua una "Discharge Planning Checklist" che può essere impiegata come strumento informatizzato che segua la persona fragile in tutti i suoi percorsi di cura consentendo con questo un costante e concreto rapporto fra tutti i professionisti e garantendo la multidimensionalità dell'informazione stessa.

Sull'utilizzo di questo strumento possono essere organizzati momenti formativi multi professionali.

3. *proporre l'implementazione della Linea guida Delirium accompagnata da diffusi momenti formativi multiprofessionali in quanto le attività formative condotte su vari argomenti evidenziano la scarsa informazione sul Delirium e sul suo trattamento, soprattutto per la forma ipoattiva.*
4. *prevedere la definizione conclusiva del percorso assistenziale Parkinson essendo attualmente questa patologia oggetto di significative ricerche e di innovazioni sotto l'aspetto farmacologico e riabilitativo, potrebbe rivestire interesse proseguire lo studio dei percorsi per il Parkinson nell'ambito del gruppo attualmente individuato.*

9. Commissione regionale per le attività diabetologiche

Per il 2013 , con l'uscita dei risultati dell'indagine sul piede diabetico , si prevede la produzione di un documento di riferimento da sottoporre al CSR e agli organi decisionali regionali.

E' inoltre prevista una indagine conoscitiva sulla percezione della gravità della malattia diabetica in Toscana in confronto con realtà estere.

10. Commissione permanente per le problematiche della Medicina di genere

I progetti attualmente in discussione sono i seguenti:

1. Educazione - istruzione rivolta ai cittadini ed agli operatori sanitari
2. Il lavoro: promuovere una più sana vita lavorativa
3. Servizi sanitari: promuovere attivamente la condizione di buona salute anche attraverso il sistema di cure
4. Nuovi indicatori: individuare nuovi determinanti

La Commissione intende poi elaborare una pubblicazione del Consiglio Sanitario Regionale, che comprenda capitoli relativi ad alcune patologie correlate con la Medicina di Genere. Inoltre si intende rafforzare il rapporto con la Puglia, essendo questa l'unica Regione, dopo la Toscana, che sulla problematica ha costituito un gruppo di lavoro all'interno dell'Agenzia Regionale di Sanità. Questo con l'obiettivo di rafforzare le due Istituzioni, affinché possano presentare e affrontare all'interno della Conferenza Stato Regioni le problematiche legate alla Medicina di Genere.

Infine, la Commissione si propone di organizzare un seminario con le figure apicali delle Aziende Sanitarie, al fine di una maggiore informazione/formazione degli operatori sul tema, onde evitare una situazione a macchia di leopardo su tutto il territorio toscano.

11. Commissione regionale coordinamento azioni lotta al dolore

Nonostante la legge 38 risalga ormai a quasi tre anni fa, i suoi dettami risultano ancora ben lontani da una completa attuazione. La Commissione si propone quindi di lavorare per la completa attuazione della legge, riprendendo e stabilizzando gli ottimi risultati ottenuti nell'ambito della Regione Toscana e universalmente riconosciuti. Da tener presente che in realtà molti dei concetti e dei principi della legge 38 erano già presenti nella Delibera Regionale Toscana 128/2000 e successive: indubbiamente la Regione Toscana ha fortemente influito sulle decisioni nazionali che hanno portato alla formulazione della legge 38 e al successivo accordo Stato Regioni, ma anche sul territorio regionale la strutturazione delle reti assistenziali di dolore e cure palliative risulta ancora lontana dall'organizzazione e omogeneità desiderata.

La missione attuale della Commissione Regionale continua quindi ad essere focalizzata su:

- realizzazione di una rete più omogenea di terapia del dolore e cure palliative su tutto il territorio regionale

- *garanzia di un regolare flusso di dati, richiesto dal ministero e al quale sono legati finanziamenti regionali*
- *sperimentazione delle reti di terapia del dolore e cure palliative e formazione in questi ambiti e a questo scopo*

In particolare il lavoro si dovrà concentrare sugli aspetti formativi, sia del personale sanitario, sia del volontariato, sia della popolazione e sulla rete territoriale per la cura del dolore e per le cure palliative, che è l'elemento fondante delle reti deliberate dalla legge 38.

Resta da completare il lavoro iniziato nel 2012 soprattutto per quanto riguarda:

- ✓ *la formazione di reti integrate per la cura del dolore e le cure palliative*
- ✓ *la definizione di standard strutturali quali e quantitativi*
- ✓ *l'allargamento al Territorio dei COSD*
- ✓ *la ridefinizione e il potenziamento delle necessità formative a tutti i livelli*

In particolare l'azione della Commissione si svilupperà su alcuni temi fondamentali:

- ➔ *Registrazione e trasmissione dei dati relativi alle azioni operate nell'ambito delle cure palliative: oltre ad essere un aspetto fondamentale per capire cosa si sta facendo e quindi correggere e migliorare i comportamenti, la trasmissione dei dati al Ministero è parte integrante del debito informativo delle Regioni.*
- ➔ *Conclusione del progetto sul Dolore in Pronto Soccorso in collaborazione con l'Osservatorio dell'Emergenza Urgenza*
- ➔ *Formazione: in relazione alla DGR 1251/2012, che eroga fondi per il finanziamento di attività formative nell'ambito del dolore e cure palliative, la Commissione formulerà proposte formative finalizzate alla formazione di reti assistenziali. A questo fine particolare importanza assume il recente accordo regionale con i MMG, che stabilisce la costituzione delle AFT. Queste dovrebbero costituire la base per la formazione delle reti territoriali di cura del dolore e cure palliative, che presentano tuttora molti aspetti da valutare e implementare:*
 - a. *Ruolo del MMG e del PLS*
 - b. *Ruolo dell'infermiere*
 - c. *Nuovo modello organizzativo (AFT)*
 - d. *Integrazione delle reti e sviluppo del sistema informativo*
 - e. *Interrelazione (Ospedale e territorio senza dolore)*
 - f. *Ruolo del farmacista*
 - g. *Ruolo del volontariato*

- ➔ *Collaborazione con il Settore Regionale Servizi alla Persona per l'attuazione di quanto disposto nella DGR 1225/2012, relativa al recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 concernente l'accreditamento delle strutture e delle reti assistenziali in materia di Cure Palliative e Lotta al Dolore*
- ➔ *Allargamento delle cure palliative alle patologie non oncologiche, indispensabile ma legato alla formazione di un efficiente sistema di cure palliative nell'ambito del Sistema delle Cure Primarie*

12. Commissione Pediatrica regionale

La Commissione per il 2013 ha programmato incontri a cadenza mensile nei quali affronterà le tematiche che le verranno richieste di approfondire da parte dell'Organo di Coordinamento della Rete Pediatrica regionale.

Sono in fase di approvazione definitiva i documenti sui percorsi di deospedalizzazione per la polmonite di comunità e la gastroenterite acuta.

13. Commissione salute mentale

Nel 2013, la Commissione regionale per il governo clinico della Salute Mentale si propone di proseguire e approfondire la riflessione, il dibattito e l'analisi in merito ai migliori sistemi per favorire la promozione e la tutela della salute mentale nella regione Toscana.

La Commissione continuerà pertanto a monitorare, le attività e le iniziative volte alla promozione della salute mentale e alla cura e a raccogliere al tempo stesso le informazioni circa le eventuali criticità, con il fine ultimo di innalzare il livello degli interventi e di rispondere al meglio ai bisogni dei pazienti e cittadini.

Tale attività sarà esplicata in raccordo con i settori della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale coinvolti, in particolare con il Settore Servizi alla persona sul territorio P.O. Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale e il settore Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale, P.O. Residenzialità e servizi alle persone detenute in carcere.

Particolare attenzione sarà dedicata ai temi già individuati nel 2012 come pilastri di lavoro per gli anni successivi, per i quali continueranno le attività dei sottogruppi già individuati quali responsabili della preliminare elaborazione di proposte per eventuali protocolli, indirizzi, linee guida, attività formative inerenti temi loro

assegnati. Tali elaborati e proposte saranno poi valutati dal plenum della Commissione e, quando appropriato, sottoposti al parere del Consiglio Sanitario Regionale.

Si sottolinea in particolare l'istituzione del gruppo regionale per l'integrazione tra salute mentale e cure primarie i cui lavori sono coordinati del Settore regionale Servizi alla persona sul territorio.

I temi di analisi ed operatività della Commissione, saranno eventualmente ampliati e/o integrati sulla base delle nuove esigenze. Il programma di lavoro non sarà limitato al 2013, anno in cui verranno tuttavia definiti gli ordini di priorità ed i piani di lavoro.

Ad oggi, tali temi includono:

- 1) Appropriatelyzza e sostenibilità del sistema: Livelli di assistenza, Percorsi assistenziali definiti (inclusi drg) e percorsi socio-assistenziali. Risposte alla crisi economica. Sinergia tra servizi erogati dalle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Universitarie. Ruolo aree vaste. Nuove professioni.*
- 2) Salute mentale in carcere e Ospedale Psichiatrico Giudiziario.*
- 3) Disabilità psichica e disabilità handicap: costi e competenze.*
- 4) Anziani e salute mentale. Psicogeriatrica.*
- 5) Appropriatelyzza terapia farmacologica (rispetto indicazioni, generici vs branded, etc.)*