

CONSIGLIO
SANITARIO
REGIONALE



RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ SVOLTA
NELL'ANNO 2015
E
PROGRAMMA DI ATTIVITA' ANNO 2016

INDICE

Introduzione

- 1) I lavori dell'Assemblea del Consiglio Sanitario Regionale nel corso dell'anno 2015;
- 2) I lavori dell'Ufficio di Presidenza nel corso dell'anno 2015;
- 3) L'organizzazione delle attività culturali effettuate nel corso dell'anno 2015;
- 4) Le Commissioni e gli Osservatori permanenti operanti nel corso dell'anno 2015;
- 5) Le attività dei Gruppi di lavoro nel corso dell'anno 2015;
- 6) Il processo Linee Guida nel corso dell'anno 2015;
- 7) Le relazioni sugli argomenti più significativi affrontati dalle Commissioni e dagli Osservatori nel corso dell'anno 2015 e le eventuali ipotesi di proseguimento dell'attività nel corso del 2016;
 - 7.1) Commissione regionale per le attività diabetologiche;
 - 7.2) Commissione permanente per le problematiche della Medicina di Genere;
 - 7.3) Commissione Pediatrica regionale;
 - 7.4) Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore;
 - 7.5) Commissione regionale per il governo clinico della Salute Mentale;
 - 7.6) Osservatorio delle professioni;
 - 7.7) Commissione permanente sulla medicina basata sulle prove di efficacia;
 - 7.8) Osservatorio permanente sul sistema di Emergenza Urgenza;
 - 7.9) Osservatorio permanente sull'ospedale per Intensità di Cura;
 - 7.10) Commissione permanente Rete assistenziale persone con demenza..
- 8) Il programma dei lavori del Consiglio Sanitario Regionale relativo all'annualità 2016;
 - 8.1) L'organizzazione delle attività culturali programmate per l'annualità 2016;
 - 8.2) Il programma del processo Linee Guida per l'annualità 2016;

Introduzione

Il Consiglio Sanitario Regionale, organismo tecnico consultivo della Giunta e del Consiglio Regionale, svolge funzioni di consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria, esprime il proprio parere sui provvedimenti di contenuto tecnico sanitario, elabora linee guida sui percorsi assistenziali e sui protocolli diagnostico e terapeutico riabilitativi e promuove iniziative formative e culturali.

Il Consiglio Sanitario Regionale, già rafforzato dalla modifica alla L.R. 40/2005 (LR 16/2011) nella sua componente professionale a garanzia di autonomia e indipendenza tecnico-scientifica, prosegue la propria esperienza di governo clinico sia nel supportare i processi decisionali della Giunta regionale, sia stimolando il senso di appartenenza dei professionisti al sistema pubblico.

L'attività del Consiglio, nel corso dell'anno, è stata continua, i pareri formalmente espressi sono stati circa 80 e hanno riguardato i più disparati aspetti della sanità.

Il Consiglio, che partecipa con l'espressione di pareri obbligatori ai processi di programmazione strategica, rappresenta il paradigma per il conseguimento dell'appropriatezza clinica nel governo sia della domanda che dell'offerta.

Inoltre, il Processo Linee Guida ha continuato lo sviluppo e l'attività ordinaria della formazione a distanza e l'implementazione, elaborazione e revisione di Linee Guida connesse a tematiche di rilevanza regionale. Nel corso dell'anno sono state trattate nove Linee Guida con il contributo di otto gruppi di lavoro dedicati.

Complessivamente sono stati 513 i professionisti che hanno contribuito alle attività ordinarie del CSR.

Sono state altresì organizzate quattro iniziative culturali che hanno visto la adesione di 322 partecipanti, di cui 52 in qualità di relatori.

1) - I lavori dell'Assemblea del Consiglio Sanitario Regionale nel corso dell'anno 2015

Nel corso del 2015 l'Assemblea si è riunita sette volte esaminando approfonditamente le seguenti tematiche:

- “Eradicazione virus epatite C”: si considera il notevole impegno, anche economico, della Regione per l'eradicazione del virus. Il Consiglio approva un documento soffermandosi sugli aspetti clinici relativi all'infezione attiva, sull'evoluzione della malattia epatica ed extraepatica, sull'impatto del trattamento con interferone e ribavirina e sui farmaci virali ad azione diretta nei confronti di HCV. Evidenzia che sarà possibile avere dati più attendibili sul numero dei pazienti affetti con il test della saliva che potrebbe essere fatto dai MMG;
- “Legge di riordino del Servizio Sanitario regionale”: l'argomento è stato ampiamente dibattuto sia in relazione alle due proposte di legge (poi LR 28/2015 e LR 84/2015), anche alla presenza dei due assessori regionali e dei due direttori generali che si sono succeduti nel corso dell'anno. L'assemblea ha dato il proprio contributo ponendo osservazioni e sottolineando le possibili criticità;
- “Prevenzione oncologica: aggiornamento Linee Guida”: vengono aggiornate due linee guida sulla prevenzione oncologica, l'una relativa ai percorsi organizzativi e diagnostici, l'altra relativa allo stile di vita e comprende indicazioni in merito ai temi di alimentazione, obesità ed attività fisica;
- “Programma di preservazione fertilità nei pazienti affetti da neoplasie maligne o patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nelle donne affette da endometriosi severa”: si promuove la possibilità di preservare la fertilità di tutti i pazienti in età riproduttiva a cui venga diagnosticata una neoplasia curabile, ma con terapie potenzialmente gonadotossiche;
- “Elaborazione Linea Guida Menopausa”: viene elaborata la Linea Guida alla luce delle possibili ripercussioni metaboliche che età e carenza estrogenica comportano anche nella menopausa così detta fisiologica. Si è ritenuto importante anche affrontare il tema dello stile di vita e delle terapie da intraprendere;

- “Consumo di antibiotici e grado di antibiotico resistenza in Toscana”: Il documento si propone di analizzare e riflettere sui dati relativi alla relazione tra il consumo di antibiotici e al grado di antibiotico resistenza; diventa di fondamentale importanza in uno scenario in cui la medicina riesce a curare sempre più patologie fino a poco tempo fa incurabili, rischiando però di tornare a morire per infezioni. Il CSR si fa carico di sensibilizzare sul corretto uso degli antibiotici. Il tema è stato successivamente trattato nel corso di un'attività seminariale;
- “PDTA BPCO e Insufficienza respiratoria”: il documento ha lo scopo di creare un percorso assistenziale integrato sul territorio per i pazienti BPCO che partendo dalla prevenzione accompagni il paziente lungo tutto il decorso della sua malattia;
- “Proposte operative del Gruppo dei nefrologi referenti del Trapianto delle Aziende sanitarie territoriali”: In tutte le fasi del pre e del post trapianto, la forma di assistenza che appare più congrua alla gestione del paziente è il Day- Service. Tale modello andrebbe implementato in tutte le nefrologie e si ritiene necessario promuovere e diffondere il modello laddove si incontrano difficoltà e resistenze;
- “Aggiornamento Linea Guida Demenza”: La Demenza è una condizione clinica correlata all'invecchiamento che interessa dall'1 al 5 per cento della popolazione sopra i 65 anni. Una presa in carico precoce, una forte personalizzazione e una costante revisione del piano di intervento possono consentire il contenimento del disturbo comportamentale, favorire l'attività di presa in cura del malato e quindi consentire a questi la permanenza nel proprio ambiente, con un supporto di servizi assistenziali commisurato al suo grado di disabilità.

2) - I lavori dell'Ufficio di Presidenza nel corso dell'anno 2015

Nel 2015 l'Ufficio di Presidenza si è riunito dodici volte ed ha espresso i sotto elencati 80 pareri molti dei quali ratificati dall'Assemblea:

- Procreazione Medicalmente Assistita - PMA “Questionario genetica”;
- Procreazione Medicalmente Assistita - “Criteri di estensione per PMA eterologa in Toscana oltre ai 43 anni”;
- Procreazione Medicalmente Assistita - “Utilizzo dei farmaci per la stimolazione ovarica in donne normo-ovulanti”;
- Organizzazione di almeno tre convegni nell'anno 2015: “Vaccini” entro marzo, “End Stage” a maggio/giugno e Social Freezing in autunno;
- Relazione sull'attività ordinaria svolta nell'anno 2014 e programma di lavoro anno 2015 del Consiglio Sanitario Regionale;
- Protocollo Psoriasi;
- Aggiornamento linea guida “Prevenzione oncologica: percorsi organizzativi e diagnostici”;
- Aggiornamento linea guida “Prevenzione oncologica: alimentazione, obesità ed attività fisica”;
- Pocket Guide su “Ipertensione arteriosa”;
- Integrazione gruppo di lavoro linea guida “Demenza”;
- Pocket Guide su “Diagnosi e trattamento delle epilessie”;
- Elaborazione linea guida “Menopausa”;
- Integrazione gruppo di lavoro linea guida “Percorsi riabilitativi”;
- Integrazione gruppo di lavoro linea guida “Fragilità”;
- Integrazione gruppo di lavoro linea guida “Tromboembolismo venoso”;
- Integrazione gruppo di lavoro linea guida “BPCO”;
- Costituzione gruppo di lavoro “Percorso demenza”;
- Individuazione componenti Commissione permanente sulla Medicina basata sulle Prove di Efficacia (Commissione EBM);
- Individuazione componenti coordinamento rete pediatrica;
- Costituzione della Commissione Ostetrica Regionale ed individuazione del coordinatore;
- Individuazione coordinatore della Commissione Pediatrica Regionale ed integrazione componenti;
- Proposte operative del Gruppo dei nefrologi referenti del Trapianto delle Aziende sanitarie territoriali;
- Individuazione rappresentante del CSR nella Commissione per la diagnostica prenatale ecografica e invasiva;

- Individuazione componente Osservatorio regionale per l'allattamento;
- Individuazione componente esperto per l'avvio della realizzazione della rete Ictus;
- L'impiego della genetica ai fini della gestione della malattia paradontale;
- Adozione di algoritmo prescrittivo per RM ginocchio nei casi di gonalgia dell'adulto;
- “Percorso assistenziale per la gestione del paziente affetto da BPCO/Insufficienza respiratoria”;
- Raccomandazioni cliniche per la diagnosi e cura dei tumori stromali gastrointestinali GIST;
- Integrazione gruppo di lavoro “Percorso demenze”;
- Integrazione Commissione permanente sulla Medicina basata sulle Prove di Efficacia (Commissione EBM);
- Integrazione gruppo di lavoro linea guida “Tromboembolismo venoso”;
- Approvazione versione integrata delle “Linee di indirizzo uso agopuntura”;
- Approvazione degli aspetti professionali delle “Linee di indirizzo per l'oncoematologia pediatrica: istituzione del Centro regionale per oncoematologia pediatrica (CROP)”;
- Costituzione gruppo di lavoro su “Obblighi riguardanti le certificazioni medico sportive nell'ambito dell'Attività Fisica Adattata”;
- Costituzione gruppo di lavoro su “Elaborazione 2 PDTA - Sanità di iniziativa”;
- Appropriatezza di richiesta di certificazione medico-sportiva per la partecipazione ai corsi di AFA seguita all'entrata in vigore del DM 24/04/2015 e s.m.i. E del DM 08/08/2014;
- Inserimento a scopo epidemiologico della malattia Cheratocongiuntivite di Vernal nel Registro Toscano Malattie Rare;
- Capitolo “Artrite reumatoide” della Linea guida Reumatologia ;
- Integrazione gruppo di lavoro “Commissione permanente sulla Medicina basata sulle Prove di Efficacia (Commissione EBM);
- Individuazione componenti dei Gruppi di valutazione ai fini delle funzioni istruttorie per il rilascio e il rinnovo delle autorizzazioni all'esercizio dell'attività di trapianto;
- Costituzione gruppo di lavoro su “Composizione ed attività di equipe di prelievo tessuto muscolo scheletrico”;
- Costituzione gruppo di lavoro “Criteri di appropriatezza prescrittiva per la RM alla Colonna”;
- Approvazione aggiornamento Linee guida per la conduzione dello screening audiologico neonatale in Regione Toscana;
- Screening ecografici in gravidanza;
- Programma regionale per la prevenzione e il controllo della malattia di Chagas;

- Programma di preservazione fertilità nei pazienti affetti da neoplasie maligne o patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori - nelle donne affette da endometriosi severa;
- Individuazione componenti gruppo di monitoraggio DGR 564/2015;
- Linea guida “Mal di schiena” versione aggiornata;
- Integrazione gruppo di lavoro “Sanità di iniziativa”;
- Costituzione gruppo di lavoro “PDTA Sindrome fibromialgica”;
- Programma per l'eradicazione del virus dell'epatite cronica C nella popolazione toscana (Delibera n 647 del 18.5.2015): revisione critica dei dati e delle evidenze clinico-virologiche;
- Percorso di follow-up post-trapianto in Regione Toscana;
- Integrazione gruppo di lavoro “Sanità di iniziativa”;
- Integrazione gruppo di lavoro “PDTA Sindrome fibromialgica”;
- Sostituzione nominativo nel gruppo di lavoro “Sindrome fibromialgica”;
- Sostituzione nominativo nel gruppo “Linea Guida Demenza”;
- Composizione ed attività di equipe di prelievo tessuto muscolo scheletrico;
- Approvazione integrazioni al documento “Programma per l'eradicazione del virus dell'epatite cronica C nella popolazione toscana (Delibera n 647 del 18.5.2015): revisione critica dei dati e delle evidenze clinico-virologiche”;
- Rapporto ospedale/territorio alla luce della nuova organizzazione de SST;
- Scheda per la somministrazione delle strisce reattive per l'automonitoraggio glicemico;
- Designazione componenti per la Formazione per le Medicine Complementari;
- Designazione componente Commissione Terapeutica Regionale;
- Individuazione componenti “Interventi di omogeneizzazione della radiologia interventistica”;
- Aggiornamento e PDTA sulla Sindrome Fibromialgica;
- PDTA Demenza;
- Prestazioni di idrocolonterapia, terapia chelante e ozonoterapia;
- Istituzione Commissione ostetrica regionale;
- Insediamento gruppi di lavoro per la valutazione della “Appropriatezza delle prestazioni”;
- Integrazione gruppo di lavoro “Linea guida la fragilità dell'anziano”;
- Commissione EBM – traduzione e adattamento della linea guida per le complicanze della fibrillazione atriale;
- Flow chart Lombalgia acuta;
- La Salute Mentale nel nuovo Sistema Sanitario Regionale;
- Linea guida “Cancerogeni occupazionali: prevenzione ed emersione dei tumori professionali” - versione aggiornata;
- Linea guida “Demenza” - versione aggiornata;

- Designazione componenti per la Formazione per le Medicine Complementari;
- Costituzione “Commissione permanente Rete assistenziale persone con demenza”;
- Aggiornamento Nomenclatore Tariffario regionale prestazioni specialistica ambulatoriale;
- Designazione componenti per la Formazione per le Medicine Complementari;
- Designazione componenti gruppo di lavoro “Attività di radiologia interventistica”.

3) - L'organizzazione delle attività culturali effettuate nel corso dell'anno 2015

Nell'ambito delle attività culturali sono stati organizzati i sotto indicati eventi:

- Convegno "Vaccinazioni: un imperativo morale ed etico" – 27 marzo.
Il Consiglio Sanitario Regionale, d'intesa con l'Ordine dei Medici, promuove questo incontro che vuol puntualizzare lo stato dell'arte delle vaccinazioni, da un punto di vista epidemiologico, della farmacovigilanza e della sicurezza. Inoltre, attraverso l'intervento di diverse professionalità e discipline, vuol richiamare i medici all'impegno, non solo scientifico ma deontologico ed etico, di sostenere la vaccinazione e diffondere la cultura dei vaccini nella popolazione.
- Convegno "La pianificazione delle cure nella fase "End-Stage" delle malattie croniche" – 11 giugno.
La pianificazione di percorsi clinici e assistenziali fondati sulla collaborazione interdisciplinare è una via da percorrere con serio impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nella Cura. Il convegno intende mettere in evidenza l'importanza di un contributo a più voci, in cui emerge il ruolo del Medico di Medicina Generale, la figura professionale più vicina al paziente nella sua esperienza non solo di disease ma anche di illness e sickness. Inoltre si intende aprire una riflessione sugli aspetti etici, giuridici, deontologici, oltre che su quelli strettamente medici, della pianificazione anticipata delle cure, inquadrandoli sia nella prospettiva della singola persona ammalata che dell'organizzazione sanitaria.
- Giornata di studio "I problemi dei professionisti nella transizione delle aziende del Sistema Sanitario Toscano" – 25 novembre.
Il Consiglio Sanitario Regionale, dopo molteplici consultazioni, ha espresso un primo parere su questo controverso argomento. Ne esce un quadro che richiede un intervento politico e professionale deciso e costante, perché se gli operatori non dispongono né del tempo sufficiente per comunicare con i pazienti, né della serenità necessaria per svolgere la loro delicatissima opera, chi ne subirà danno sarà proprio chi si rivolge al Servizio Sanitario per ottenere aiuto nella difficoltà.

- Seminario “La resistenza dei batteri ai farmaci antimicrobici: la minaccia è diventata realtà” – 15 dicembre.

Non vi è dubbio che uno dei più grandi progressi della medicina è rappresentato dagli antibiotici. Questi hanno dato realmente una svolta alla salute pubblica, portando alla guarigione moltissime patologie sicuramente gravi, spesso mortali, ma un’assunzione acritica da parte della cittadinanza e, purtroppo, una prescrizione troppo spesso inappropriata da parte dei medici, ha provocato un problema che ormai è all’attenzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e che desta preoccupazioni non solo nei medici ma anche nei governi: il problema dell’antibiotico resistenza. Nonostante la ricerca su nuovi antibiotici in grado di superare lo scoglio della resistenza, questo fenomeno sta diventando drammatico negli ospedali e anche nell’assistenza territoriale, e deve essere affrontato sul versante dell’uso appropriato attraverso linee guida incisive e percorribili.

4) - Le attività delle Commissioni e degli Osservatori nel corso dell'anno 2015

Nel corso dell'anno 2015 le Commissioni e gli Osservatori permanenti del Consiglio Sanitario Regionale che hanno effettuato riunioni sono stati 10 e sono i seguenti:

Commissione per le Attività Diabetologiche;
Commissione per le problematiche della Medicina di genere;
Commissione Pediatrica regionale;
Commissione regionale di Coordinamento per le azioni di lotta al dolore;
Commissione Salute mentale;
Osservatorio delle Professioni;
Commissione permanente sulla Medicina basata sulle prove di efficacia;
Osservatorio permanente sul sistema di Emergenza-Urgenza;
Osservatorio permanente sull'Ospedale per intensità di cura;
Commissione permanente Rete assistenziale persone con demenza.

I professionisti coinvolti nei gruppi di lavoro sono stati 178.

Le riunioni effettuate nel corso dell'anno sono state 22.

5) - Le attività dei Gruppi di lavoro nel corso dell'anno 2015

Nel corso dell'anno 2015 i gruppi di lavoro del Consiglio Sanitario Regionale che hanno effettuato riunioni sono stati 9 e sono i seguenti:

- 2 PDTA Sanità di iniziativa;
- A.F.A.;
- Appropriatelyzza;
- P.D.T.A. BPCO, Asma, Insufficienza respiratoria;
- P.D.T.A. Demenza;
- P.M.A.;
- RM alla colonna;
- Sindrome Fibromialgica PDTA;
- Tessuto muscolo scheletrico.

I professionisti coinvolti nei gruppi di lavoro sono stati 105.

Le riunioni effettuate nel corso dell'anno sono state 30.

6) - Il processo Linee Guida nel corso dell'anno 2015

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

I professionisti coinvolti nei gruppi di lavoro sono stati 230.

Le riunioni effettuate nel corso dell'anno sono state 30.

Nell'anno è stata elaborata, impostata graficamente e pubblicata in versione definitiva la linea guida Menopausa

Sono state revisionate le Linee Guida:

- Mal di schiena: linee guida diagnostico terapeutiche e raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali;
- Prevenzione oncologica: Alimentazione, obesità e attività fisica;
- Raccomandazioni per la diagnosi e cura dell'insufficienza respiratoria e disturbi respiratori sonno correlati;
- Prevenzione oncologica: Percorsi organizzativi e diagnostici;
- Reumatologia;
- Sindrome Demenza: diagnosi e trattamento.

Sono state realizzate in versione Pocket le seguenti Linee Guida:

- Diagnosi e trattamento delle epilessie;
- Ipertensione arteriosa.

I gruppi di lavoro del Processo Linee Guida, riunitisi nel corso dell'anno 2015 sono stati :

- Algodistrofia;
- I cancerogeni occupazionali: prevenzione ed emersione dei tumori professionali;
- Sindrome demenza: diagnosi e trattamento;
- La fragilità nell'anziano;
- Tromboembolismo venoso;
- Percorsi riabilitativi;
- Raccomandazioni per la diagnosi e cura dell'insufficienza respiratoria e disturbi respiratori sonno correlati;
- Asma bronchiale.

7) - Le relazioni sugli argomenti più significativi affrontati dalle Commissioni e dagli Osservatori nel corso dell'anno 2015 e le eventuali ipotesi di proseguimento dell'attività nel corso del 2016

- 7.1) Commissione regionale per le attività diabetologiche;
- 7.2) Commissione permanente per le problematiche della Medicina di Genere;
- 7.3) Commissione Pediatrica regionale;
- 7.4) Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore;
- 7.5) Commissione regionale per il governo clinico della Salute Mentale;
- 7.6) Osservatorio delle professioni;
- 7.7) Commissione permanente sulla medicina basata sulle prove di efficacia;
- 7.8) Osservatorio permanente sul sistema di Emergenza Urgenza;
- 7.9) Osservatorio permanente sull'ospedale per Intensità di Cura;
- 7.10) Commissione permanente Rete assistenziale persone con demenza.

7.1) - Commissione regionale per le attività diabetologiche

Nell'anno 2015 la Commissione, coordinata dal dr. Giancarlo Landini, ha supportato gli uffici regionali per la implementazione della nuova delibera regionale sulle attività diabetologiche.

In particolare sono state affrontate le tematiche del piede diabetico e del diabete di nuova diagnosi.

Per il piede diabetico è stato implementato un percorso che possa servire come standard a livello regionale ed è stato poi approvato dall'Assessorato. Il coordinatore del percorso supporterà le varie realtà regionali per la applicazione . Inoltre è stato avviato un percorso di aggiornamento per le rivascolarizzazioni distali, che sono applicate in maniera disforme nella regione. Questo si può evincere dal questionario MeS che registra anche l'andamento dell'assistenza diabetologica in tutta la regione.

Per quanto riguarda il diabete di nuova diagnosi sono stati avviati incontri fra diabetologi e MMG e le associazioni dei pazienti diabetici.

Per il 2016 si prevede una regolarità di riunioni per assolvere alle richieste di pareri che saranno trasmesse sia dal CSR, che dagli altri organi regionali, e per affiancare la Regione nella strutturazione di percorsi ospedale territorio nelle tre nuove AUSL .

7.2) - Commissione permanente per le problematiche della Medicina di Genere

Relazione 2015

La Commissione permanente per le problematiche della medicina di genere, coordinata dalla dr.ssa Annamaria Celesti, è organo tecnico scientifico di cui si avvale il Centro regionale di coordinamento per le problematiche della medicina di genere, istituito il 24/02/2014.

Nel 2015 la Commissione, nell'ambito dei programmi del Centro regionale per le problematiche della medicina di genere, ha collaborato e/o partecipato, con la sua referente e i vari professionisti che la compongono, ai seguenti corsi di formazione:

- 14-01-2015 Azienda USL 3 Pistoia – corso "Il periodo perinatale: riflessioni in un'ottica di genere"
- 12-13-febbraio-2015 Roma “La medicina della differenza, la sfida della salute di genere”
- 27-02-2015 Regione Toscana – convegno "La sperimentazione clinica"
- 07-03-2015 AOU Careggi "Percorsi clinici, ricerca ed innovazione nella Medicina di Genere”
- 20-03-2015 Associazione donne medico Modena "XXXV Congresso nazionale AIDM – La salute su misura: focus on gender"
- 21-03-2015 Azienda USL 3 Pistoia - corso "Salute e Medicina di Genere in pillole: gli specialisti incontrano i MMG"
- 24-03-2015 Scuola Superiore Sant'Anna – seminario "La salute di genere, Evidenze scientifiche e le strategie della Regione Toscana"
- 25-03-2015 Azienda USL 12 Viareggio – corso di aggiornamento "La promozione della salute di genere: le life skills al femminile"
- 17-04-2015 Azienda Ospedaliera Universitaria Senese – corso di formazione “Salute e medicina di genere: attualità e prospettive future”
- 27-05-2015 Regione Toscana – giornata di studio “La Salute e Medicina di Genere in Regione Toscana”
- 11-12-giugno-2015 Università di Pisa – congresso nazionale SISS “La costruzione della salute nel welfare socio-sanitario. Nuovi scenari e pratiche sociologiche”
- 17-06-2015 Azienda USL 1 Massa – convegno “Salute e medicina di genere. Per una risposta appropriata ai bisogni di salute”
- 19-20 giugno 2015 Donna e Salute – giornate di studio “Salute e medicina di genere. Stato dell'arte”

- 02-07-2015 Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi – convegno “Salute di genere: la nuova frontiera della medicina”
- 10-07-2015 Azienda USL 3 Pistoia – convegno “Differenze di genere nell'iter diagnostico e terapeutico delle sindromi coronariche acute”
- 24-27 settembre 2015 Goodlink Festival della Salute VIII edizione Viareggio
- 26-09-2015 Azienda USL 4 Prato – seminario “Salute e medicina di genere: valore, pluralità, differenze e... a Prato un ospedale a misura di donna”
- 09-10-2015 Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana – convegno “Quale Genere di medicina?”
- 24-10-2015 Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana – convegno “La medicina complementare incontra la donna”
- 13-11-2015 Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer - “Primo convegno di salute di genere in pediatria”
- 28-11-2015 Azienda USL 3 Pistoia – convegno “Differenze di genere nella donazione trapianti di organo: presentazione e analisi dati ricerca”

Programma 2016

Nell'anno 2016 la Commissione coadiuverà, da un punto di vista tecnico scientifico, i lavori del Centro regionale di Coordinamento per la salute e medicina di genere ed insieme al Centro presenterà, entro la fine di febbraio, i risultati dei lavori portati avanti dai gruppi, relativi alle azioni prioritarie previsti nella delibera 144/2014 del 24/02/2014 e sotto specificate:

- La gravidanza come finestra sulla salute futura della donna (coordinato dalla dr.ssa Di Tommaso, prof.ssa Abbate e dr.ssa Campanile).
- Chemioterapia antitumorale con le fluoropirimidine in vari tipi di tumori solidi, personalizzata in base al genere (coordinato dalla prof.ssa Mazzei)
- Endometriosi: diagnosi precoce e terapia (coordinato dalla prof.ssa Petraglia)
- Indicatori di salute: screening colon retto e pazienti con IMA STEMI (coordinato dalla dr.ssa Turco)
- Farmaci antidiabetici tradizionali e di nuova generazione: quali differenze di genere (coordinato dal dr. Seghieri).

Breve sintesi delle singole azioni

Azione Prioritaria 1 “La gravidanza come finestra sulla salute futura della donna”
Lo sviluppo di complicanze in gravidanza fornisce una nuova finestra di opportunità per la malattia di cuore, lo screening del rischio precoce e di intervento per le donne.

La prevenzione delle malattie croniche deve essere una priorità di ogni Sistema Sanitario. I segni e i sintomi di malattie croniche e in particolar modo delle malattie cardiovascolari (MCV) differiscono tra uomini e donne e una grande percentuale di donne muore per MCV senza che ci siano stati sintomi premonitori.

Per le donne, i cui tassi di malattie croniche quali MCV di diabete di tipo 2 e di obesità sono in aumento, gli eventi che occorrono nella gravidanza possono fornire informazioni sulla valutazione del rischio futuro di malattie croniche quali quelle sopra menzionate. È come se durante la gravidanza comparissero, in alcune donne, patologie che rappresentano indizi di malattie future così da poter sfruttare la gravidanza come una finestra che si apre precocemente sulla salute futura di quella donna e che pertanto consente di selezionare donne a rischio sulle quali poter effettuare, dopo la gravidanza, tests di screening specifici per quelle patologie che si vuole prevenire e di cui si è “avuto sentore” nel corso della gravidanza, così da migliorare la salute a lungo termine.

È ormai scientificamente accertato che la gravidanza è essenzialmente una prova da sforzo cardiovascolare e che lo sviluppo di complicanze della gravidanza quali pre-eclampsia, ipertensione gestazionale, diabete gestazionale, intolleranza al glucosio, distacco di placenta, parto pretermine e ritardo di crescita intrauterino sono forse i primi marcatori, clinicamente identificabili per una donna, di aumento del rischio cardiovascolare. Molte donne che sviluppano queste condizioni, o già presentano nel corso della gravidanza fattori di compromissione vascolare in genere non ancora diagnosticati o sono inclini a svilupparli negli anni successivi alla gravidanza. Queste complicazioni della gravidanza hanno a comune molti fattori di rischio, tra cui l'iperlipidemia, la disfunzione endoteliale e la deposizione di lipidi.

L'azione prevede la valutazione del rischio cardiovascolare per tutte le donne con queste complicazioni della gravidanza, al fine di ottenere, a lungo termine, i migliori risultati possibili.

Si dovrà pertanto favorire la formazione degli operatori sull'importanza della gravidanza come test di screening per la salute futura della donna e a tale scopo si dovranno promuovere, e condividere, presso le Unità Ostetriche, protocolli specifici da applicare non solo nell'immediato post partum, ma anche nei mesi successivi per lo screening delle patologie cardiovascolari e più in generale della sindrome metabolica. Le donne identificate a rischio saranno quindi indirizzate, dopo sei mesi dal parto, presso “ambulatori post partum” che si occuperanno della prevenzione, a coloro che risulteranno positive saranno fornite indicazioni sull'adozione di stili di vita congrui, su eventuali terapie farmacologiche e saranno indirizzate per ulteriori follow-up presso centri specifici.

L'obiettivo è quello di selezionare prima possibile le donne a rischio, al fine di prevenire tutte le conseguenze future e gli oneri di assistenza sanitaria di malattie croniche quali diabete, ipertensione e insufficienza coronarica. Si tratta in sintesi di effettuare una transizione dalle cure prenatali finalizzate alla salute materno-fetale che oggi sono molto accurate ed efficaci, a quelle postnatali da adottare nell'interesse della salute futura della madre.

Azione Prioritaria “Chemioterapia antitumorale con le fluoropirimidine in vari tipi di tumori solidi, personalizzata in base al genere”.

Dalla più recente letteratura internazionale sta emergendo con molta chiarezza come esistano delle profonde differenze nella farmacologia di genere che condizionano risposte e tossicità diverse di numerose classi di farmaci nelle donne rispetto agli uomini. Tali differenze di frequenza sesso-genere nelle pubblicazioni relative agli eventi avversi, può essere dovuta a fattori di farmacocinetica, farmacodinamica, assunzione di più farmaci (maggiori interazioni farmacologiche) nelle donne rispetto agli uomini. E' noto come la gestione degli eventi avversi comporti costi elevati al Sistema Sanitario Nazionale.

I chemioterapici antitumorali non costituiscono una eccezione alla regola di una maggiore incidenza di eventi avversi nel genere femminile e le dimostrazioni in tal senso riguardano numerosi farmaci quali le fluoropirimidine, i derivati del platino, le antracicline e l'etoposide. Le pubblicazioni che attestano una maggior incidenza di stomatite, alopecia, nausea, vomito e diarrea nelle pazienti di sesso femminile trattate con regimi a base di fluoropirimidine sono numerose ed hanno iniziato ad essere evidenziate nel 1992.

Le fluoropirimidine [5-fluorouracile (5-FU) e capecitabina] sono farmaci largamente utilizzati in chemioterapia antitumorale essendo inclusi nel 50% circa dei protocolli terapeutici per il trattamento di numerosi tumori solidi (ad es. carcinomi gastrointestinali, pancreatici, della mammella e della testa-collo) sia come singoli agenti che nell'ambito di regimi di associazione. Gli eventi avversi ad esse associati sono molto comuni e più frequentemente riportati nel sesso femminile. L'enzima limitante il catabolismo del 5-FU è la diidropirimidina deidrogenasi (DPD): numerosi studi si sono focalizzati sulla comprensione degli aspetti genetici e cinetici del metabolismo del 5-FU per spiegare la variabilità inter-paziente in termini di tossicità. I risultati più significativi descritti in letteratura hanno evidenziato una correlazione tra le tossicità sviluppate e un'alterazione dell'attività enzimatica di DPD.

Al fine di studiare l'attività enzimatica della DPD sono stati suggeriti numerosi approcci basati sia sulla caratterizzazione genetica, che sulla caratterizzazione

fenotipica dei pazienti in trattamento con fluoropirimidine. Nello specifico, i due approcci riguardano:

- fenotipo: studio dell'attività della DPD attraverso quantificazione plasmatica del substrato naturale di DPD (Uracile, U) e del relativo prodotto (diidrouracile, UH2). È stata riportata in letteratura una forte correlazione tra l'indice metabolico indicato come UH2/U ratio e tossicità grave da 5-FU;
- genotipo: studio delle varianti genetiche del gene DPYD codificante per l'enzima. Più di 40 differenti mutazioni sono state ad oggi individuate a carico dell'enzima DPYD, quattro delle quali determinando un'alterazione nell'attività enzimatica sono state associate significativamente allo sviluppo di tossicità grave.

Importanti studi in letteratura hanno permesso di creare un algoritmo che descrive in maniera completa lo stato di attività dell'enzima DPD, tenendo conto del profilo genetico e fenotipico del paziente e delle sue caratteristiche fisiopatologiche (età, sesso, comorbidità, ecc.). L'utilizzo dell'approccio combinato genotipo/fenotipo associato all'algoritmo è in grado di predire il 98% dei pazienti potenzialmente suscettibili allo sviluppo di tossicità gravi (grado 3-4) precoci (entro i primi due cicli) e il 100% dei pazienti che presentano un elevato rischio di sviluppo di tossicità potenzialmente letale.

Sulla base di queste premesse l'obiettivo principale di questo progetto è quello di validare in ambedue i sessi il beneficio clinico (prevenzione del rischio di tossicità grave) e farmacoeconomico di uno screening pre-trattamento del deficit di DPD e dell'adattamento del dosaggio del 5-FU basato sul monitoraggio farmacocinetico in corso di trattamento.

A tale scopo sarà condotto uno studio clinico prospettico in una coorte di pazienti affetti da diversi tumori solidi, candidati a trattamento standard con 5-FU in mono o polichemioterapia (carcinomi gastrointestinali, del pancreas, della mammella e testa-collo).

Il deficit di DPD sarà valutato pre-trattamento sulla base della determinazione del genotipo e del fenotipo (rapporto UH2/U). In base alla suddetta valutazione ogni paziente riceverà una dose di fluoropirimidine in rapporto alle indicazioni di un algoritmo predefinito. La variazione della dose del 5-fluorouracile ai cicli successivi di trattamento verrà effettuata secondo le indicazioni di un algoritmo basato sui risultati farmacocinetici. Infine avverrà il confronto tra l'incidenza di eventi avversi gravi (grado 3-4) nel gruppo di pazienti caratterizzati prima del trattamento dal punto di vista genetico e fenotipico e trattati con dose adattata di 5-fluorouracile e quella osservata in un gruppo di controllo retrospettivo trattato a dose standard in base al calcolo della superficie corporea e non caratterizzati prima della terapia.

Dal confronto della frequenza e grado di effetti tossici e costi osservati in questa coorte di pazienti rispetto ai dati corrispondenti ottenuti in una coorte retrospettiva di pazienti già trattati con 5-FU a posologia standard, senza screening e monitoraggio farmacocinetico, sarà validato l'algoritmo predittivo del deficit di DPD e quello farmacocinetico per la modifica del dosaggio al fine della prevenzione della tossicità grave.

Azione Prioritaria 3 “Endometriosi – Diagnosi precoce e terapia”

L'endometriosi è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale al di fuori della cavità uterina. Il dolore pelvico e l'infertilità sono i sintomi più frequenti. Colpisce prevalentemente tra i 25 e i 35 anni e si stima un'incidenza del 10% nelle donne in età fertile e del 25-35% in quelle infertili. In Toscana, dove sono presenti circa due milioni di donne, di cui un milione in età fertile, si calcola che siano 100.000 circa quelle affette da endometriosi. Le possibili cause dell'aumento di incidenza sono legate a più fattori tra cui il ritardo della prima gravidanza (età media 32 anni nel 2013 in Toscana), il miglioramento diagnostico (con metodiche non invasive quali quelli per immagini e markers e invasive come la laparoscopia) e l'aumento dei contaminanti ambientali (sostanze in grado di alterare le funzioni del sistema endocrino).

Si tratta quindi di una malattia a forte impatto sulla salute della donna che coinvolge non solo la vita familiare e di coppia, ma anche quella lavorativa, con un aumento di psicopatologie da stress cronico e con possibili recidive che portano a ripetuti interventi chirurgici, con aumento dei costi sanitari e sociali.

L'azione prevede una prima fase nella quale occorre fare informazione e sensibilizzazione negli adolescenti, tra i medici di medicina generale e gli specialisti del territorio (social network, pubblicazioni, incontri), individuare le adolescenti a rischio di sviluppare endometriosi (questionari) e infine valutare le adolescenti che presentano fattori di rischio con metodiche non invasive (imaging e markers).

La seconda fase prevede invece di integrare nella Regione Toscana le modalità di diagnosi e trattamento dell'endometriosi con Linee Guida condivise con gli operatori sanitari, di individuare i Centri di Riferimento per le forme più severe di patologia e infine di curare l'impatto dell'endometriosi sulla salute psicofisica delle donne.

Azione Prioritaria 4 “Indicatori di salute -Screening oncologico del colon retto”

Il programma di screening oncologico del colon retto, assieme a quello della mammella e della cervice uterina è Livello Essenziale di Assistenza.

Come noto, lo screening del cancro del colon retto è raccomandato con due diversi test: la ricerca del sangue occulto fecale di tipo immunologico (SOF) e la retto sigmoidoscopia “one once in a life”.

La Toscana ha adottato come test di screening il SOF di tipo immunologico, con frequenza biennale ed è rivolto ad uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 69-70 anni.

Nel biennio 2010-2011 lo screening ha raggiunto una estensione dell'85,2% ed è in continua ascesa (92% nel 2012), contro un dato nazionale del 2011, prodotto dall'Osservatorio nazionale screening, del 55%.

Nel 2011 il confronto fra i due sessi nello screening evidenzia una maggiore partecipazione delle donne (oltre 4 punti % rispetto agli uomini: 51,7% vs 47,3%). Con l'avanzare dell'età (dopo 65 anni) si perde questo trend per minor approfondimento nelle donne. Lo screening è inoltre meno sensibile sulla donna perché diverso è il transito intestinale tra uomini e donne.

L'azione, che vede la collaborazione dell'ISPO, prevede una prima fase di indagine che riguarda i fattori connessi all'adesione o non all'invito, essendo questo un indicatore essenziale dell'impatto di un programma di screening in termini di “burden diagnostico”, così come dell'efficienza organizzativa e della qualità comunicativa del suo percorso, attraverso analisi riguardanti l'area anagrafica, l'area della comunicazione, l'area della motivazione e l'area organizzativa.

Una seconda fase di coinvolgimento delle gastroenterologie aziendali per raccogliere i dati sugli indicatori nella propria azienda e negli ospedali di riferimento, con l'obiettivo di portarli così a conoscenza degli operatori sanitari, medici di medicina generale, etc. e di indagare i fattori connessi con le differenze per arrivare a interventi mirati, sia formativi che informativi anche per i cittadini, sia organizzativi del sistema.

Pazienti con IMA STEMI

L'azione prevede di raccogliere e analizzare i dati divisi per genere su interventi di angioplastiche in pazienti con infarto acuto del miocardio (IMA), dai registri delle strutture di Cardiologia delle aziende sanitarie toscane.

Questo con l'obiettivo di valutare, in termini di genere, se esiste:

- una differente distribuzione correlata con l'età;
- una differente manifestazione clinica con conseguente ritardo diagnostico;

- una differente percezione della sintomatologia con una diversa modalità di ritardo nella richiesta di soccorso;
- un differente approccio di comunicazione da parte del medico;
- una differente distribuzione del ritardo di diagnosi correlata all'area di residenza;
- una differente distribuzione nelle Aziende in relazione alla diversa organizzazione dei servizi.

Azione Prioritaria 5 “Farmaci antidiabetici tradizionali e di nuova generazione: quali differenze di genere”

Il diabete è malattia importante sia per le sue conseguenze sulla mortalità e sulla morbilità, in particolare perché da stime attuali colpisce il 6% della popolazione generale con picchi di prevalenza nelle fasce di età più avanzata. Da queste stime si deduce che in Toscana più di 200.000 abitanti ne sono affetti e di questi circa la metà sono donne. È dunque evidente l'importanza di azioni correlate alla prevenzione ed alla corretta terapia di questa condizione morbosa ‘a carattere sociale’.

Esistono dati ben documentati che riferiscono come nella Regione Toscana le donne diabetiche abbiano una minore percentuale di prescrizione di terapia farmacologica atta alla prevenzione ed alla cura delle malattie cardiovascolari (statine, ACE Inibitori, sartani, ASA). E poco si conosce sull'uso differenziato tra i sessi dei farmaci antidiabetici, ed in particolare dei farmaci antidiabetici di nuova generazione.

L'azione prioritaria prevede un'indagine a scopo conoscitivo sulla prescrizione di farmaci antidiabetici nel nostro territorio, usando database di flusso per la prescrizione dei farmaci in oggetto nelle singole aziende sanitarie, linkandolo con dataset di pazienti diabetici. Lo scopo è valutare:

1. differenze di genere nella prescrizione dei farmaci antidiabetici tradizionali (metformina ed insuline);
2. differenze di genere nella prescrizione dei farmaci antidiabetici nuovi (DPP-4 *1 inibitori, e analoghi del GLP1*2);
3. correlazione tra tale prescrizione con indicatori di percorso della malattia diabetica (Guideline Composite Indicator) nei due sessi.

L'obiettivo è quello di creare, a livello regionale, una rete di Servizi di Diabetologia, con il compito di monitorare due aspetti fondamentali nell'ottica di genere:

1. fornire dati aggiornati su prescrizione di analoghi del GLP1 e su DPP-4 unendo dati di prescrizione a dati clinici (HbA1c, durata di malattia, tipo di

diabete, comorbidità) riportare tale prescrizione con il Guideline Composite Indicator.*1= inibitori dell'enzima Di-Pepditil Pepditasi 4*2= Glucagon like Peptide 1

7.3) - Commissione Pediatrica Regionale

Nel corso del 2015 la Commissione pediatrica regionale si è riunita una sola volta, in data 21 gennaio. Successivamente i lavori sono stati sospesi, in attesa delle indicazioni in tema di rete regionale pediatrica fornite dalla legge di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale, approvata il 28 dicembre.

La Commissione pediatrica ha approvato il documento “linee di indirizzo per l'oncoematologia pediatrica, istituzione del Centro Regionale di Oncoematologia Pediatrica (CROP), con parere positivo dell'ITT e del Consiglio Sanitario Regionale (parere n. 34/2015). Il CROP rappresenta una organizzazione multidisciplinare e coordinata, con lo scopo di condividere i percorsi clinico assistenziali e di follow up dei pazienti in età pediatrica affetti da patologie oncologiche, in modo da garantire le cure appropriate e favorire risposte immediate e più vicine alle esigenze dei paziente e delle loro famiglie.

Grazie alle indicazioni della Commissione pediatrica, la Regione Toscana ha deliberato le Raccomandazioni regionali su “dimissioni del neonato sano, del neonato a rischio e osservazione breve pediatrica” (Delibera n. 47 del 26/01/2015) e l'istituzione del Centro Regionale di Oncoematologia Pediatrica (Delibera n. 419 del 07/04/2015).

7.4) - Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore

Relazione attività Anno 2015

Nell'anno 2015 l'attività della Commissione si è sviluppata su due linee:

- consulenza tecnica e stretta collaborazione con il Dirigente responsabile del settore per l'attuazione piena di quanto disposto nelle due Delibere di Giunta che hanno recepito i dettami della legge 38/2010, rivedendo l'organizzazione del servizio della Terapia del dolore (DGRT n.710 del 25/08/2014) delle Cure Palliative (DGRT n.199 del 17/03/2014);
- realizzazione del Corso di Formazione a suo tempo finanziato e finalizzato alla formazione della Rete Regionale di lotta al Dolore.

Si è inoltre continuato il lavoro per il pieno recepimento dell'Accordo Stato Regioni per l'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative, della terapia del dolore e delle strutture sanitarie assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

Si è tenuta una sola riunione plenaria in data 25/03/2015, nella quale si sono illustrate, discusse e preparate le attività della Commissione nel periodo successivo e messe le basi per stabilire ruolo e linee di attività per il prossimo futuro.

La gran parte dell'attività si è esplicata nella realizzazione del Corso di Formazione ("Il trattamento del dolore cronico in medicina generale: acquisizione di un metodo di cura per la creazione della rete di terapia del dolore") destinato a Medici di Medicina Generale e specialisti delle strutture di terapia del dolore della Regione. L'organizzazione del corso è stata demandata alla ASL 10.

L'obiettivo del corso era quello di costruire una rete integrata tra diverse figure professionali per la cura del dolore cronico, in grado di garantire un percorso assistenziale specifico, a diversi livelli a seconda delle necessità di ogni paziente e delle competenze dei professionisti. L'integrazione tra professionisti si deve avvalere di una modalità di lavoro comune che costituisce il "metodo" per la diagnosi ragionata del tipo di Dolore, al fine di stabilire il trattamento efficace ed appropriato ed una appropriata gestione del percorso stesso, comprensiva dei metodi di comunicazione con il paziente e tra i professionisti.

Si è tenuto un corso di 8 ore in tutte le Aziende Usl della Regione:

- ASL 1 - 13 febbraio 2015 al Polo Didattico ASL 1 “Villaggio del Sole”, Località Pontecimato (Carrara)
- ASL 2 - 21 febbraio 2015 Presidio Campo di Marte (ex Ospedale di Lucca)
- ASL 3 - 2 febbraio 2015 Sala Cinzia Nuti, Ospedale San Jacopo, Pistoia
- ASL 5 - 20 febbraio 2015 Polo formativo USL 5, Viale Piaggio, Pontedera
- ASL 6 - 26 febbraio 2015 Biblioteca Ospedale Livorno
- ASL 7 - 4 febbraio 2015 aula del Centro Direzionale, Piazza Rosselli, 26, Siena
- ASL 8 – 10 febbraio 2015 Sala Conferenze – Biblioteca P.O. San Donato Arezzo
- ASL 9 - 30 gennaio 2015 Auletta Malattie Infettive, Ospedale Misericordia, Grosseto
- ASL 10 - 6 febbraio 2015 Villa Fabbri, Aula Primavera, via San Salvi 12
- ASL 11 - 29 gennaio 2015 Aula 12 in Agenzia di Formazione, via Oberdan 13, Sovigliana
- ASL 12 - 17 gennaio 2015 Auletta Ortopedia Ospedale Unico Versilia

La ASL 4 ha organizzato per proprio conto il corso, che si è svolto in data 21 marzo 2015 presso la Sala Magnolfi NOP Prato.

I corsi sono stati realizzati tutti sulla base del programma a suo tempo elaborato dal gruppo di lavoro della Commissione Regionale per la Lotta al dolore e con la partecipazione dei docenti, in gran parte membri della Commissione, che avevano preparato il materiale didattico. Si è chiesta ovviamente la partecipazione all’evento come docenti e come animatori dei professionisti, dei MMG e degli specialisti algologi, operanti nelle realtà locali.

Gli inviti sono stati rivolti, per ciascun corso, a:

- MMG coordinatori delle AFT;
- MMG interessati all’argomento;
- Diplomatici del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Toscana;
- Specialisti algologi dei centri Spoke e Hub.

La presenza di giovani medici non ancora convenzionati come MMG ma recentemente diplomati del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale è giustificata dal tentativo di preparare all’inserimento nella Rete di Lotta al Dolore i medici che nei prossimi anni copriranno i numerosi posti lasciati disponibili per il pensionamento di massa dei MMG attualmente in funzione.

La partecipazione è stata numerosa e i riscontri generalmente positivi. Sono ancora in elaborazione i dati relativi ai singoli corsi.

Dopo la prima fase di formazione in aula, destinata ad acquisire le conoscenze e impostare percorsi di problem solving con discussioni interattive e presentazioni pratiche, il programma prevede ulteriori 4 ore di pratica: i MMG, in piccoli gruppi, frequenteranno i centri di Terapia del Dolore, gli spoke e gli hub, della loro zona, con l'obiettivo di acquisire un metodo di lavoro mediante sperimentazione nella pratica clinica quotidiana, insieme agli specialisti di riferimento. Questa fase è ancora in corso.

La Commissione dovrà essere prossimamente ricostituita, nell'ambito del rinnovamento del CSR, provvedendo in ogni caso al rinnovo dei componenti decaduti e di coloro che non hanno partecipato alle riunioni e alle attività.

Programma delle attività della Commissione per il 2016:

- Ridefinizione dell'attività della Commissione nella nuova organizzazione regionale di Dolore e Cure Palliative, che prevede la presenza di Coordinamenti regionale e aziendale per l'attuazione delle due reti. La Commissione avrà ancor più il ruolo di consulenza scientifica e clinica, in particolare sui Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali. La Commissione dovrà, inoltre, produrre pareri clinico-organizzativi e Linee Guida;
- Organizzazione di un Convegno sullo stato dell'arte del trattamento del dolore, alla luce della Delibera Regionale;
- Organizzazione di un Convegno sullo stato dell'arte della rete di Cure Palliative, alla luce della Delibera Regionale;
- Rinnovo della pagina del sito della Regione relativa alla Commissione.

7.5) - Commissione regionale per il governo clinico della Salute Mentale

Relazione 2015

Nel corso dell'anno 2015, la Commissione per il Governo Clinico della Salute Mentale, coordinata dal prof. Andrea Fagiolini, ha continuato a monitorare e raccordare le iniziative finalizzate a garantire la qualità degli interventi e la migliore risposta ai bisogni dei pazienti e cittadini, dedicando particolare attenzione alla prosecuzione dei lavori iniziati negli anni precedenti, volti a identificare i punti critici ed i possibili interventi migliorativi nell'assistenza ai pazienti affetti da Malattia mentale.

La Commissione salute mentale ha analizzato e discusso l'andamento dei disturbi mentali e delle loro cure in generale, e nella nostra Regione in particolare. Nell'anno 2015, la Commissione ha continuato a esaminare le evidenze scientifiche e a discutere i migliori modi per implementare nei servizi del SST le nuove evidenze scientifiche, al fine di migliorare il trattamento delle malattie mentali in Toscana. Integrando l'esame della letteratura scientifica internazionale con la valutazione delle realtà locali, abbiamo reiterato quanto i disturbi mentali costituiscano in primis un problema sanitario, con malattie in progressivo incremento sia in termini di prevalenza che di gravità che, per i loro risvolti comportamentali ed emotivi, esercitano effetti a carico del sistema sociale complessivo: del soggetto, dei familiari e del contesto sociale nel suo insieme. Tali effetti riguardano certamente la sofferenza che determina nelle persone e nelle loro famiglie, ma arrivano a determinare un vero e proprio allarme sociale. Non vanno per altro dimenticati i risvolti economici dei disturbi psichici, ad esempio con diminuzione di produttività nei pazienti e familiari e, in alcuni casi, con necessità di interventi di sostegno sociale che comportano elevati oneri finanziari per la collettività. Abbiamo quindi monitorato e discusso i migliori assetti organizzativi in grado di garantire alla comunità non soltanto efficaci ed efficienti pratiche di cura e riabilitazione, ma anche interventi di prevenzione e promozione della Salute Mentale, accogliendo il prezioso contributo specifico di ognuna delle discipline coinvolte per la sua promozione e tutela. E' dimostrato e riconosciuto in tutto il mondo sviluppato che le malattie mentali siano malattie con pari dignità medica di quelle curate da altre discipline sanitarie. Per nostra fortuna, i tempi in cui la salute mentale era priva di strumenti terapeutici, e gli interventi relegati dunque a puro assistenzialismo delle persone disabili sono da tempo finiti. Il fatto che la componente sociale e psicologica sia in grado di esercitare importanti funzioni di modulazione e moderazione ci ricorda, semmai

ce ne fosse bisogno, della necessità di attribuire un'adeguata importanza anche a quelle variabili, senza tuttavia mai dimenticare la valenza di malattia dei disturbi psichiatrici e la loro appartenenza, in primis, all'area di tutela della Salute. E' grazie alla tutela della salute che siamo oggi in grado di curare- o almeno trattare- la maggior parte delle malattie psichiatriche, nonostante il loro aumento, evitando che la maggior parte dei nostri pazienti diventino disabili. Ad esempio, molti farmaci psichiatrici, ad esempio, hanno NNT (number needed to treat, ovvero il numero di pazienti necessario per vedere l'effetto benefico) equivalenti o, in alcuni casi superiori a quello di farmaci come gli anti-ipertensivi. E altrettanto efficaci sono alcune forme di psicoterapie e interventi che i nostri servizi forniscono ogni giorno ai cittadini.

Abbiamo tuttavia anche discusso la necessita di interventi nuovi e sempre più efficaci, anche in considerazione dell'aumento della prevalenza e severità dei nostri disturbi. La depressione, ad esempio, è una delle malattie mentali più prevalenti e invalidanti, colpisce più di 350 milioni di persone al mondo, deteriorandone la qualità di vita, la capacità di lavoro e di relazione. Nelle sue espressioni più gravi, può portare al suicidio ed è responsabile di almeno 1 milione di morti ogni anno. La depressione è la seconda causa di disabilità nel mondo ma, nonostante la disponibilità di trattamenti efficaci, meno della metà delle persone colpite ricevono un trattamento adeguato. Gli ostacoli a una cura efficace includono la mancanza di risorse, la mancanza di operatori sanitari qualificati, lo stigma sociale associato ai disturbi mentali e la valutazione imprecisa o errata dei sintomi. Anche nel nostro Paese, molte persone depresse non ricevono una diagnosi rapida e corretta mentre altre che non hanno la malattia (o hanno sottotipi particolari, che richiedono trattamenti specifici) vengono mal diagnosticate e/o trattate con interventi inappropriati.

Nell'anno 2015, la Commissione salute mentale ha dunque continuato ad esaminare le evidenze scientifiche e discusso i migliori modi per migliorare il trattamento dei disturbi mentali in Toscana. La Commissione ha enfatizzato quanto una diagnosi e una valutazione delle malattie mentali non possano prescindere da una valutazione clinica accurata, che consenta la formulazione di una diagnosi categoriale ma, allo stesso tempo, prenda in considerazione gli aspetti dimensionali della sintomatologia con la quale le malattie mentali si esprimono in ogni singolo paziente, con il fine ultimo di garantire una cura più personalizzata possibile e, allo stesso tempo, ridurre il rischio di identificare come patologia condizioni non patologiche.

Nelle analisi che la Commissione ha compiuto durante l'anno 2015, è stata inoltre sottolineata l'importanza di non perdere di vista la necessità di proseguire nel passaggio da un modello biomedico, basato sulla visione della malattia come una deviazione rispetto alla norma biologica, ad un modello che, attraverso interventi multiprofessionali, tenga conto dei fattori biologici, psicologici e

sociali nel valutare lo stato di salute e sia in grado di recuperarlo operando su questi stessi livelli quando perso. In sintesi: dal “malato” alla “persona”, nella sua interezza di bisogni e di problemi, con un approccio che tenga presente la sua soggettività. Un’ampia letteratura internazionale documenta infatti l’efficacia di un approccio che accompagni interventi medici di promozione della salute mentale e cura della malattia, a interventi psicologici, di riabilitazione e tutela sociale e lavorativa.

Se è vero che considerare la malattia come un’entità indipendente dal comportamento sociale determina una visione riduttiva e attribuisce al paziente un ruolo esclusivamente passivo, è anche vero però che una visione della malattia come fenomeno prevalentemente sociale rischia di alterare il concetto stesso di malattia, scotomizzando le basi organiche che la sottendono, insieme a fattori psicologici e sociali, e minimizzando gli interventi sanitari che rappresentano, invece, i pilastri di intervento. Si ritiene pertanto che la cura della malattia e la promozione della salute mentale debbano rimanere primariamente delegate alle organizzazioni deputate alla tutela della salute, che a loro volta devono essere profondamente integrate con quelle delegate alla promozione dell’integrazione e benessere sociale. Dal punto di vista medico, la Salute Mentale ha la stessa dignità e scientificità della salute cardiovascolare, della protezione dai tumori, della medicina di urgenza etc. Dal punto di vista sociale, la Salute Mentale beneficia, probabilmente più delle altre discipline sanitarie, di integrazioni più profonde possibili con tutte le entità sociali che la tutelano e concorrono a determinarla o a metterla in pericolo. Ciò può realizzarsi attraverso interventi complementari - e non alternativi - che forniscano un supporto fondamentale alle istituzioni sanitarie responsabili della salute mentale, senza tuttavia sostituirsi a esse in un’attività di pertinenza sanitaria.

Obiettivi 2016

La Commissione Salute Mentale, ha identificato i seguenti obiettivi tra quelli che vorrebbe perseguire, in caso il CSR e la Giunta Regionale decida di confermarla:

- Prevenzione della disabilità, attraverso interventi terapeutici e scientificamente validati
- Maggiore diffusione delle informazioni necessarie per garantire i trattamenti più validi (secondo evidenze scientifiche) ed efficaci a tutti i cittadini, senza confondere il trattamento con i mezzi e i luoghi per fare arrivare lo stesso a chi ne ha bisogno.
- Promozione dell’integrazione o raccordo fra le strutture/figure professionali che erogano servizi di cura e prevenzione della salute mentale (Aziende sanitarie, Università, Neuropsichiatria infantile, Servizi per gli adulti, Geriatria, Medicina generale, etc)

7.6) - Osservatorio delle professioni

RELAZIONE 2015

L'Osservatorio delle professioni, coordinato dal dott. Giuseppe Figlini e dal dott. Danilo Massai, nel corso del 2015 ha iniziato a lavorare sugli obiettivi programmati, in particolare su :

- Studio osservazionale sui protocolli d'intesa Regione – Università per la formazione teso a rilevare i punti di forza e di debolezza. I risultati di tale studio possono essere proposte da inserire nei nuovi Protocolli, che dovranno delineare, pur nel rispetto delle reciproche autonomie, adesione alle necessità delle professioni e del Sistema Salute.
In specifico: la programmazione e l'offerta formativa, poste in un sistema di qualità della formazione e del professionista in uscita, il ruolo della rete servizi formazione universitaria e loro necessità di adeguamento.
- Identificazione di aree di sviluppo delle professioni coerente con il sistema Servizi ed a necessità dei professionisti, anche in adesione a quanto riportato dal Patto Salute e dal piano Socio Sanitario della Toscana (esperti e specialisti in area professionale, coordinamento/dirigenza), ruolo degli attori del sistema (dirigenza, docenza, tutor ...).
- Studio osservazionale sul ruolo degli Operatori Socio Sanitari, inseriti nelle organizzazioni Ospedaliere e territoriali, ed il riposizionamento delle professioni, proposte di revisione piani di formazione e di sviluppo, elaborazione di manuale buone prassi.
- Attuare un sistema di tassonomie delle competenze trasversali alle professioni identificando modalità di capitalizzazione integrata. Ridefinire le competenze tecnico-professionali di ciascuna professione ed identificare sistema e modalità di valutazione, in aderenza all'accordo Europeo recepito dall'Italia nel 2013.

Nei primi mesi del 2015 l'Osservatorio si è riunito diverse volte e si è dato un metodo di lavoro per sottogruppi circa ogni obiettivo indicato, ha ricercato la relazione con strutture tecnico-amministrative della Regione Toscana, in particolare con l'area formativa e ARS prospettando un lavoro di rete teso a razionalizzare i prodotti in essere e riordinare le disposizioni che la Regione ha già ratificato circa i contenuti degli obiettivi.

Con l'avvento del periodo pre-elettorale, le elezioni, il rinnovo dell'Assessorato alla Salute ed a seguire l'elaborazione della nuova legge del Servizio Sanitario Toscano, l'Osservatorio ha sospeso i propri lavori in quanto necessitava stabilità del mandato e cooperazione con le strutture di staff nell'Assessorato.

Obiettivi 2016

Rilevato che le Professioni ritengono fondamentale affrontare in analisi di prospettive future circa il loro ruolo nella tutela dei determinanti di salute che la Regione Toscana tende perseguire così come posto nella legge di revisione della L. 40/2005.

Constatato che il dibattito del ruolo delle professioni sia nella formazione Universitaria che nel definire un sistema condiviso sulle competenze riservate e trasversali è emergente per dare appropriatezza al lavoro di equipe e all'integrazione interdisciplinare si ripropongono per l'anno 2016 gli obiettivi seguenti:

- Studio osservazionale sui protocolli d'intesa Regione – Università per la formazione teso a rilevare i punti di forza e di debolezza. I risultati di tale studio possono essere proposte da inserire nei nuovi Protocolli, che dovranno delineare, pur nel rispetto delle reciproche autonomie, adesione alle necessità delle professioni e del Sistema Salute.

In specifico: la programmazione e l'offerta formativa, poste in un sistema di qualità della formazione e del professionista in uscita, il ruolo della rete servizi formazione universitaria e loro necessità di adeguamento.

- Identificazione di aree di sviluppo delle professioni coerente con il sistema Servizi ed a necessità dei professionisti, anche in adesione a quanto riportato dal Patto Salute e dal piano Socio Sanitario della Toscana (esperti e specialisti in area professionale, coordinamento/ dirigenza), ruolo degli attori del sistema (dirigenza, docenza, tutor ...).
- Analisi di impatto dei nuovi modelli organizzativi Ospedalieri e dei Servizi territoriali con rilevazione dei punti di forza e di debolezza nel lavoro di Equipe, nel sistema in atto per definire i mix fra professionisti che compongono le Equipe multi professionali operanti sui percorsi LEA e nei percorsi del Chronic Care Model.
- Studio osservazionale sul ruolo degli Operatori Socio Sanitari, inseriti nelle organizzazioni Ospedaliere e territoriali, ed il riposizionamento delle professioni, proposte di revisione piani di formazione e di sviluppo, elaborazione di manuale buone prassi.
- Attuare un sistema di tassonomie delle competenze trasversali alle professioni identificando modalità di capitalizzazione integrata. Ridefinire le competenze tecnico-professionali di ciascuna professione ed identificare sistema e modalità di valutazione, in aderenza all'accordo Europeo recepito dall'Italia nel 2013.
- Attuare osservazioni sul ruolo delle professioni nel sostenere i valori sociali posti nel Piano Socio-sanitario, tese a definire percorsi evolutivi in cultura e in capacità Relazionali.
- Studio di valutazione demografica delle professioni per trovare coerenza fra innovazione ,nuove necessita assistenziali e ricambio generazionale.

7.7) - Commissione permanente sulla medicina basata sulle prove di efficacia

La Commissione permanente sulla medicina basata sulle prove di efficacia è coordinata dal dr. Luigi Tonelli.

L'utilità delle Linee Guida cliniche (redazione, aggiornamento, diffusione e implementazione) è funzione del grado di penetrazione delle stesse nella cultura e nella prassi dei Professionisti. Eventi per nulla scontati: per definizione le Linee Guida sono una raccolta di “suggerimenti” di prassi clinica derivata da analisi EBM e in quanto suggerimenti la loro applicazione non può essere semplicemente imposta dagli Organismi di governo amministrativo e di governo clinico. Quanto viene scritto nel testo delle Linee Guida è infatti riferibile solo a condizioni cliniche standard e le “condizioni cliniche standard” sono l'equivalente nel management sanitario della “media” statistica, un valore che in termini assoluti corrisponde ad un numero limitato di casi. La maggioranza dei casi invece si addensa intorno al valore medio con una distribuzione che può essere anche molto ampia.

In sostanza, per la diagnosi, la terapia e la prognosi di ciascun singolo caso è necessario far riferimento alla migliore prassi “evidence-based” descritta dalla Linea Guida, ma con la consapevolezza della necessità di scostarsene per quanto il caso in trattamento si discosta dallo standard di patologia. Per effettuare questa analisi individuale di media e scostamento, ed attuarla nei tempi imposti dal singolo caso clinico occorre che:

- 1) le raccomandazioni siano assolutamente fondate sulla migliore e più recente evidenza scientifica
- 2) le indicazioni della Linea Guida siano esposte chiaramente e sinteticamente.

Il percorso “Linee Guida” è stato avviato dalla Regione Toscana molti anni addietro, avvalendosi del Consiglio Sanitario, e continua a procedere nonostante le difficoltà ed i limiti che la crisi economica comporta. L'azione principale è la produzione di Linee Guida regionali evidence-based, tanto originali quanto provenienti, con adattamento e traduzione, da Linea Guida internazionali di provato valore scientifico. Nel corso del tempo sono state apportate al processo Linee Guida azioni migliorative, identificate sulla base dell'esperienza fatta sul campo e dell'osservazione dei Centri nazionali di Governo Clinico di maggiore rilievo. Fra tutti l'esempio di maggiore riferimento è quello del National Institute for Clinical Excellence (NICE), del Servizio Sanitario Nazionale inglese e che per l'intera Nazione svolge pressoché tutta l'opera di implementazione e controllo della Clinical Governance.

Analogamente al NICE, il Consiglio Sanitario Regionale produce, adatta e aggiorna le Linee Guida curandone in particolare modo la aderenza ai principi dell'evidence-based medicine. Dalle Linee Guida “full text” vengono poi derivati formati “pocket” per la consultazione rapida, di dimensioni non superiori al 20% del formato iniziale. Tanto i “full text” che i “pocket” vengono resi disponibili all'utenza allargata della “rete”, sia nel sito della Regione Toscana, sia nel sito del Sistema Nazionale Linee Guida e sia, per alcune, nel sito National Guideline Clearinghouse che raccoglie pressoché tutte le Linee Guida prodotte nei diversi Paesi.

I contenuti delle Linee Guida vengono anche trasportati nei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali che il Consiglio Sanitario Regionale produce. Inoltre è in corso di attuazione il trasferimento delle “pocket” in formato “App”, perché possano essere ancora più facilmente e ancora più rapidamente consultate. Inoltre, dalla seconda metà del 2015 si è avviata la redazione, grazie ad una commissione nominata ad hoc, di documenti originali utili a diffondere le più rilevanti evidenze scientifiche prodotte dalla letteratura medica. Tutto questo materiale clinico viene diffuso, disseminato e, ove possibile, implementato in forma diretta o in formato FAD.

In questo contesto, nel corso del 2015:

- è stato portato avanti il progetto “Pocket Guide” (“trascrizione delle linee guida del CSR in formato pocket ed on-line per consentire un accesso facile, rapido e ubiquitario. Alle stesse, argomento per argomento, possono essere aggregati tanto altri documenti di rilievo prodotti dalla Regione quanto materiali formativi ed informativi. Il formato elettronico utilizzato è intuitivo e rende possibile anche la consultazione diretta dei documenti originali”). Sono state ridotte dell'80% le Linee Guida Emorragie Digestive, Tromboembolismo Venoso, Demenza, Epilessia, Ulcere da Pressione;
- è stata predisposta, tanto da un punto di vista organizzativo quanto da quello formativo del personale, ed è stata attuata la trascrizione nel formato “App” consultabile via “I-phone”, “smartphone”, tablet e PC delle “pocket guide” indicate nel punto precedente. È in discussione al momento in cui si scrive la modalità di accesso alle App, riservata al personale sanitario della Toscana o universale;
- è stata costituita la Commissione EBM che ha lavorato nel periodo maggio-ottobre a un primo documento. I lavori della Commissione hanno prodotto un'analisi del trattamento dello stroke ischemico con trombolisi sistemica + disostruzione, considerando i cinque trial pubblicati nel 1° semestre del 2015 dal New England Journal of Medicine, tutti indicativi di un significativo miglioramento della prognosi quoad vitam e quoad valetudinem nei soggetti colpiti. Il documento è stato preso in considerazione dall'Ufficio di Presidenza

del Consiglio Sanitario Regionale per una definizione di eventuali modifiche organizzative necessarie;

- è stato fornito supporto agli Osservatori che afferiscono al Consiglio Sanitario Regionale per la ricerca bibliografica nei data base e per il critical appraisal delle pubblicazioni scientifiche estratte dai database. In particolare è stato fornito questo supporto per l'aggiornamento delle Linee Guida in scadenza e per la traslazione di Linee Guida in Percorso Diagnostico-Terapeutici Assistenziali;
- sono state scritte, prodotte e messe in rete le FAD relative alla prevenzione del "Delirium" e del rischio AB0, che nel corso dell'anno sono state frequentate da oltre 1000 dipendenti del SSR ciascuna;
- è stata tradotta e adattata la Linea Guida del NICE "Fibrillazione Atriale", destinata ai Medici di Medicina Generale, che all'inizio del 2016 verrà condotta all'approvazione degli organismi del Consiglio Sanitario Regionale.

Programma di lavoro 2016

Nel corso del 2016 le attività descritte nei punti precedenti non possono che essere riprese e portate avanti, avvicinando ulteriormente il modello messo in opera dal Consiglio Sanitario Regionale con quello del NICE. In particolare si fa riferimento:

- agli interventi di diffusione dei documenti evidence-based, avvalendosi per questo delle tecnologie informatiche di "mobile health" ed alla "Formazione A Distanza";
- alla valutazione EBM degli studi di maggiore impatto, avvalendosi per questo della Commissione EBM;
- alla collaborazione alla redazione dei Documenti per l'appropriatezza delle procedure diagnostico terapeutiche;
- alla collaborazione alla redazione di nuove Linee Guida originali oppure all'adattamento di Linee Guida derivate dalla letteratura internazionale;
- alla collaborazione in forma di "ricerca di letteratura" a revisione/aggiornamento delle Linee Guida esistenti;
- alla riduzione al formato "pocket" e quindi alla versione ad "App" di altre Linee Guida;
- alla promozione, diffusione, implementazione delle Linee Guida nei formati "full text", "pocket" e "App".

7.8) - Osservatorio permanente sul sistema di Emergenza-Urgenza

Relazione 2015

L'Osservatorio permanente sul sistema di Emergenza-Urgenza è coordinato dal prof. Giancarlo Berni.

Nell'anno 2015 è stato ribadito, come indicato dalla letteratura, che i problemi dell'Emergenza Urgenza non possono essere assolti da una sola "struttura", il DEU, ma che sia necessario il coinvolgimento di tutto il Sistema Sanitario, sia territoriale che ospedaliero.

Si tratta di formulare una riorganizzazione ospedaliera in grado di accogliere l'utenza che non è programmabile per cui è necessario offrire al paziente in Pronto Soccorso provvedimenti diagnostico-terapeutici non legati a calendarizzazione. Si fa riferimento, ovviamente, al "week end effect", all'"ou-of-hours effect"

Per quanto riguarda i rapporti DEU-Territorio, l'Osservatorio ha partecipato, all'interno del CSR, a tutte le iniziative riguardanti le diverse sindromi con la compilazione di PDTA, in modo da evitare il ricorso all'unico sistema assistenziale sempre attivo: il Pronto Soccorso. Inoltre un Territorio preparato e organizzato è in grado di accogliere in sicurezza i pazienti dimessi.

L'Osservatorio ha pertanto contribuito alla stesura di vari Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), e in particolare:

- Fragilità;
- Tromboembolismo venoso;
- Demenza;
- Rete ictus;
- Insufficienza respiratoria;
- Artrite Reumatoide;
- Mal di Schiena;
- Sindrome Fibromialgica.

Inoltre:

- Costituzione della Commissione EBM;
- Rapporto Ospedale-Territorio alla luce della nuova organizzazione del SST;
- Intervento di omogeneizzazione della "Radiologia Interventistica".

In maniera più specifica, l'Osservatorio ha curato due documenti (v. Allegati 1 e 2): uno sull'ottimizzazione dei rapporti tra territorio e Ospedale, un altro sull'ottimizzazione della funzionalità del Pronto Soccorso, intesa sia come partecipazione dell'Ospedale ai flussi dell'Emergenza Urgenza, sia come rivisitazione moderna del "front-line" del PS, di regola finora asservito alla tecnica del triage.

Allegati

ALLEGATO 1

Risposta al punto 6 dell'odg dell' 8/9/2015 "apporto ospedale/territorio alla luce della nuova organizzazione del SST".

Contributi volti a rendere più funzionale e integrata l'assistenza sia nella fase extra che ospedaliera. Spunti di riflessione fra la collaborazione fra ospedale e territorio al fine di spostare sul territorio una parte dell'assistenza in maniera sostenibile e sicura per il paziente:

- Utilizzazione del "sistema day service" affidato all'ospedale direttamente dal MMG per la soluzione di problemi clinici in pazienti che non necessitano di ricovero (es. sindromi anemiche, sindromi febbrili).
CRITICITÀ:
 - a. prevedere un'accoglienza e un inquadramento da parte di un medico ospedaliero;
 - b. disporre di accessi rapidi alle specialistiche e ai servizi che operano esami pesanti (responsabilità alla direzione sanitaria);
 - c. creazione di una interazione informatica fra il medico del day service e il MMG.

- Prevedere pacchetti di esami che garantiscano al MMG l'accesso alla diagnostica in maniera rapida e coordinata per la soluzione di problemi acuti basati su un alto grado di sospetto clinico (es. colica addominale da calcolosi biliare o renale.).

CRITICITÀ:

- a. da concordare con le Direzioni Sanitarie ed i Responsabili della diagnostica del Presidio Ospedaliero di riferimento;
 - b. mancanza di comunicazione telematica efficiente e sicura fra MMG e ospedale.
- Creazione delle UCCP (Unità Complesse Cure Primarie), che rappresentano il luogo dove il paziente inviato dal MMG può ricevere prestazioni specialistiche necessarie, anche da parte di specialisti ospedalieri. Se sono necessarie più specialità garantire la tempestiva integrazione ed esecuzione al fine di formulare una sintesi esaustiva, o programma terapeutico adeguato, in tempo reale.

CRITICITÀ:

- prevedere che il Medico del Distretto e/o Responsabile della UCCP disponga delle competenze cliniche necessarie;
- Provenienza di competenze anche ospedaliere;
- informatizzazione del processo per consentire migliori rapporti fra gli attori.

D. La delibera delle Cure Intermedie tocca alcuni punti che dovranno essere messi a fuoco per la soluzione di problemi ancora in sospeso, quali le sedi, l'organizzazione, le responsabilità, l'appropriatezza e la sicurezza delle cure.

Per le Cure intermedie il modello di riferimento è il documento approvato dal CSR. Principi fondanti del documento:

- a) Cure intermedie come strumento sanitario e non sociale territoriale rivolto a pazienti dimessi dall'ospedale non in grado, per motivazioni contingenti, di vivere a casa;
- b) Cure intermedie come struttura in grado di intercettare accessi non idonei ad un ingresso al PS;
- c) Gestione affidata al MMG, responsabilità del coordinatore della AF;
- d) Personale infermieristico dipendente direttamente dal MMG;
- e) Rapporto costante del personale sanitario con la struttura ospedaliera che ha dimesso il paziente;

f) Permanenza non superiore alle due/tre settimane.

CRITICITÀ:

- identificazione delle sedi (ospedali dimessi?), augurabile sistemazione vicino ai PS;
 - distribuzione diffusa nel territorio toscano;
 - individuazione e reperimento di personale adeguato;
 - rapporto fra queste strutture e quelle ospedaliere garantito da mezzi informatici.
- a Intercettazione da parte del MMG/AFT di quota parte di urgenza che storicamente è orientata a rivolgersi sempre al PS e che può trovare invece soluzione ai suoi problemi sul territorio.
1. L'alta complessità in emergenza urgenza, i codici rosso giallo e buona parte del verde devono accedere direttamente al PS.
 2. La media e bassa complessità in cui il MMG deve giocare il suo ruolo prevedono:
 - una utenza con problemi nuovi e di recente insorgenza. Qualora le NEWS abbiano uno score elevato (NB da definire) il MMG è invitato a inviare il paziente al PS. Qualora le NEWS non abbiano score elevato, il paziente deve essere preso in carico dal MMG che deve però disporre di uno strumentario specifico, come di seguito elencato: pulsossimetro, elettrocardiografo, spirometro, Point Of Care Testing, doppler. Questo per consentire di ottimizzare le capacità diagnostiche ed inviare se necessario al PS con maggiore appropriatezza;
 - una utenza già nota e inquadrata che abbia motivo di accesso a gradi di assistenza superiore per riacutizzazioni che possono essere intercettate nel setting delle cure intermedie e successivamente al PS. Questo tipo di utenza, nota e largamente inquadrata, potrebbe trovare un iter facilitato con percorsi adeguati alla cronicità (CAU o GAU) gestiti direttamente dagli specialisti internisti o geriatri operanti nell'ospedale fin dal primo momento (v.infra).

CRITICITÀ:

1. orario da dedicare all'emergenza/urgenza per codici minori da parte della AFT che deve garantire per tutto il periodo una sollecita disponibilità;
2. formazione degli operatori sanitari;
3. aggiornamento sulla interpretazione degli esami fattibili sul territorio;
4. personale infermieristico formato;
5. indicatori di risultato;
6. necessità di collegamento informatico fra Medici territoriali e ospedalieri.

L'Osservatorio, in relazione al miglioramento dell'attività del MMG per le situazioni di acuzie, è impegnato a definire percorsi diagnostico terapeutici snelli ed esaurienti dei principali problemi posti al MMG dall'utenza. Si tratta in pratica di fornire PDTA di rapida consultazione ed evidence-based, sostenuti dalla partecipazione della specialistica territoriale ed ospedaliera che supporta in maniera adeguata le necessità diagnostiche e terapeutiche. Questo progetto, che supera il "Choosing Wisely" che è orientato ad escludere esami ma non a proporre una flow chart di diagnosi, è mirato, nella nostra ottica, a risolvere quesiti per ottenere risultanze cliniche applicabili nella pratica.

ALLEGATO 2

Proposte per l' adeguamento strutturale e organizzativo dei Dipartimenti Ospedalieri di Emergenza - Urgenza

Mediante ogni anno i Servizi di Emergenza – Urgenza devono rispondere alle necessità di 380 residenti su 1000, con un incremento medio annuo (5-6%) superiore al tasso di crescita della popolazione. Oltre a svolgere la funzione loro propria di soccorso nelle situazioni di acuzie, gli stessi Servizi vengono sempre più utilizzati per sopperire alla riduzione dell'assistenza sanitaria, specie territoriale e specie nelle ore notturne e nei giorni festivi, e per svolgere con la necessaria rapidità indagini accurate, sia nella popolazione generale che, in particolare, nei sempre più frequenti casi di anziani con polipatologia. Inoltre, di fatto, già ora i Servizi di Emergenza-Urgenza costituiscono la via di accesso per oltre la metà delle ospedalizzazioni, ruolo che comporta rilevanti responsabilità cliniche ed economiche.

E' inevitabile che la già grave pressione dell'utenza sull'emergenza-urgenza continui nel futuro ad aumentare per l'incremento demografico (al saldo delle correnti migratorie) e per la crescente prevalenza delle classi di età avanzata ed il conseguente crescente carico di malattia.

Le modifiche strutturali e metodologiche che qui si propongono, tutte derivate dalla migliore letteratura in argomento, sono appunto intese a migliorare le attuali attività ed a preparare i Servizi di Emergenza-Urgenza ad affrontare le difficoltà del prossimo futuro.

1. Modifiche strutturali di base

Il principale – e crescente - problema dei servizi di Pronto Soccorso è il frequente afflusso di un numero di pazienti che eccede la capacità di fornire assistenza con la tempestività necessaria. Un afflusso eccessivo causa negli spazi del Pronto Soccorso una più lunga attesa per le prestazioni e di conseguenza iperaffollamento (“overcrowding”). Ma non è questa la sola ragione delle maggiori attese. La permanenza negli spazi del Pronto Soccorso di pazienti in attesa di ricovero (“boarding”) che qui devono essere assistiti con modalità di degenza, è un ulteriore significativa ragione di ritardi. La letteratura documenta ampiamente i rischi per la salute degli assistiti di una situazione di “overcrowding” e “boarding”: diversione dei mezzi di soccorso, ritardo nel soccorso, allontanamento spontaneo dei pazienti prima della prestazione, maggiore rischio di errori assistenziali ed anche maggiore mortalità.

I fenomeni di overcrowding e boarding sono aggravati da una insufficiente sincronia tra attività del PS e attività dei servizi ospedalieri, perché mentre l'attività del pronto soccorso è strutturata come “sistema aperto”, il servizio ospedaliero è strutturato come sistema prevalentemente chiuso, con un'organizzazione tesa soprattutto a preservare l'ordine interno. Il flusso in arrivo dei pazienti in emergenza-urgenza è ininterrotto, mentre l'attività dei reparti ospedalieri è concentrata nelle ore diurne dei giorni lavorativi fino al primo pomeriggio e si riduce fino a divenire minimale nelle ore serali e notturne e tale resta in tutti i giorni prefestivi e festivi. Considerando le ore di attività, si ha che i reparti ospedalieri sono pienamente operativi per circa 44 delle 168 ore della settimana (8 ore al giorno per 5 giorni più 4 ore il sabato) e che di conseguenza per circa 112/168 ore le attività di emergenza-urgenza sono desincronizzate rispetto alle degenze. Ne consegue la disponibilità di letti di ricovero solo nel primo pomeriggio. Anche le diagnostiche, essendo prevalentemente sincronizzate sulle degenze e sugli ambulatori, riducono il supporto all'emergenza nelle ore notturne e nei festivi. Laddove anche vi siano servizi dedicati, nelle stesse ore notturne e nei festivi questi devono essere condivisi con le urgenze interne nosocomiali. E' ampiamente documentato che questo andamento comporta un più elevato tasso di mortalità della popolazione generale nei fine settimana e nelle ore notturne - i cosiddetti “weekend effect” e “off-hours effect” acuiti anche dalla riduzione del personale previsto per la notte e giorni festivi, anche nei Pronto Soccorso.

Le soluzioni ai fenomeni di Overcrowding e Boarding sono state attentamente prese in considerazione dall'American College of Emergency Physicians (ACEP). Le proposte organizzative e strutturali dell'ACEP sono quelle qui di seguito riassunte:

1. pianificazione centralizzata delle necessità assistenziali e logistiche dell'assistenza ospedaliera sulla base di previsioni dei flussi in accesso;
2. trasferimento dei pazienti che hanno necessità di ricovero alle degenze di destinazione non appena concluse le procedure di Pronto Soccorso;
3. al momento dell'ingresso di ciascun ricoverato in degenza ospedaliera, formulazione di un “discharge planning” che pianifichi il trattamento prevedibile e la prevedibile durata di degenza;
4. distribuzione uniforme, in tutti i giorni della settimana, dei ricoveri di elezione, medici e chirurgici;
5. estensione della piena attività dell'Ospedale a 7/7 giorni per settimana;
6. supervisione sull'occupazione e sulla disponibilità dei letti ospedalieri da parte di un “bed manager”.

Proposta. Le soluzioni ACEP sono tanto condivisibili e ovvie che è quasi doveroso proporle l'attuazione. Si tratta di modifiche organizzative dell'Ospedale complesse e di non facile applicazione, ma occorre considerare che la riorganizzazione dipartimentale degli Ospedali è già da tempo in atto, spinta dalla necessità economica e organizzativa. Può allora essere sufficiente estenderla alla casistica di emergenza-urgenza prevedendo in tutte le strutture operative un'area di degenza e di assistenza dedicata all'emergenza, con funzionalità sincrona a quella del Pronto Soccorso e di dimensioni e funzionalità commisurate alle variazioni di afflusso. Tutto questo non può prescindere dalla partecipazione di tutto l'ospedale all'emergenza-urgenza.

Modifiche organizzative interne:

Revisione del Triage

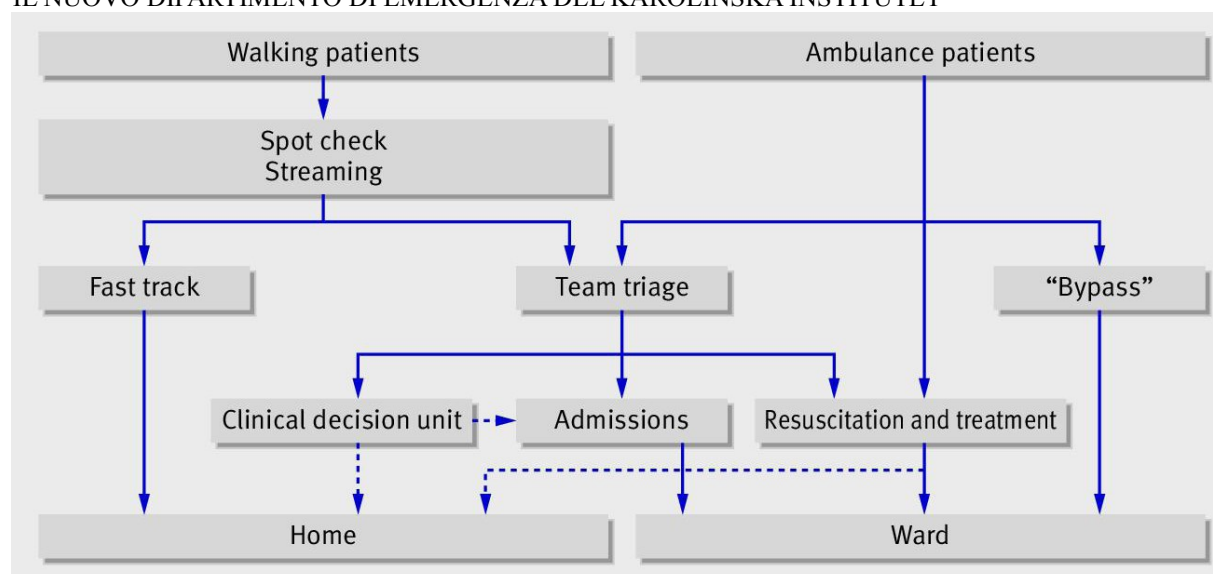
Il Triage è lo strumento tecnico utilizzato per ordinare l'accesso ai trattamenti di Pronto Soccorso secondo priorità di cura. Nel corso di oltre un ventennio di applicazione il metodo si è progressivamente affinato per definire le priorità con la massima precisione possibile ma, complicandosi, spesso nella sua azione di attenta classificazione è divenuto attività “time wasting” per i casi meno urgenti e complessi e con diagnosi già fatta. La “bassa priorità”

nel nostro Paese oscilla tra il 18 e il 28% del totale degli accessi, e potrebbe essere fatta divergere senza correre gravi rischi verso strutture di minore complessità rispetto ad un Pronto Soccorso, saltando la fase di Triage. Tuttavia le soluzioni finora attuate (Minor Units e See&Treat in Inghilterra, Walk-in negli USA, Case della Salute e Ambulatori codici bianchi in Italia ecc.) non hanno a tutt'oggi ottenuto effetti quantitativamente apprezzabili.

Nel 2010 il “Swedish Council on Health Technology Assessment” ha prodotto una Revisione Sistemática della letteratura relativamente alle modifiche utili a contenere il sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, con particolare riferimento a “fast track” (“lean” – agile del modello Toyota), “team triage” (più professionisti di staff), “spot-check streaming” (modalità di selezione rapida che indirizza le situazioni cliniche meno gravi al di fuori del Pronto Soccorso) e “sostituzione di Medici con Infermieri”.

Come illustrato in un articolo apparso sul British Medical Journal nell'Ottobre 2011, allo studio sono seguite delle sperimentazioni, e nello specifico quella del Karolinska Institute condensata nel diagramma di flusso qui riportato:

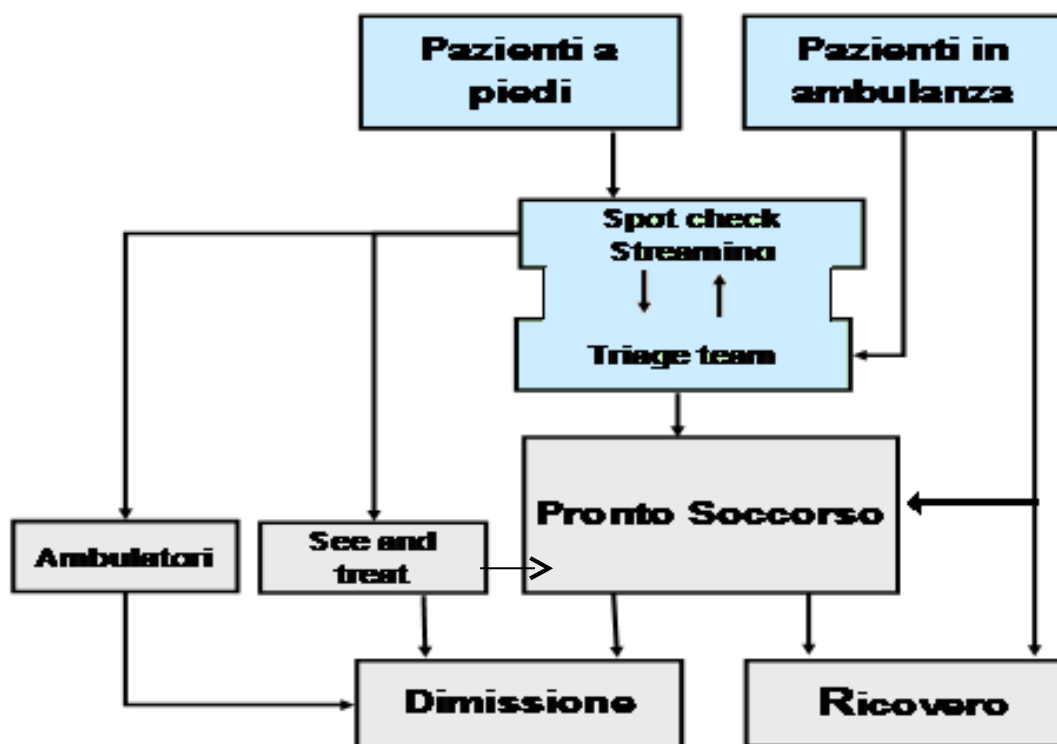
IL NUOVO DIPARTIMENTO DI EMERGENZA DEL KAROLINSKA INSTITUTET



da Oredsson S. 2011

Come si vede nel diagramma, i pazienti deambulanti ricevono una valutazione rapida di priorità (“spot check”) e vengono indirizzati (“streaming”) o al “fast track”, per la casistica trattabile ambulatorialmente, o al “team triage” per i casi che richiedono una valutazione complessa, da dove sono avviati ad un percorso tradizionale. I pazienti che arrivano in ambulanza, con riferimento alla gravità, vanno al “team di triage” oppure possono essere direttamente avviati al Reparto di competenza, dove si intende che i pazienti “in ambulanza” abbiano una priorità maggiore rispetto ai “deambulanti” e debbano evitare i tempi del Triage.

Di seguito si riporta uno schema semplificato del modello Karolinska che parte da una valutazione “primaria” e da qui i flussi sono indirizzati a percorsi ambulatoriali (Medici di Medicina Generale o Ambulatori specialistici), al “See&Treat”, al Reparto di ricovero o al “Triage Team”.



Si tratta di un'organizzazione del Pronto Soccorso più articolata ma più semplice dell'attuale, che offre evidenti vantaggi: tanto lo "spot check streaming" quanto il "See and Treat" ed il percorso diretto verso gli ambulatori sono in grado di ridurre i tempi di attesa per i pazienti meno gravi, consentendo di conseguenza anche gli allontanamenti spontanei, e di fatto anche l'"overcrowding". La partecipazione del Medico al "Team Triage" è certamente un fattore supplementare di costo, che potrebbe essere utile attivare soprattutto nei Pronto Soccorso degli ospedali "hub" o con altissimo volume di accessi e con accesso di codici complessi più elevati.

È necessario individuare un processo prioritario per l'accoglienza delle urgenze nei disabili cui è indispensabile offrire un'assistenza anticipata vista le problematiche cliniche ed assistenziali richieste da questa casistica. La permanenza di questi pazienti in pronto soccorso complica ulteriormente l'evento urgente di cui vengono affetti. È opportuno inoltre prevedere i percorsi per codice rosa che anch'esso offre problematiche assistenziali particolari.

Proposta. Ci sono ragioni per ritenere che in un PS organizzato per flussi ed intensità di cura (accordo conferenza stato regioni 7 febbraio 2013) il "Triage Spot Check" sia funzionale nell'indirizzare immediatamente ai percorsi "See and treat", "Fast Track", ed il "Team Triage" sia funzionale per attivare precocemente i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, arrivando in alcuni casi alla decisione rapida di ricovero. Queste modifiche organizzative dei servizi di emergenza-urgenza sono potenzialmente in grado di rispondere con efficacia al crescente afflusso ed ai fenomeni negativi che questo determina ma affinché possano ottenere gli effetti previsti, debbono vedere la contestuale attuazione della Proposta precedente, ovvero sommare gli effetti di efficienza interna al Pronto Soccorso a quelli collegati alla ricercata sincronia di azione fra questo e l'Ospedale nel quale è inserito. Si può così ipotizzare la soluzione del "boarding".

B) le GAU/CAU

La popolazione anziana è il maggiore utilizzatore dei Servizi di Emergenza (38% degli accessi). Accade inoltre frequentemente che sia prestata minore attenzione alle specificità cliniche (polipatologia, politerapie, vulnerabilità latente ecc.) che rendono gli anziani più suscettibili agli eventi avversi in PS. Per ovviare a tali inconvenienti e alleggerire il PS dal carico di lavoro determinato dai pazienti anziani con accessi frequenti e ripetuti, in tutti gli Ospedali del Quebec e in molti Ospedali francesi sono operative le Geriatric Assessment Units (GAU), unità di cura che trattano con approccio interdisciplinare i problemi acuti o le riacutizzazioni di cronicità negli anziani, lasciando al Pronto Soccorso il trattamento dei problemi in emergenza di nuova comparsa.

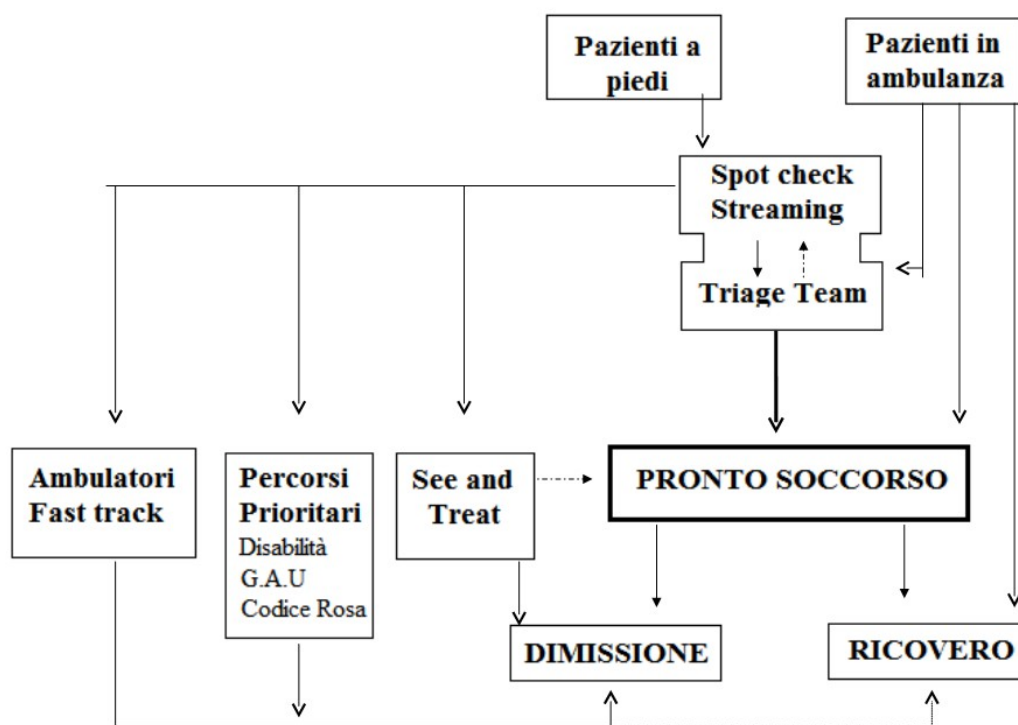
Sebbene in tempi recenti siano anche utilizzate negli Ospedali per la stabilizzazione della fisiologia dell'anziano fragile al termine di un ricovero ordinario, le GAU trovano la propria ragione primaria nel supporto o

nell'alternativa ai servizi di Emergenza Urgenza e tale resta la loro finalità, attribuendo la diagnosi e la terapia del paziente all'internista ed al geriatra.

Nelle GAU, per il controllo e la stabilizzazione della fisiologia e per la prevenzione del danno iatrogeno vengono utilizzate la Valutazione Multidisciplinare Geriatrica, metodologia di lavoro che consente la valutazione dei vari problemi biologici, comportamentali, sociali ecc. che, se non adeguatamente considerati, possono favorire la disabilità, e la Carta Sanitaria del "Chronic Care Model".

Analogamente alle GAU, dedicate agli anziani, ed in considerazione che gli accessi al PS per riacutizzazione di patologie croniche (stimati a circa il 45 % del totale) non sono appannaggio esclusivo della popolazione anziana potrebbe essere proponibile una Assessment Unit dedicata, contemporaneamente, ai pazienti anziani e cronici (Chronic Assessment Unit, CAU), dove non solo si ottemperi alle necessità del paziente geriatrico ma anche della rapida risoluzione della riacutizzazione dei pazienti cronici cui si garantisce una via privilegiata senza ricorrere al ricovero. Questo tipo di attività proposta per le GAU/CAU è attualmente a carico, tra i molteplici compiti, dalla Osservazione Breve che peraltro quasi mai possiede le risorse ambientali utili, soprattutto per i pazienti geriatrici, che richiedono una via riservata.

Proposta E' auspicabile la costituzione di CAU/GAU vicine al Pronto Soccorso, anche all'interno degli ambienti della Osservazione Breve, che autonomamente possano concludere in un breve arco di tempo la stabilizzazione/risoluzione e rinvio al domicilio dei pazienti anziani e cronici, avvalendosi delle idonee competenze e predisponendo l'affidamento ed il controllo del paziente alle strutture territoriali preposte. Nelle GAU/CAU opera l'Internista coadiuvato dal Geriatra e/o dagli Specialisti di pertinenza e risolve più del 30% dei bisogni assistenziali. E' inoltre auspicabile la creazione di percorsi ed aree privilegiate per pazienti portatori di disabilità e per il "codice rosa".



Per quanto riguarda il documento relativo ad una rivisitazione dell'accoglienza in ospedale tesa a ridurre il sovraffollamento, i punti che costituiscono l'essenza dello stesso sollevano problematiche culturali apparentemente condivise ma in realtà non attuate, quali la presa in carico di problemi di Emergenza Urgenza da parte di tutto l'Ospedale. Per la soluzione dovremo convincere le direzioni aziendali ad attuare la Legge Balduzzi e la Legge Regionale 1135 sulla diversa organizzazione dell'ospedale che, essendo sempre più dedicato agli acuti, deve modulare la propria attività su quella dell'Emergenza/Urgenza per definizione non programmabile. Per questo deve essere trasformato il modo di lavorare dell'attività ospedaliera calendarizzata a soddisfare i bisogni degli Operatori ma non organizzata a soddisfare le necessità non programmabili dei pazienti urgenti. Si sente,

cioè, la necessità di un ospedale attivo per tutta la durata del giorno, della notte e dell'anno, al fine di risolvere le criticità del “weekend effect”.

CONCLUSIONI

La qualità del Pronto Soccorso della Toscana è certamente elevata, e comunque le patologie ad alta criticità, come le emergenze traumatiche e vascolari, richiedono una particolare attenzione ed una modernizzazione tecnico-organizzativa, anche alla luce della nuova organizzazione in tre ASL. Basti pensare al nuovo ruolo delle centrali 118 che necessitano di una visione capillare della disponibilità di tutti i servizi, e degli ospedali in particolare, per consentire l'arrivo del paziente al posto giusto, superando il concetto che il Pronto Soccorso più vicino è sempre comunque quello più adeguato.

Programma 2016

I documenti prodotti nel 2015, e approvati dal CSR, costituiscono la base del lavoro dell'Osservatorio Emergenza Urgenza per l'anno 2016.

In particolare va attivato quanto previsto dall'Allegato 1 e quanto si rende necessario per la sua realizzazione. Inoltre la necessità di modificare il “front line”, ora affidato al solo triage, dovrà essere considerata alla luce di alternative che riservano il triage ad alcuni motivi di accesso ma che prendono in considerazione altre vie di ingresso all'Ospedale, tali da rendere sicura e veloce l'esecuzione degli accertamenti. Intendiamo con ciò sia patologie di alta criticità, come ad esempio quelle neurologiche a focolaio, sia i percorsi per i cronici, per gli anziani, per gli invalidi, i codici rosa e le patologie a bassa criticità (“See & Treat”).

Inoltre occorre tenere presente la necessità che l'organizzazione dell'Ospedale si moduli anche sui bisogni del paziente acuto non programmabile, contenendo con ciò il fenomeno del “boarding” e limitando gli effetti “Week end” e “out-of-hours”.

L'Osservatorio “Emergenza Urgenza” intende contribuire, all'interno del CSR, alla formulazione di PDTA semplici ed economici da proporre ai Medici di Medicina Generale (MMG) per la soluzione delle sindromi più comuni. In particolare si fa riferimento alla dispnea, alla patologia tiroide, alle sindromi reumatiche ecc. utilizzando moderni strumenti di informazione quali “smartphone” e “tablet” che rappresentano un'indubbia fonte di dati che rendono l'opera al letto del malato più adeguata e sicura.

L'Osservatorio per l'Emergenza-Urgenza intende, inoltre, far giungere ai medici ed agli Operatori Sanitari della Regione Toscana delle “App” relative alle Linee Guida in modo da rendere il contenuto di queste ultime facilmente e rapidamente consultabile in tutti gli aspetti della diagnosi e della cura già al letto del malato.

Un ultimo, finale, punto del programma è quello di creare un “telefono amico” per i problemi di salute dove personale qualificato ed esperto possa rispondere con sicurezza alle richieste telefoniche oggettivate dai disturbi di

nuova insorgenza descritti dall'utenza. È intuitiva per tutti l'enorme ricaduta pratica per la soluzione dei molti problemi che finora vengono portati all'attenzione del MMG e, in sua assenza, direttamente al Pronto Soccorso.

7.9) - Osservatorio permanente sull'ospedale per Intensità di Cura

Relazione 2015

Nel corso dell'anno 2015 l'attività dell'Osservatorio sull'Ospedale per Intensità di Cura, coordinato dal dr. Mario Cecchi, è stata svolta essenzialmente all'interno dei lavori del Consiglio Sanitario Regionale e di supporto per la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale in coerenza con le iniziative legate alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale sfociate nella legge Regionale 28/2015 e del Pdl di modifica alla Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).

È proseguita la collaborazione con il laboratorio MeS della Scuola Superiore S. Anna di Pisa in particolare nell'ambito delle “famiglie professionali” e con ruolo di “tutor” nella IV edizione del MasterMes.

È proseguita anche la collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità per il progetto del registro Italiano Artroprotesi (RIAP) dell'Istituto Superiore di Sanità comprensivo della “tracciabilità” dei dispositivi medici impiantati (protesi di anca, ginocchio e spalla). In questo ambito è stata conclusa con successo la fase sperimentale di implementazione di un modello informatizzato di tracciabilità dei dati non solo degli impianti ma anche della supply chain a partire dal registro operatorio informatizzato. La fase sperimentale condotta presso l'Azienda Ospedaliera Pisana presso la Clinica Ortopedica ha fornito il presupposto per l'attenzione dell'Istituto Superiore di Sanità ed elementi utili per l'estensione della implementazione su tutto il territorio regionale in coerenza con i nuovi indirizzi per le attività integrate nelle tre Aree Vaste. In questo ambito appare di particolare significato l'attività svolta contemporaneamente in collaborazione con il Centro Regionale di Gestione del Rischio Clinico nell'ambito della “tracciabilità” degli impianti protesi di sostituzione dell'anca mediante protesi metallo/metallo in considerazione della criticità rappresentata dalla possibile liberazione di ioni cromo e cobalto.

È stato svolto un ruolo di coordinamento nell'ambito dell'implementazione del Piano Regionale per il Diabete sfociato nella DGRT 690/2015 ed in particolare nel Progetto pilota per il monitoraggio “Cost-effectiveness” per tutele crescenti di appropriatezza, con piattaforma informatica di gestione della prescrizione del piano terapeutico e tracciabilità dei “sistemi” e nei Progetti di ricerca:

- 1) Confronto tra Flash Glucose Monitoring (FGM) e automonitoraggio della glicemia capillare (SMBG) nel diabete di tipo 1. Trial clinico randomizzato in crossover;

- 2) Confronto tra Flash Glucose Monitoring (FGM) e automonitoraggio della glicemia capillare (SMBG) nel diabete di tipo 2 in terapia insulinica multiiniettiva. Trial clinico randomizzato in cross-over.

Programma 2016

Sulla base degli indirizzi del Pdl di modifica alla Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) saranno ulteriormente sviluppati i temi della appropriatezza clinica ed organizzativa fino alla definizione di indirizzi condivisi (linee guida) per percorsi clinico-assistenziali (PDTA) ritenuti di fondamentale importanza strategica di supporto ai Dipartimenti Interaziendali nell'ambito delle linee di indirizzo del modello organizzativo dell'ospedale per intensità di cura e dei percorsi assistenziali integrati di continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio.

Sono in corso di definizione, in collaborazione con ESTAR, le linee di indirizzo regionali sulle nuove modalità di gestione delle potenziali situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi nell'autorizzazione degli incarichi extra ufficio e nella costituzione dei Collegi tecnici e delle Commissioni giudicatrici delle gare di appalto.

Sono in corso di definizione nell'ambito della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale le linee di indirizzo per la gestione dei Dispositivi Medici di nuova introduzione nel Sistema Sanitario Regionale Toscano e delle modalità di utilizzo dei campioni ad uso gratuito.

7.10) – Commissione permanente Rete assistenziale persone con demenza

Relazione 2015

La Commissione permanente rete assistenziale persone con demenza è coordinata dal dr. Antonio Bavazzano.

Uno studio epidemiologico dell'Agenzia regionale di sanità, condotto nel 2014 sul territorio regionale, indica in 92.000 il numero ipotetico di persone ultra sessantacinquenni affette da una forma di demenza. Il numero è analogo a quanto descritto in altre popolazioni europee. Questo significa che il 10% delle persone di età $\geq$ ai 65 anni presenta un quadro neurologico caratterizzato da una progressiva perdita delle funzioni cognitive, associata generalmente anche con problemi comportamentali.

Dimensioni e gravità di questo problema portarono nel 2007 (delibera n. 425) la Regione Toscana ad istituire un Centro di coordinamento regionale dedicato a questa patologia. Con decreto 6590 del 2009 il Centro trovò una collocazione funzionale presso il Consiglio Sanitario Regionale (CSR).

Dimensioni e gravità del problema demenze sono state sempre all'attenzione del CSR, che ha sviluppato una collaborazione con il settore sociale per gli aspetti di ordine assistenziale e per la comune individuazione di servizi utili a fornire risposte strutturate. Dalla collaborazione tra Centro di coordinamento, CSR e Settore sociale, sono emersi numerosi “pareri”, indicati in precedenti relazioni. In particolare è stata strutturata una linea guida dedicata alla diagnosi ed alle “cure” delle persone con demenza, pubblicata nel 2011. Un report dell'agenzia statunitense A.H.R.Q ha riscontrato in 4.602, in un semestre, le consultazioni sull'organizzazione proposta nella linea guida ed ha richiesto un aggiornamento per l'anno 2014. Lungo tutto il 2015 si sono svolte otto riunioni dedicate a questi argomenti.

Vista la multi dimensionalità del problema, il gruppo di lavoro coordinato dal dr. Antonio Bavazzano, coordinatore del Centro regionale, è stato composto da medici di medicina generale, specialisti neurologi, geriatri e psichiatri e si è giunti ad una revisione e ad una integrazione della linea guida 2011. Sono stati sottolineati gli aspetti relativi all'attività fisica ed intellettuale, intese come mezzi capaci di ritardare l'evoluzione dei disturbi cognitivo comportamentali delle “demenze”, comportando un miglioramento della qualità di vita della persona malata e dei suoi familiari.

Sono state prese in considerazione anche nuove metodologie valutative, sia strumentali che su marcatori biologici, specifici per alcune forme di demenza.

Un parallelo gruppo di lavoro, coordinato dal referente del Centro, in un lavoro insieme al CSR è giunto alla definizione di un PDTA dedicato ai disturbi cognitivo comportamentali della demenza e finalizzato alla strutturazione di un percorso analogo nelle varie aziende della Regione Toscana.

I documenti elaborati, oggetto di un'ampia diffusione in eventi formativi, sono stati presentati in numerosi convegni nazionali.

Attualmente il dr. Carlo Biagini, medico geriatra, presidente regionale Associazione italiana psicogeriatra (AIP), direttore UO Geriatria, AUSL 3 Pistoia, ha fatto formale richiesta per diffondere a livello della sua area di competenza, la linea guida demenza ed il relativo PDTA.

Per quanto riguarda la Linea Guida Fragilità, il gruppo statunitense A.H.R.Q ha comunicato il numero delle consultazioni della linea guida in fase di riorganizzazione. In un semestre le consultazioni sono state 3.010.

Programma 2016

Criticità 1: In numerose Aziende vengono utilizzati strumenti valutativi per la diagnosi di malattia e per il rilievo dei bisogni diversi da quanto indicato nel PDTA regionale. Questo comporta difficoltà nel rendere omogeneo il servizio, impedisce confronti attendibili fra le varie aree regionali, può comportare problemi di appropriatezza, sia di ordine valutativo (percorsi diagnostici) che di risposta ai bisogni (organizzazione dei servizi).

Azione strategica: Applicazione in tutte le Aziende dei criteri diagnostici e terapeutici della Linea guida dedicata alle demenze ed al correlato PDTA.

Criticità 2: Scarsa integrazione fra le attività della Medicina Generale e la specialistica dedicata alle demenze. Scarso raccordo con il servizio sociale per le cure domiciliari e per l'istituzionalizzazione temporanea e permanente.

Azioni strategiche:

- Sono iniziati incontri con Cooperative di Medici di Medicina Generale e con alcune AFT per organizzare percorsi di cura secondo le indicazioni delle Linee guida e del PDTA demenze. L'integrazione professionale può essere conseguita anche attraverso “pacchetti” di risorse resi disponibili per costruire concretamente servizi rivolti alla domiciliarità.
- Collaborare alla costruzione di una rete integrata di servizi capace di “prendere in carico” situazioni croniche di alta complessità con il fine

anche di evitare impropri ricorsi a ricoveri ospedalieri. All'interno di questo obiettivo si ritiene corretto inserire la collaborazione del terzo settore e dello stesso volontariato.

- Organizzare per le persone affette da demenza le così dette “cure non farmacologiche”. È questo un punto di ampio interesse in tutta la letteratura dedicata al problema demenze, viene indicato con molta determinazione nelle Linee Guida della Regione Toscana. Viene cercato attualmente un raccordo anche con attività di animazione e con cicli di attività motoria (attività motoria adattata).
- Individuazione di percorsi relativi alle principali patologie della popolazione anziana. Questo obiettivo prevede il collegamento fra la geriatria ed ogni altra specialità che si occupi di patologie croniche. Si intende ricercare “pacchetti” di risorse, collegamenti fra specialità, raccordi fra medici, infermieri, servizio sociale e riabilitativo con l'obiettivo di una multidimensionalità nel rilievo del bisogno e nell'intervento. In sintesi accanto alla rete dei servizi si intende costruire “ombrelli” per coprire bisogni il cui scompenso può creare una catena di eventi negativi tale da determinare una disabilità permanente.
- Aggiornare la Linea Guida “fragilità dell'anziano. Il percorso di aggiornamento è iniziato nel Novembre 2015 ed attualmente è in fase avanzata di realizzazione. Si intende, completata la Linea Guida, strutturare un osservatorio finalizzato alla valutazione dell'appropriatezza di ogni azione diagnostica, terapeutica, assistenziale, rivolta ad un “fragile”. Stabilire l'appropriatezza di ogni intervento comporta definire il profilo funzionale e psichico della persona a cui l'azione è rivolta, significa pesare la sua fragilità e su questa tarare la risposta.
- Organizzare una Linea Guida dedicata alle cure del cavo orale dell'anziano. È questo un problema al quale viene prestata spesso scarsa attenzione, tuttavia, soprattutto i problemi delle arcate dentarie non curate, possono determinare problemi di ordine nutrizionale. Si ritiene opportuno proporre al CSR l'organizzazione di una specifica Linea Guida dedicata a questo problema.
- Organizzazione di una Linea Guida finalizzata alla identificazione di lesioni dermatologiche diffuse nell'età anziana. Riconoscere possibili lesioni neoplastiche, in particolare spinocellulari.

8) - Il programma dei lavori del Consiglio Sanitario Regionale relativo all'annualità 2016

Nel 2016 il Consiglio Sanitario regionale entra nel suo diciottesimo anno di vita. In tutto questo periodo ha sempre tenuto fede alla sua capacità di risposta alle richieste della Giunta regionale (nel corso dell'anno 2015 sono stati espressi 80 pareri) e di coinvolgimento dei professionisti (sono stati 513 i colleghi impegnati nelle attività del Consiglio Sanitario).

Abbiamo intenzione di proseguire in questo impegno di costruttivo supporto tecnico-professionale alle decisioni della Regione, particolarmente in questo periodo in cui la riorganizzazione del Servizio Sanitario Toscana coincide con una fase di continui progressi delle conoscenze e delle tecnologie mediche che pongono continui problemi di efficacia, sicurezza e sostenibilità. Al di là dei singoli pareri su specifiche richieste, il Consiglio Sanitario regionale si impegnerà sicuramente su alcune ipotesi di lavoro ben precise:

- appropriatezza clinica e organizzativa, definendo prestazioni che possono essere escluse dai LEA e individuando i più efficaci ed efficienti percorsi di cura;
- predisporre PDTA, flessibili ma uniformi con lo scopo di omogeneizzare le proposte dei dipartimenti interaziendali previsti dalla nuova organizzazione del servizio;
- lavorare sempre secondo il modello HTA, garantire cioè “value for money”, cioè la risposta migliore per la tutela della salute dai rischi primari, dalla medicina di iniziativa a quella della complessità;
- prevedere percorsi clinici e formativi per la fase end stage delle gravi patologie d'organo;
- proseguire la predisposizione della implementazione delle Linee Guida con particolare attenzione alla loro trasformazione in “App” per la diffusione informatica.

Il Consiglio Sanitario Regionale intende proseguire nel coinvolgimento dei professionisti sia per la condivisione delle soluzioni che per l'omogeneizzazione della loro attuazione. A tal fine particolare rilevanza hanno le problematiche interprofessionali, che saranno oggetto di particolare attenzione clinica e formativa.

Inoltre il Consiglio Sanitario Regionale vorrà dare nuovamente spazio alla valutazione del disagio dei professionisti e ai possibili rimedi. Nel 2016 si considera essenziale avviare, e se possibile portare a compimento, il processo di

coordinamento di tutti gli organismi di governo clinico, in particolare per quanto attiene alle problematiche della formazione, dei farmaci e del rischio clinico. A tal fine saranno adottate numerose iniziative culturali a cornice sia dei pareri espressi che del lavoro sulle Linee Guida.

Il Consiglio Sanitario Regionale auspica di poter partecipare attivamente al processo di informatizzazione del servizio, particolarmente importante per una gestione modernamente efficace.

Infine anche nel 2016 il Consiglio Sanitario Regionale considera suo compito di particolare rilevanza la diffusione in tutte le professioni sanitarie di un clima di partecipazione attiva e di consenso sulle finalità del Servizio Sanitario Toscano.

Si prevede una distribuzione delle attività del Consiglio Sanitario regionale nel modo che segue:

- Attività ordinaria consesso assembleare: sono previste almeno sei riunioni;
- Attività ordinaria Ufficio di Presidenza: sono previste almeno undici riunioni;
- Attività delle Commissioni e degli Osservatori: sono previste almeno venti riunioni.

8.1) - L'organizzazione delle attività culturali programmate per l'annualità 2016

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

- Problematiche sulle resistenze agli antibiotici
- Servizio Salute Mentale in Regione Toscana
- Il punto sulle Linee Guida
- L'effetto week-end sulla salute dei cittadini
- L'uso terapeutico della cannabis
- La riorganizzazione dei servizi e il Chronic Care Model
- Sicurezza del parto.

8.2) - Il programma del processo Linee Guida per l'annualità 2016

PROCESSO LINEE GUIDA

1. Saranno prodotte in versione definitiva le linee guida:
 - Algodistrofia;
 - Asma bronchiale.
2. Saranno impostate graficamente le linee guida:
 - Algodistrofia.
3. Saranno aggiornate le seguenti linee guida:
 - Diagnosi e cura dell'ictus;
 - Diagnosi e cura delle allergopatie;
 - Percorsi riabilitativi;
 - Diagnostica per immagini;
 - BPCO;
 - Chirurgia della mano.
4. Saranno stampate e distribuite le linee guida:
 - La fragilità dell'anziano;
 - Linee guida sull'uso delle soluzioni delle immunoglobuline e di albumina umana.