

SUPERARE IL GAP

Ipotesi di intervento operativo in sanità nelle “aree interne” della Toscana: l'esempio del comprensorio della montagna pistoiese **- DRAFT -**

E' importante premettere che questo documento non ha alcuna pretesa di esaustività. Il solo scopo è quello di fissare alcuni punti da sviluppare o modificare nell'ipotesi di attivare interventi programmati su realtà territoriali specifiche al fine di potenziare le riorganizzazioni di sistema

- Introduzione

Le caratteristiche territoriali e la dotazione infrastrutturale della Toscana – come in altre regioni – concorrono a rendere disomogeneo l'accesso ai servizi primari da parte dei cittadini. In particolare alcuni svantaggi gravano sulle zone disagiate, montane di confine ed insulari.

Manlio Rossi Doria parlò di “aree interne” facendo riferimento ad aree prevalentemente rurali, a bassa densità di popolazione e lontane dai grandi centri di servizio urbani tanto da soffrire di criticità di accesso a tre servizi essenziali: istruzione; sanità/sociale; mobilità (1).

In questo documento si farà riferimento ad esse o a componenti territoriali anche individuate con denominazioni e criteri diversi. Su molte di queste aree hanno inciso in passato, e tuttora insistono sinergicamente, elementi critici di carattere economico, sociale e demografico che hanno attivato persistenti “trend” depressivi.

In tema di assistenza sanitaria, in questi territori sono stati effettuati interventi di contrazione e/o di riconversione delle strutture ospedaliere contestuali alla riorganizzazione dell'intera rete regionale. Né questo nuovo profilo organizzativo, né l'implementazione delle zone distretto (Legge regionale 11/2017) sembrano aver compensato efficacemente lo svantaggio sofferto dai cittadini di queste zone. L'attuale condizione è ulteriormente gravata dalla riduzione delle risorse stanziare a livello centrale per il SSN.

- Obiettivi

a)Primari:

- 1)Analisi dei bisogni di salute
- 2)Proposta di consolidamento dei processi assistenziali
- 3)Ottimizzazione dell'impiego delle risorse professionali, strumentali e strutturali presenti e necessarie nel territorio preso in considerazione

b)Secondari:

- 1)Rimodulazione dell'interfacciamento fra le strutture (incluse quelle di lungodegenza) ed il personale deputati alle attività assistenziali (diagnosi, terapia e riabilitazione), i Medici di Medicina Generale, i pazienti ed i “caregiver”
- 2)Modellizzazione e sperimentazione

- Demografia

Il comprensorio della montagna pistoiese include i comuni di Abetone, Cutigliano, Marliana, San Marcello, Piteglio e Sambuca pistoiese. La popolazione è distribuita come illustrato nella tabella seguente (2016).

Comune	Residenti	Densità per kmq	Numero famiglie
Abetone	629	20,1	334
Cutigliano	1455	33,2	727
Marliana	3215	74,8	1529
San Marcello p.se	6370	75,2	3226
Piteglio	1664	33,2	860
Sambuca p.se	1570	20,2	802
	14903		7478

La numerosità complessiva dei residenti nel comprensorio è pari al 5,0% della popolazione totale residente nella provincia di Pistoia (291.839) che occupa una porzione di territorio superiore al 30%. Pertanto, uno degli elementi caratterizzanti l'area è la bassa densità abitativa che si differenzia nettamente da quella del resto della provincia (range: 246,8 – 1517,9 kmq; media 573,2 kmq) insieme alla composizione numerica dei nuclei familiari pari ad 1,99/famiglia nell'area presa in considerazione contro 2,4/famiglia nella restante parte del territorio.

L'indice di vecchiaia al 31/12/2017 risulta essere di 351,1 contro 191,8 del quadrante metropolitano, 195,3 del quadrante della Val di Nievole e 199,2 dell'intera provincia di Pistoia (Osservatorio di Statistica della Prov. di Pistoia).

Il saldo naturale è alla stessa data di - 184 (- 82 M e - 102 F), valore nettamente superiore al doppio di quello dell'intero territorio provinciale.

- **Analisi dei bisogni**

Nel contesto territoriale preso in considerazione l'analisi dei bisogni acquisisce valenza strategica dovendo perseguire l'obiettivo di quantificarne il volume reale poggiando su elementi distintivi solidi: rispetto alla domanda di assistenza e/o di servizi; rispetto alla connotazione di carattere specifico (sanitario, sociale, misto).

Per tracciare un profilo **mirato sulle problematiche sanitarie**, prendendo a riferimento i singoli Comuni del comprensorio, sono stati esaminati i seguenti dati:

1. Tassi standardizzati di mortalità totale e causa-specifica (2006 - 2015)
2. Tassi standardizzati di prevalenza delle patologie croniche (2017)
3. Tassi standardizzati di ospedalizzazione (2013 – 2017)
4. Tassi standardizzati di visite specialistiche (7 specialità) (2017)
5. Prevalenza di uso e volume complessivo prescritto nella farmaceutica territoriale (2017)

Risultati:

a)Mortalità totale e causa specifica (Tabella 1)

La **mortalità complessiva** nel lungo periodo (2006 – 2015) insiste in maniera disomogenea nell'area territoriale. Prendendo come unità di riferimento i Comuni essa si discosta in eccesso rispetto alla provincia di Pistoia ed al territorio corrispondente alla ASL-TC nel nel Comune di Abetone-Cutigliano ed anche rispetto al valore della Toscana nei Comuni di Marliana e San Marcello-Piteglio.

Prescindendo dai valori numerici e guardando alle differenze rispetto ai dati riferiti agli ambiti territoriali allargati (provincia, ASL-TC, regione) emerge che le differenze più rilevanti sono da ascrivere alla **patologia oncologica** in tutti e quattro i comuni. In evidenza il “burden” delle neoplasie dell'apparato gastroenterico cui si aggiungono i tassi per le neoplasie dell'apparato respiratorio a Sambuca e della mammella a San Marcello-Piteglio e Marliana.

Nell'ambito delle **patologie non oncologiche** in rilievo la mortalità associata a patologie del sistema cardiocircolatorio in particolare su San Marcello-Piteglio, dell'apparato respiratorio su Abetone-Cutigliano e Sambuca nonché dell'apparato digerente sulla gran parte del territorio con la sola eccezione di Marliana

Tabella 1

TASSI DI MORTALITA' STANDARDIZZATA COMUNI MONTAGNA PISTOIESE (2006 – 2015) (x 100.000 - 95% C.I.)				
	Abetone-Cutigliano	Marliana	Sambuca P.se	S.Marcello- Piteglio
CAUSE				
Tutte	956,98 (852,84-1.061,12) §/§§	879,41 (785,85-972.,98)	1.001,65 (868,08-1.135,22) §/§§/§§§	990,06 (936,69-1.043,43) §/§§/§§§
Sist. circolatorio	351,69 (291,25-412,13) §§	338,30 (282,30-394,52)	344,88 (269,54-420,23) §§	380,67 (349,27-412,06) §/§§/§§§
Mal. App. Respiratorio	92,45 (61,83-123,07) §/§§/§§§	53,14 (31,61-74,66)	64,42 (30,73-98,12) §/§§/§§§	68,09 (55,11-81,08) §
Mal. App. Digerente	49,10 (26,26-71,94) §/§§/§§§	43,03 (21,58-64,49) §/§/§§§	21,75 (3,80-39,70)	41,42 (30,77-52,07) §/§§/§§§
Mal. App. genitourinario	16,41 (3,99-28,83) §/§§	12,11 (1,15-23,06)	10,98 (0,00-23,41)	11,61 (6,60-16,62)
Neoplasie totale	274,45 (214,71-334,19) §/§§/§§§	273,65 (219,63-327,68) §/§§/§§§	322,93 (245,02-400,84) §/§§/§§§	305,49 (274,32-336,65) §/§§/§§§
Neopl. colon-retto	16,53 (1,69-31,37)	38,04 (18,26-57,81) §/§§/§§§	56,06 (22,22-89,91) §/§§/§§§	46,38 (34,63-58,14) §/§§/§§§
Neopl. polmone	34,58 (12,30-56,87)	41,49 (20,70-62,27)	76,69 (37,29-116,09) §/§§/§§§	54,72 (41,37-68,07)
Neopl. Mammella	17,67 (2,96-32,39)	19,32 (4,77-33,86) §§/§§§	17,14 (0,00-36,56)	26,16 (16,91-35,42) §/§§/§§§
Neopl. stomaco	21,87 (5,03-38,71) §/§§/§§§	7,59 (0,12-15,06)	35,75 (11,65-59,84) §/§§/§§§	24,08 (15,22-32,94) §/§§/§§§

§ > ASL3

§§ > ASL-TC

§§§ > Toscana

Fonte: ARS Toscana

b) Patologie croniche (Tabella 2)

Anche la **cronicità totale** a carico dei soggetti di età superiore a 16 anni grava pesantemente sull'area ed in maniera quasi trasversale per i gruppi delle principali cause prevalenti come: **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ipertensione arteriosa e cardiopatia ischemica**. In rilievo l'**ictus** nel comune di Abetone-Cutigliano.

Tabella 2

TASSI DI PREVALENZA ST. PATOLOGIE CRONICHE COMUNI MONTAGNA PISTOIESE (2017) (x1.000 - 95% C.I.) (*)				
	Abetone-Cutigliano	Marliana	Sambuca P.se	S.Marcello- Piteglio
PATOLOGIE				
Cronicità totale	374,0 (347,7-400,3) §/§§/§§§	362,0 (339,9-384,2) §§/§§§	357,6 (326,4-388,8) §§	380,8 (367,1-394,5) §/§§/§§§
Diabete mellito	54,0 (44,2-63,8)	77,8 (67,7-87,8) §/§§/§§§	72,2 (58,3-86,1) §	68,4 (62,8-74,1)
Ictus	17,3 (11,8-22,8) §/§§/§§§	14,5 (10,2-18,8)	12,7 (7,1-18,3)	14,0 (11,6-16,4)
Insufficienza cardiaca	17,0 (11,9-22,1)	13,3 (9,1-17,5)	17,5 (11,0-24,0)	21,0 (18,1-23,9) §
BPCO	73,6 (62,0-85,3) §/§§/§§§	68,2 (58,3-78,0) §§	77,0 (62,5-91,6) §/§§/§§§	74,2 (67,7-80,7) §/§§/§§§
Ipert. arteriosa	329,5 (305,1-353,8) §/§§/§§§	303,3 (283,3-323,4) §/§§/§§§	299,7 (271,6-327,8) §§/§§§	313,3 (301,3-325,3) §/§§/§§§
Cardiopatia ischemica	53,1 (43,7-62,4) §/§§/§§§	48,5 (40,6-56,3) §§	48,0 (37,1-58,9) §§	55,7 (51,0-60,5) §/§§/§§§
Demenza	11,7 (7,3 - 16,1)	10,9 (7,2-14,6)	6,2 (2,4-10,1)	14,3 (11,9-16,6) §
(*) Soggetti di età > 16 anni – Fonte ARS Toscana				

§ > ASL3

§§ > ASL-TC

§§§ > Toscana

Fonte: ARS Toscana

c) Impiego di risorse del SSR

I Tassi di ospedalizzazione riportati in Tabella 3 non sembrano avere una corrispondenza con la mortalità (Tabella 1), né con la prevalenza della cronicità (Tabella 2) e neppure con le diverse patologie listate (che peraltro corrispondono alle voci nosografiche della Tabella 1) nel senso della loro intrinseca complessità assistenziale. Un limite a questa affermazione è rappresentato dalla assenza di corrispondenza relativamente ai periodi temporali che è stato possibile prendere in esame per i diversi indicatori. Inoltre, sul tasso di ospedalizzazione potrebbero incidere altri fattori come, ad esempio, la diversa struttura delle reti sociali locali ed una diversa erogazione dell'assistenza sui territori amministrativamente corrispondenti ai Comuni del comprensorio.

Tabella 3

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE ST. COMUNI MONTAGNA PISTOIESE (2013 - 17)				
(x1.000 - 95% C.I.)				
	Abetone-Cutigliano	Marliana	Sambuca P.se	S.Marcello- Piteglio
PATOLOGIE				
Tutte le cause	72,16 (67,00 – 77,31) §/§§/§§§	66,61 (62,53 – 70,69)	65,14 (59,41 – 70,88)	67,31 (64,73 – 69,90)
Mal. App. circolatorio	13,02 (11,12 – 14,92) §§/§§§	12,08 (10,48 – 13,68)	10,61 (8,48 – 12,74)	14,25 (13,25 – 15,26) §/§§/§§§
Mal. App. respiratorio	8,06 (6,51 – 9,62) §/§§/§§§	7,38 (6,12 – 8,65)	7,78 (5,89 – 9,67) §§	8,23 (7,42 – 9,05) §/§§/§§§
Mal. App. digerente	11,20 (9,26 – 13,14) §/§§/§§§	9,79 (8,28 – 11,30)	8,30 (6,41 – 10,19)	10,58 (9,61 – 11,55) §§/§§§
Neoplasie totale	8,69 (7,04 – 10,34)	8,92 (7,50 – 10,34) §§	8,16 (6,31 – 10,0)	8,57 (7,74 – 9,40)
Neopl. colon-retto	0,48 (0,10 – 0,87)	0,83 (0,42 – 1,25) §/§§/§§§	0,99 (0,34 – 1,65) §/§§/§§§	0,72 (0,50 – 0,94)
Neopl. polmone	0,23 (0,00 – 0,46)	0,27 (0,03 – 0,51)	0,85 (0,25 – 1,44) §/§§/§§	0,55 (0,35 – 0,74)
Neopl. mammella	1,13 (0,30 – 1,97)	1,66 (0,82 – 2,50)	1,71 (0,52 – 2,90) §	1,68 (1,18 – 2,18) §
Neopl. stomaco	0,38 (0,06 – 0,70) §/§§/§§§	0,13 (0,00 – 0,31)	0,26 (0,0 – 0,56) §/§§/§§§	0,21 (0,09 – 0,33)

§ >ASL3
 §§ >ASL-TC
 §§§ > Toscana

Fonte: ARS Toscana

I **tassi di visite specialistiche** (Tabella 4) risultano costantemente inferiori agli altri ambiti considerati per comparazione, con scarti che vanno dal 10% al 70%. Particolarmente significativa il dato relativo a Sambuca P.se che resta tendenzialmente stabile anche nel lungo periodo (dato non riportato).

I tempi di percorrenza per raggiungere l'Ospedale S. Jacopo di Pistoia in condizione di viabilità ordinaria sono stimati fra 30' ed 1h10'.

Tabella 4

TASSI DI VISITE SPECIALISTICHE (7 SPECIALITA') ST. COMUNI MONTAGNA PISTOIESE (2017) (x1.000 - 95% C.I.)				
	Abetone-Cutigliano	Marliana	Sambuca P.se	S.Marcello- Piteglio
Totale	271,56 (248,68 – 294,43)	345,58 (324,69 – 366,48)	149,22 (129,85 – 168,59)	322,66 (309,62 – 335,71)

§ >ASL3

§§ >ASL-TC

§§§ > Toscana

Fonte: ARS Toscana

Nota

Il dato non è reperibile per tutti i Comuni con la stessa estensione temporale: per Abetone-Cutigliano e S. Marcello-Piteglio solo il 2017; per Marliana e Sambuca P.se 2004 – 2017.

Per quanto attiene la **farmaceutica territoriale** (Tabella 5), con la sola eccezione del Comune di San Marcello-Piteglio nel quale il dato numerico dei due indicatori supera quello delle altre aree di comparazione individuate, i valori restano al di sotto di quelli corrispondenti al territorio della Provincia (ex ASL 3), dell'attuale ASL-TC e dell'intera Toscana.

E' importante tener presente che se il dato di prevalenza può risultare abbastanza affidabile (pur non trovando del tutto corretta la dizione **prevalenza di uso** perchè il riferimento è ai titolari di prescrizione con ricetta SSR), per i volumi complessivi di consumo espressi in **DDD (*)** il valore numerico indica quanto prescritto e non a quanto assunto. Questo apre un rilevante quesito in termini di problematica relativa alla "compliance" da parte dei pazienti sia perchè il dato non è corrispondente a quanto atteso in relazione ai tassi totali di patologie croniche sia per le ricadute che potrebbe avere sulla mortalità correlata alle malattie non oncologiche. In una nota l'AIFA ha stimato che le terapie che si protraggono nel tempo per più di alcune settimane non raggiungono una compliance superiore al 50% (2014)

Tabella 5

PREVALENZA DI USO DI FARMACI ASSISTENZA TERRITORIALE RIMBORSATI ST. COMUNI MONTAGNA P.SE (2017) (x 100 – 95% C.I.) VOLUME COMPLESSIVO DI CONSUMO DI FARMACI ASSISTENZA TERRITORIALE DDD* ST. COMUNI MONTAGNA P.SE (2017) (x 1.000)				
	Abetone - Cutigliano	Marliana	Sambuca P.se	S.Marcello-Piteglio
Prevalenza	65,12 (63,01 – 67,22)	66,30 (64,63 – 67,96)	58,17 (55,79 – 60,55)	69,55 (68,46 – 70,64) §/§§/§§§
Consumo	1015,92	1047,8	1047,63	1.213,50 §/§§/§§§

§ >ASL3
§§ >ASL-TC
§§§ > Toscana
Fonte: ARS Toscana

Nota

Il dato non è reperibile per tutti i Comuni con la stessa estensione temporale: per Abetone-Cutigliano e S. Marcello-Piteglio solo il 2017; per Marliana e Sambuca P.se 2004 – 2017.

* DDD: Defined Daily Dose (Dose Giornaliera Definita)

"Drug utilization data presented in DDDs only give a rough estimate of consumption and not an exact picture of actual use. DDDs provide a fixed unit of measurement independent of price, currencies, package size and strength enabling the researcher to assess trends in drug consumption and to perform comparisons between population groups." (WHO, 2018)

https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/

*Per ultimo può essere utile aggiungere che per tracciare il profilo del **bisogno a valenza spcificamente sociale o mista** in tempi rapidi e con costi economici esigui o nulli, lo strumento operativo che potrebbe essere impiegato unitamente ad una mappatura georeferenziata,, potrebbe poggiare sull'integrazione di:*

a)analisi dell'attività dei servizi sociali dei Comuni del comprensorio 2017 - 2018

b)analisi delle attività dei servizi infermieristici territoriali 2017 - 2018

c)analisi delle dimissioni ospedaliere dei residenti negli ultimi 6 mesi – 1 anno

d)"focus group" con operatori sanitari di diverso profilo professionale attivi sul comprensorio

I dati così acquisiti potrebbero consentire una stratificazione sul piano della complessità e dell'intensità del bisogno della popolazione in esame.

– Offerta assistenziale pubblica sul territorio della montagna pistoiese

L'offerta assistenziale pubblica è costituita da:

a)Medici di Medicina Generale (secondo rapporto ottimale)

b)Pediatri di libera scelta (secondo rapporto ottimale)

c)Struttura di degenza ordinaria. 24 p.l. Medicina Interna (1,7 p.l./1.000 residenti)

d)Struttura di lungo-degenza (dati mancanti)

e)Ambulatori specialistici: le discipline e la frequenza degli ambulatori sono riportate di seguito (rilevazione sul prospetto settimanale al 24/01/2019)

1. Oculista: 3/sett.
2. Pneumologo e Prove di Funzionalità Respiratoria: 0/sett.
3. Internista: 1/sett.
4. Ortopedico: 5/sett.
5. Chirurgo: 5/sett.
6. Cardiologo: 1/sett.
7. Gastroenterologo ed endoscopia digestiva: 1/sett.
8. Ginecologo: 1/sett.
9. Ostetrica: 1/sett.
10. Oncologo: 1/sett.
11. Psichiatra: 1/sett.
12. Diabetologo: 0/sett.
13. Urologo: 1/sett.
14. Odontoiatra: 3/sett.
15. Infettivologo: 1/sett. (2/mese)

16. Neurologo: 0/sett. (2/mese)
17. Dermatologo: 1/sett.
18. Otorinolaringoiatra: 1/sett.
19. Fisiatra: 1/sett.
20. Chirurgo vascolare: 1/sett. (1/mese)
21. Geriatra: 1/sett.

f) Assistenza infermieristica domiciliare: non si dispone di dati precisi; sulla base di informazioni raccolte in loco il personale impiegato nell'assistenza infermieristica domiciliare risulterebbe nettamente inferiore al fabbisogno stimato.

– **Uno schema di intervento possibile per la montagna pistoiese e per altre zone disagiate**

Per delineare una traccia di lavoro può essere utile tenere distinti:

A) Emergenza ed Urgenza: una verifica sul livello di efficacia degli interventi operati in questo settore, utile ad individuare eventuali criticità sulle quali intervenire con le necessarie modalità ed i conseguenti investimenti, può scaturire da un'analisi documentata della corrispondenza alle più recenti linee-guida ad esempio su tre patologie fondamentali come infarto del miocardio, ictus e trauma stradale e non. In questo comprensorio, infatti, possono verificarsi facilmente condizioni che interferiscono con la viabilità o l'accesso di mezzi di soccorso aereo. Complementarmente potrebbe essere utile una verifica sui livelli di competenza del personale impiegato (soprattutto volontario) e sulla garanzia di copertura piena H24.

B) Patologia oncologica: la prognosi delle principali neoplasie è condizionata da fattori diversi.

1. Neoplasie della mammella: in letteratura emerge con sempre maggiore forza che il fattore che incide maggiormente sulla sopravvivenza è la qualità delle cure. Pertanto, è necessario che valutazioni ed interventi riguardino prioritariamente questo elemento : tempestività nell'erogazione, accesso, continuità ed integrazione delle diverse terapie, gestione delle complicanze ecc.
2. Neoplasie del colon-retto: cruciale nel miglioramento della prognosi la precocità della diagnosi al punto che molti studi rimarcano la grandissima differenza fra l'approccio terapeutico a pazienti diagnosticati nello screening e pazienti sui quali si interviene in fase sintomatica. Per l'appunto l'adesione allo screening del colon-retto è bassissima nell'area della montagna. Pertanto, il vero “core” di un intervento di miglioramento potrebbe essere l'aumento della penetranza di questa attività che può richiedere l'impiego di strategie di comunicazione/motivazione su misura ed il potenziamento anche con cadenza programmata delle attività di endoscopia in sedi di agevole accesso
3. Neoplasie del polmone: il riferimento è prevalentemente al NSCLC (non microcitomi) ed in questo ambito c'è ancora molta incertezza sui fattori che intervengono favorevolmente sulla prognosi; al momento l'ipotesi più interessante potrebbe riguardare campagne mirate di prevenzione primaria sui non-fumatori particolarmente in età adolescenziale e di divezzamento dei fumatori/tabagisti
4. Neoplasie gastriche: alcuni autori hanno differenziato sottotipi di carcinoma suscettibili di rispondere ad interventi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare di tipo alimentare e di eradicazione dell'H. Pylori e sottotipi associati a profili genetici ed a comorbidità. Nei gruppi a rischio è suggerita una sorveglianza endoscopica attiva da combinare con una strategia terapeutica ben pianificata e che integri chirurgia, chemioterapia e radioterapia.

C) Patologia non oncologica: un supporto alla medicina territoriale potrebbe emergere da:

a) Impiego di tecnologie leggere ai bisogni del singolo:

1. Prevenzione primaria e secondaria: app e recall telefonico
2. Monitoraggio di parametri funzionali al controllo del paziente cronico con attivazione di una struttura di riferimento a valenza infermieristica che funzioni da filtro e da interfacciamento con il paziente + i caregiver e con i medici del territorio anche per la programmazione di

assistenza infermieristica finalizzata (medicazioni, sorveglianza ecc.) (Scheda 1).

3. Attivazione di una rete di teleconsulto con le professionalità ospedaliere: diretta nella gestione integrata di PDTA; mediata da un secondo nodo (possibile anche l'istituzione di un nodo unico) di riferimento a valenza infermieristica in ambito ospedaliero per l'attivazione di consulenze e/o interventi al di fuori dei PDTA
 - b)Attivazione di procedure terapeutiche ospedaliere selezionate in ambito territoriale domiciliare ed extradomiciliare (residenze, strutture intermedie ecc.) (Scheda 2)
 - c)Potenziamento programmato dell'assistenza infermieristica territoriale in funzione dei bisogni censiti

- Scheda 1

Esiste una letteratura vastissima sul tema dell'E.Health. Molti contributi riguardano approcci di vario tipo e complessità a livello internazionale, nazionale e locale. Le esperienze condotte vanno da vari aspetti della prevenzione (primaria e secondaria), al supporto alla diagnostica ed alla terapia negli ambiti specialistici più disparati (cardiologia, pneumologia, infettivologia, neurologia, medicina d'urgenza ecc.), alla gestione dati, alla riabilitazione.

A livello internazionale si segnalano in senso esemplificativo tre progetti: i primi due, lanciati di recente rispettivamente in Ontario (Canada) ed in Israele, hanno come focus applicativo il supporto all'attività clinica e poggiano su di un impianto organizzativo di una certa complessità; il terzo, australiano, ha come obiettivo la prevenzione delle recidive di patologie cerebro-vascolari e si basa su un semplice servizio telefonico individuale di supporto alla “compliance” terapeutica e preventiva (stile di vita e monitoraggio di alcuni semplici parametri clinico-laboratoristici).

A livello nazionale si pongono in evidenza tre progetti, anche in questo caso con valenza puramente esemplificativa. In ordine di tempo: il primo lanciato nell'aprile 2012 si basa di una innovativa modalità di presa in carico globale di pazienti cronici, la sperimentazione del **Cronic Related Group (Creg)**. Si tratta di nuovo modello di gestione dei pazienti cronici presso gli studi dei medici di famiglia e al proprio domicilio (coinvolti 30.000 pazienti e 300 professionisti della medicina di base convenzionata) promosso dalla Regione Lombardia; il secondo varato dalla ASL di Mantova nel 2013 denominato “Soluzioni per l'assistenza domiciliare e la medicina sul territorio”, progetto E-Continuity Care Workflow - dimissioni protette dei pazienti fragili” ha vinto il primo premio al Concorso Innovazione ICT in Sanità 2013, Osservatorio ICT in Sanità – School of Management del Politecnico di Milano; di alcuni giorni fa l'annuncio dell'implementazione del progetto “Trentino Salute+” fondato sull'uso di un'app gratuita che funziona da guida motivazionale ai corretti stili di vita ed attribuisce un punteggio in funzione delle scelte operate dal soggetto.

Anche in Toscana sono stati sviluppati progetti basati sull'impiego di tecnologie digitali. In particolare ne sono stati individuati due che hanno un impianto simile ma finalità e target diversi: nel 2015 l'U.O. Malattie Infettive della ASL 3 di Pistoia lanciò un progetto di teleconsulto basato sull'impiego della piattaforma “free” WebEx con lo scopo di effettuare consulti con i medici di medicina generale del territorio di competenza caricando e gestendo documenti di testo, audio e video ed anche connessioni in streaming in tempo reale in diversi luoghi (ambulatorio, domicilio del paziente, residenze assistite) e con la prospettiva di estendere il servizio anche ad altre strutture ospedaliere; nel 2017 l'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, con un'impostazione in tutto simile ed impiegando la piattaforma TeleMedicinaItalia, si propone come supporto consulenziale ad altre strutture ospedaliere pediatriche del SSR.

- Scheda 2 Somministrazione domiciliare di farmaci per uso ospedaliero

L'esperienza del TDO (Trattamento Domiciliare Ospedaliero) – una sorta di vero e proprio ossimoro – (DPR 14 Settembre 1991 - “Atto di indirizzo alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate”) ha consentito ai team

integrati medico-infermieristici delle UU.OO. di Malattie Infettive di sviluppare un'importante esperienza nell'uso di farmaci di esclusivo uso ospedaliero in ambito domiciliare. Questo ha consentito di superare il limite concettuale, spesso meramente pregiudiziale, del necessario impiego in ambito nosocomiale di questi principi attivi per ragioni di salvaguardia del paziente, esteso acriticamente a tutti i farmaci di fascia H. Anche l'impiego dell'O.P.A.T. (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy) nello stesso ambito disciplinare ha spinto nel 2014 il personale in servizio presso l'U.O. Malattie Infettive della ex A.S.L. 3 di Pistoia a sviluppare uno dei primi progetti multidisciplinari (personale medico ed infermieristico ospedaliero, OSS, farmacisti e medici di medicina generale) a livello nazionale (forse il primo!) di impiego di farmaci in fascia H al domicilio del paziente. Sono stati trattati pazienti affetti da patologie che richiedevano lunghe terapie con uso di farmaci per esclusivo uso e.v., la cui permanenza in degenza ordinaria o in regime di D.H., una volta stabilizzati clinicamente, era giustificata dalle sole restrizioni di uso in ambito nosocomiale dei farmaci stessi. La valutazione finale ha consentito di accertare l'alto livello di gradimento da parte dei pazienti e di fare proiezioni relative a significative possibilità di risparmio nell'occupazione dei posti letto. In un'ottica simile sono state sviluppate esperienze simili nell'ex A.S.L. 11 di Empoli (2017). Ad oggi si ha notizia di esperienze analoghe in altri territori di altre regioni (Veneto, Sicilia) nell'ottica di orientare la risposta ai bisogni sanitari dei pazienti in modo da garantire la continuità assistenziale e consentire adeguato trattamento farmacologico.

– Rispondenza agli obiettivi (driver) del Piano Sanitario e Sociale 2018 – 2020

Questa proposta di progetto è pienamente rispondente a 7 degli 8 obiettivi del Piano appena varato dalla Regione Toscana: 1) Ridurre le disuguaglianze; 2) Gestire la cronicità; 3) Sviluppare nuovi modelli di “care”; 4) Accelerare l'utilizzo dell'innovazione; 5) Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità; 6) Ridisegnare le competenze e sostenere le avanguardie; 7) Creare una nuova alleanza con i cittadini

– Conclusioni

Quanto fin qui illustrato rende ragione, da una parte del beneficio che si potrebbe ottenere nell'erogazione dell'assistenza in zone disagiate (e non solo) integrando i profili organizzativi e strutturali attualmente disponibili con il supporto di interventi mirati, dall'altra della fattibilità in un orizzonte esteso ed integrato di interventi sanitari (prevenzione, assistenza clinica e riabilitativa ecc.).

Da quanto esposto risulta evidente che è attualmente disponibile tutto il bagaglio esperienziale e tecnologico per avviare un intervento di miglioramento dell'assistenza pubblica nell'area della montagna pistoiese ed in altre zone disagiate.

Quanto ipotizzato potrebbe contribuire significativamente a riequilibrare il baricentro assistenziale sul territorio – obiettivo reiteramente dichiarato - a partire dall'avvio di interventi anche a carattere sperimentale che potrebbero costituire rilevanti spunti di ricerca, riaccostando così i cittadini di queste aree al SST.

Note:

(1) Al di là del valore teorico di questa nozione, a queste zone è stata rivolta una “Strategia nazionale per le aree interne” finanziata con risorse comunitarie e nazionali

and Mammography Screening Effectiveness. N. Engl. J. Med. 2016; 375(15):1438 - 1447
Firenze, 10 Aprile 2019

- S. Rinaldi, R. Berardi "Lung Cancer prognosis" Ann. Transl. Med. 2017; 5(17): 353

- R. Sitarz, M. Schierucha, J. Mielko, G.J.A. Hofferhaus, R. Maciejewski, W.P. Polkowski "Gastric cancer: epidemiology, prevention, classification and treatment" Cancer Manag. Res. 2018; 10:239 - 248

Corrado Catalani
Coordinatore Regionale FP-CGIL Medici e
Dirigenza del SSN della Toscana