



SANITÀ 4.0^{1/019}

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO



PUBBLICAZIONE DEL FORUM DEI DIRETTORI GENERALI
DI FEDERSANITÀ ANCI



PUBBLICAZIONE DEL FORUM
DEI DIRETTORI GENERALI DI FEDERSANITÀ ANCI

REALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON



COMITATO SCIENTIFICO

Angelo Aliquò
Giovanni Messori Ioli
Silvio Falco
Tiziana Frittelli
Federico Lega
Giuseppe Pasqualone
Gennaro Sosto

DIREZIONE EDITORIALE

Gian Paolo Zanetta – Presidente
Federsanità Anci Piemonte

DIRETTORE RESPONSABILE

Claudio Riso

DIRETTORE COMMERCIALE

Mario Gadaleta

REDAZIONE

Teresa Bonacci

PROGETTO GRAFICO

Instant Love Srl - Torino

STAMPA

Tipostampa Srl - Moncalieri (TO)

www.sanitas40.it



PER INFORMAZIONI PUBBLICITARIE,
CONTATTARE 392.9385415

INDICE

5	Editoriale
7	Il laboratorio degli scenari: il percorso della ASL TO5
23	Sviluppo neurocomportamentale: non è una questione di etnia
29	Indicatori di benessere. Il ruolo della Vis per integrare gli effetti sulla salute nella valutazione degli impatti di un intervento
33	DeRT, il progetto pilota di deprescrizione e riconciliazione terapeutica nel paziente anziano : l'idea di un ambulatorio dedicato all'interno della Casa della Salute di Torre Pellice
39	La sanità religiosa
53	Riabilitazione cardiologica ambulatoriale a Trieste: protocolli, attività ed esiti
65	Servizi socio-sanitari al cittadino e partecipazione giovanile: le Botteghe della Salute in Toscana
69	Provvedimenti tecnico-sanitari della Schell: l'igiene dell'acqua potabile preserva la salute ed aumenta le aspettative di vita
73	La tutela della salute psichica dei migranti. Uno studio di Anci e Federsanità Umbria



EDITORIALE

Oggi la discussione sull'eguaglianza di accesso ai servizi sanitari non può prescindere dal tema del regionalismo differenziato. L'articolo 116 terzo comma Costituzione prevede che la legge ordinaria possa attribuire alle regioni ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia sulla base dell'intesa fra lo Stato e la regione interessata.

La disposizione costituzionale circoscrive gli ambiti materiali su cui sono attivabili le "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" ovvero tutte le materie di potestà legislativa concorrente e alcune materie di legislazione esclusiva statale.

Il che vuol dire che la materia del regionalismo differenziato può incidere, in materia salute, oltre che sull'organizzazione, su lavoro e formazione in sanità, su ricerca in sanità, su finanziamento in sanità e su previdenza complementare. Una vera rivoluzione copernicana.

Se la riflessione sul regionalismo differenziato servirà a lanciare una nuova stagione di riforme, che affronti integralmente gli aspetti critici sottolineati ed enucleati nelle richieste di autonomia avanzate dalle regioni, ben venga. Probabilmente, ha poco senso affrontare in maniera settoriale il riparto del fondo, con un sistema di finanziamento fermo, sostanzialmente, ad una normativa di 20 anni fa.

E forse ha ormai poco senso affrontare una tornata contrattuale dei medici o della medicina convenzionata senza stabilire dove tutto il sistema deve andare, perché trattasi di tematiche interdipendenti che non possono essere affrontate in maniera parcellizzata. Idem per la programmazione universitaria delle scuole di formazione o per gli ordinamenti universitari o per la ricerca.

L'auspicio è, pertanto, l'avvio di una riflessione integrale del sistema, con adeguati strumenti normativi, non escluso quello di una legge delega, con il cittadino e il professionista al centro.

Tiziana Frittelli
Presidente Federsanità ANCI
Dg Policlinico Tor Vergata di Roma



IL LABORATORIO DEGLI SCENARI

Un nuovo ospedale impone la riprogettazione dei servizi territoriali:

il percorso della ASL TO5

di Massimo Uberti¹, Luciano Bernini², Massimo Corona³, Rosetta Borghese⁴, Ilaria Grosso⁵, Carlo Macchiolo⁶, Mario Novaresio⁷, Diego Pavesio⁷, Chiara Rivetti⁵, Elena Tosco⁸ – ASL TO5

PREMESSA

Le aziende sanitarie operano in un ambiente sempre maggiormente caratterizzato da instabilità e rapidità dei cambiamenti. L'evoluzione demografica, epidemiologica, sociale, economica, scientifica e tecnologica ha cambiato e cambierà sempre di più e sempre più velocemente gli scenari ambientali nei quali le organizzazioni sanitarie vivono; si tratta di modificazioni in ordine alla natura e alla complessità dei bisogni, alle possibilità diagnostico – terapeutiche – riabilitative ed agli assetti organizzativi.

Le organizzazioni sanitarie operano quindi in un contesto che non consente più di “attendere i cambiamenti” per affrontare le crisi che si producono, ma richiede viceversa la capacità di prevedere gli scenari, per adattare l'organizzazione ex ante, ed essere pronti ad affrontare il quadro mutato.

L'intensificazione delle discontinuità, la riduzione dei gradi di controllo assicurati per via istituzionale e la scarsa reversibilità di alcune scelte di programmazione rendono particolarmente rilevante, delicata e critica la valutazione degli scenari.

È esattamente questa la sfida che l'ASL TO5 vuole raccogliere con il progetto illustrato nel presente lavoro; una sfida che nasce dalla scelta regionale di realizzare un nuovo ospedale

unico dell'ASL TO5 che sostituisca gli attuali 3 ospedali distribuiti sul territorio caratterizzati da forti criticità strutturali, dimensionali ed organizzative.

È stato quindi elaborato lo “Studio di fattibilità del nuovo ospedale” che delinea le caratteristiche dimensionali e le specifiche tecniche in funzione dell'organizzazione ospedaliera a rete “Hub abd Spoke” in accordo con il DM70/2015 e con la programmazione regionale; risulta ora necessario ripensare parallelamente i servizi territoriali necessari quando il nuovo ospedale entrerà in funzione.

La realizzazione di un nuovo ospedale moderno implica, infatti, la necessità/opportunità di ridisegnare l'insieme dei servizi ospedalieri e territoriali in una unica rete di servizi complementari ed integrati. Una rete che contempli: ospedale, cure intermedie e cure primarie ambulatoriali e domiciliari.

Tale esigenza del resto è rafforzata dalla percezione che la costruzione di un unico ospedale invece degli attuali distribuiti in più punti del territorio dell'ASL, allontana l'ospedale da una buona parte dei cittadini del bacino di riferimento, riducendone significativamente l'accessibilità.

È indispensabile quindi che in ospedale vengano collocati i soli servizi che, per ragioni

¹Direttore Generale, ²Direttore Sanitario, ³Direttore Amministrativo, ⁴Medico di Distretto, ⁵Medico Internista, ⁶Medico di direzione sanitaria, ⁷MMG, ⁸Responsabile area territoriale – Direzione professioni sanitarie – ASL TO 5

di sicurezza o fattibilità, debbano essere erogati all'interno dell'ospedale. Tutti quelli che invece oggi vengono erogati nei vecchi ospedali, ma che è possibile e sostenibile fornire in strutture distribuite sul territorio o al domicilio, dovranno trovare in tali sedi la collocazione ideale.

Alla luce di queste considerazioni risulta quindi ancor più rilevante una nuova progettazione del territorio che preveda l'offerta delle varie tipologie di servizi nel setting assistenziale più prossimo al cittadino (domicilio, poliambulatori, case della salute, strutture intermedie), riservando all'ospedale solo i casi residuali.

Pensiamo cioè ad una rete di servizi che comprenda sia le strutture ospedaliere sia quelle territoriali; una rete "a geometria variabile" nella quale, ad eccezione dei due estremi della rete (l'ospedale di riferimento regionale e al lato opposto, il domicilio del paziente) ciascun nodo sia al tempo stesso Spoke del nodo gerarchicamente superiore ed Hub di quello inferiore. Così, ad esempio, il nuovo ospedale dell'ASL TO5 sarà spoke del Parco della Salute torinese ed Hub delle Case della salute distrettuali; queste ultime: Spoke dell'ospedale della ASL ed Hub per gli ambulatori del territorio e del domicilio del paziente.

Un'ultima considerazione deriva dalla sempre più rapida evoluzione tecnologica e scientifica (telemedicina, ICT, robotica, intelligenza artificiale) che impone una progettazione di servizi che tenga conto di tale sviluppo. Se da un lato, infatti, il nuovo ospedale dovrà esser costruito alla luce di scenari futuri, anche i servizi territoriali dovranno perseguire il medesimo obiettivo.

In questo lavoro viene sinteticamente descritto il percorso complessivo che l'azienda si è data per giungere alla definizione ed alla costruzione del nuovo modello e viene presentato il lavoro del gruppo di progettazione denominato "Laboratorio degli scenari" che ha definito: scenari, linee di indirizzo e la proposta di piano strategico dei nuovi servizi territoriali.

IL PERCORSO

1. IL LABORATORIO DEGLI SCENARI è composto da un gruppo di operatori sanitari della ASL TO5 istituito allo scopo di elaborare un piano strategico tecnico che, tenendo conto dell'evoluzione del mondo sanitario, delinea un modello di servizi territoriali del futuro e lo contestualizzi nella specifica realtà dell'ASL. Il gruppo elaborerà un documento che, analizzate le linee di tendenza generali definisca:

- A. GLI SCENARI** più probabili per la sanità del futuro
- B. LE LINEE DI INDIRIZZO** della programmazione dei servizi territoriali elaborati alla luce di tali scenari
- C. IL PIANO STRATEGICO** che tenendo conto della fattibilità di quanto sopra esposto, alla luce degli elementi di contesto del territorio specifico, definisca i servizi da erogare nelle varie strutture della rete territoriale della ASL TO5 e ne delimiti confini e dimensionamenti.

Per specifici approfondimenti, potranno essere coinvolte altre figure professionali, che possano integrare le competenze del gruppo con competenze nei settori dell'innovazione tecnologica e che possano proporre esperienze specifiche. Si pensa in particolare al coinvolgimento di professionisti dei settori istituzionali rivolti all'innovazione (Politecnico, Università, Polo regionale dell'innovazione ecc.).

2. IL CONFRONTO INTERNO ALL'ORGANIZZAZIONE ASL:

il documento verrà messo a confronto degli organi interni all'organizzazione aziendale (Collegio di Direzione, Consiglio dei sanitari, Direttori di struttura e Coordinatori, Organizzazioni sindacali dei lavoratori, ecc.) al fine di raccogliere critiche, suggerimenti ed integrazioni.

3. IL CONFRONTO ISTITUZIONALE ASL:

il documento così preparato verrà messo a confronto degli interlocutori istituzionali:

Conferenza dei sindaci, Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, Conferenza di partecipazione (volontariato e terzo settore), Regione, organizzazioni sindacali territoriali, etc. al fine di raccogliere critiche, suggerimenti ed integrazioni.

4. IL CONFRONTO CON LA POPOLAZIONE:

il documento verrà quindi presentato alla popolazione attraverso eventi specifici.

5. LA COSTRUZIONE DELLA RETE:

il documento di programmazione sarà trasformato in un progetto analitico ed esecutivo, con una cadenza di azioni temporizzate per giungere all'assetto definitivo. Ne seguirà la progressiva attuazione.

6. LA MANUTENZIONE E L'ADEGUAMENTO PROGRESSIVO:

quanto definito e progressivamente realizzato sarà sottoposto a periodiche verifiche al fine di adeguare il progetto alla realtà così come si andrà definendo.



LA PRIMA FASE: IL LABORATORIO DEGLI SCENARI

L'ASL TO5 ha costituito un gruppo di lavoro denominato "Laboratorio degli scenari" per realizzare quanto sopra descritto. A tale scopo ha selezionato un numero molto ristretto di operatori (10) scegliendoli per età (giovani), per attitudine all'innovazione, per interesse e che rappresentassero i servizi più coinvolti (medici ospedalieri, medici di famiglia, professioni sanitarie, direzione ospedaliera, medicina distrettuale e direzione generale).

Tale gruppo istituito a Giugno del 2018, ha concluso le prime due fasi del suo operato: la definizione degli scenari e l'elaborazione delle linee di indirizzo. Partendo dall'analisi ambientale, infatti, il gruppo ha definito lo scenario ambientale sanitario nella sua probabile evoluzione ed in base a tale previsione ha ipotizzato un quadro di possibilità/opportunità di servizi erogabili in modo distribuito sul territorio.

Lo studio è stato espressamente effettuato senza tener conto di vincoli di contesto, di procedure in essere, di modelli organizzativi contingenti ed in particolare con la mente rivolta al futuro più che al passato ed ai suoi modelli. Tale atteggiamento è stato espressamente richiesto ai partecipanti non a caso selezionati per caratteristiche adatte a tale scopo.

AGLI SCENARI

Interrogarsi sul futuro non ci permette di fare previsioni certe, ci consente tuttavia di fornire informazioni alla programmazione strategica identificando le linee di discontinuità rispetto al passato e definendo le principali traiettorie del sistema. In questo senso il gruppo degli scenari ha individuato, come particolarmente rilevanti, le seguenti linee evolutive:

I BISOGNI: SCENARI EPIDEMIOLOGICI DEMOGRAFICI E SOCIALI

Si tratta di una rivoluzione già in atto ed ampiamente trattata. Accanto alle patologie acute, si stanno diffondendo in modo sempre più rilevante le patologie croniche sia nei valori di incidenza sia in modo ancor più rilevante, in

quelli di prevalenza.

Parallelamente grazie al miglioramento delle condizioni di vita ed al successo del sistema sanitario, si incrementa sempre più la speranza di vita della popolazione.

Avremo quindi sempre più pazienti anziani, cronici, poli patologici che necessiteranno di risposte a bisogni continuativi, spesso a bassa intensità assistenziale, in larga misura programmabili. Già oggi si stima che l'80% del ricorso alle cure sia la conseguenza di una patologia cronica e solo il 20% all'acuzie, tale dato è destinato ad incrementarsi ulteriormente nei prossimi anni.

Dal punto di vista sociale si assisterà ad un'ulteriore disgregazione delle reti relazionali di protezione (famigliare, amicale o di vicinato) che renderà ancor più problematica l'assistenza ad un malato di lunga durata spesso parzialmente o totalmente non autosufficiente. Sempre più infatti si assiste a pazienti soli o perché di nucleo monocomponente o perché figli e parenti sono lontani, occupati, assenti e quindi non in grado di garantire la presenza accanto al paziente.

UN NUOVO PARADIGMA DELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI: DA UNA SANITÀ ON DEMAND AD UNA MEDICINA DI INIZIATIVA PER LA PRESA IN CARICO

I modelli sanitari sono nati e si sono sviluppati in gran parte, come servizi per le acuzie, progettati per attivarsi a seguito di una domanda dei cittadini, secondo un modello organizzativo gerarchico funzionale organizzato per specialità. Un modello adatto a fronteggiare singole patologie acute che potevano trovare soluzione all'interno di una singola unità organizzativa, finalizzato all'esigenza di una sempre maggiore specializzazione.

Dalle modificazioni demografiche ed epidemiologiche descritte deriva l'esigenza di ripensare i modelli organizzativi della sanità; si tratta di capovolgere la logica di funzionamento; serve una presa in carico dei pazienti con percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali programmati, che integrino le diverse specialità e le diverse professionalità.

Quindi non più una sanità che aspetta di essere attivata dal paziente, ma una sanità che per sua iniziativa programma gli interventi in funzione delle esigenze note dei pazienti cronici, lasciando solo all'imprevisto od alle forme acute il meccanismo "on demand". Una organizzazione quindi che conosce i suoi pazienti, li "arruola" all'interno di percorsi definiti e concordati, "accompagnando" il paziente attraverso prestazioni e servizi all'interno della rete delle sue unità operative.

Si tratta di un valore aggiunto per il paziente a cui è evitata la peregrinazione e la difficoltà di accesso ai servizi, i tempi di attesa e i pareri discordanti fra operatori; ma anche un vantaggio per l'efficienza del sistema, garantendo l'appropriatezza dei percorsi e dei servizi erogati.

LO SVILUPPO DELLE CURE INTERMEDIE, AMBULATORIALI E DOMICILIARI COME CONSEGUENZA DELL'EVOLUZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Relativamente al comparto ospedaliero, il trend è di un'ulteriore contrazione della durata delle degenze e, grazie all'evoluzione delle metodiche tecnico scientifiche, di un progressivo trasferimento di procedure sanitarie sempre più complesse dal regime del ricovero ordinario a quello in Day Hospital, e da queste al livello ambulatoriale. La conseguenza sarà una ancor più marcata contrazione del numero di posti letto ospedalieri per acuti. Contemporaneamente si assisterà ad una spinta verso l'aggregazione delle strutture ospedaliere; strutture meno numerose e più grandi, di alta specialità, più efficienti, moderne ed in grado di garantire volumi e qualità delle prestazioni di alto livello assistenziale a detrimento però del livello di accessibilità per i cittadini del bacino di riferimento.

Questi trend evidenziano la necessità di garantire sul territorio i servizi necessari ad evitare accessi ospedalieri inappropriati e a garantire assistenza ai pazienti dimessi sempre più precocemente dagli ospedali grazie ad una adeguata rete di servizi territoriali di prossimità.

Risulta quindi indispensabile uno sviluppo dei servizi di cure primarie sul territorio: domiciliari

e territoriali e parallelamente accentuando anche la capillarità delle cure intermedie.

A tale scopo è determinante che una parte significativa dei risparmi gestionali ottenuti grazie alla concentrazione degli ospedali ed alla riduzione dei posti letto sia utilizzato a tale scopo.

Relativamente alle cure domiciliari, per le ragioni su esposte, elemento di successo accanto agli investimenti di personale e tecnologie sanitarie, risulterà essere il potenziamento dei servizi assistenziali e di supporto all'assistenza pubblici, oggi riconducibili in soli pochi casi ai servizi sociali ed in larga maggioranza al servizio privato a pagamento (i cosiddetti "badanti"), spesso in un mercato totalmente sommerso e non regolamentato. A testimoniare la dimensione di questo fenomeno è la stima di come il numero del personale denominato "badante" (oltre 1 milione e 600.000 rapporto CENSIS 2013) abbia superato quello degli operatori sanitari del SSN nel suo complesso (626.000 dati Ministero Salute 2013).

L'EVOLUZIONE TECNICO SCIENTIFICA

Il progresso tecnologico e scientifico sta cambiando la nostra società. Sono già visibili trasformazioni epocali in molti ambiti: la comunicazione, il commercio al dettaglio, la mobilità, l'automazione ecc. Anche in ambito sanitario le evoluzioni sono importanti, ma non paragonabili a quelle che vedranno la luce nel prossimo futuro. Non a caso il settore ICT investe cifre astronomiche nella ricerca applicata all'ambito della salute e del benessere delle persone. A titolo di esempio si cita l'IBM che ha in "Watson" (un progetto di sviluppo della conoscenza medica e della capacità diagnostico terapeutica da parte dell'intelligenza artificiale) il principale progetto in termini di investimento (oltre 1 miliardo di dollari) fra i tanti in campo; o la Repubblica Popolare Cinese che pianifica pochi grandi filoni di ricerca strategici in ambito di ICT, fra questi uno dei principali è l'ambito medico assegnato, secondo una logica di pianificazione socialista, ad una delle maggiori aziende ICT cinesi: Tencent.

Quello dell'innovazione rappresenta quindi l'elemento più dirompente fra quelli presi in esame; si apriranno problemi e prospettive molto rilevanti che rivoluzioneranno non solo le possibilità diagnostiche terapeutiche ma anche le modalità di erogazione dei servizi con ricadute importanti sull'organizzazione degli stessi. Pur consapevoli che qualunque innovazione ha effetti anche sul piano organizzativo, tralasciamo in questa sede quella con ricadute prevalentemente cliniche (l'innovazione farmacologica, le stampanti 3D in ambito protesico, la robotica in ambito chirurgico, ecc), concentrandoci su quelle più rilevanti rispetto all'impatto sui modelli di servizio.

Già si è detto della spinta alla concentrazione dei presidi ospedalieri proveniente dalla disponibilità di nuove tecnologie molto sofisticate che obbligano all'accentramento dei siti: per l'alto costo, per la necessità di specializzazioni non comuni da parte degli operatori e per la necessità di garantire volumi minimi di attività come garanzia di qualità delle procedure.

Al tempo stesso però la stessa innovazione permetterà soluzioni e fornirà strumenti sinora inimmaginabili utili a erogare servizi di qualità in prossimità del cittadino, al domicilio o nelle strutture territoriali; fra questi si citano:

LE CAPACITÀ DIAGNOSTICHE AFFINATE GRAZIE ALLA INTELLIGENZA ARTIFICIALE

che permetteranno diagnosi più accurate e precoci con possibilità di trattamenti precoci in fase preventiva o iniziale per un paziente ancora mantenibile al domicilio. Il miglioramento delle capacità predittive permetterà un'ampia flessibilità nella pianificazione terapeutica proprio grazie alla personalizzazione del percorso di cura ed alla sua adattabilità alle modificazioni dello stato di salute quasi quotidianamente.

LA POSSIBILITÀ DIAGNOSTICHE ED ASSISTENZIALI DA REMOTO

sempre più nuovi devices consentiranno interventi da remoto, diagnosi, monitoraggi ed anche interventi terapeutici: al domicilio, in ambulatori periferici o presso le strutture di cure intermedie in modo disgiunto dalla presenza in loco di personale

specialistico (in particolare si citano i sensori i monitoraggio di parametri clinici, sia indossabili che tramite telecamere). Il vero limite allo sviluppo dell'assistenza domiciliare sarà quindi il fenomeno sociale prima descritto legato alla presenza di care giver e non già alla possibilità tecnico-scientifica di garantire le prestazioni sanitarie in sé.

Le stesse possibilità sono però da leggersi anche come opportunità di altri nodi della rete dei servizi; nelle strutture intermedie e nelle sedi territoriali, dove il personale specialistico agente da remoto potrà garantire consulti e monitoraggi; piuttosto che per gli ospedali di I livello, ove specialisti di livello più elevato potranno operare dai loro centri Hub. Ed infine, solo incidentalmente, si accenna agli effetti della ICT sul concetto di mobilità sanitaria per tutti i servizi erogabili da remoto, con un'estensione del concetto di mobilità dei pazienti e di rete dei servizi in una visione aperta e variabile dei confini.

LO SVILUPPO DEL SETTORE ROBOTICO in un arco temporale di medio periodo, potrà rappresentare uno strumento importante per il mantenimento al domicilio dei pazienti, garantendo aiuto in campo assistenziale a pazienti non autosufficienti privi di famigliari in grado di assisterli.

IL DOWNGRADING DELLE TECNOLOGIE oggi considerate di alto livello, che vedranno una progressiva miniaturizzazione ed una consistente riduzione dei costi, tanto da renderli disponibili in sedi territoriali od anche al domicilio.

LO SVILUPPO DEI BIG DATA che renderà possibili stratificazioni accurate dei pazienti e precisi modelli predittivi che consentiranno di gestire i pazienti con interventi programmati e personalizzati in funzione di modelli evolutivi certi.

LA TRASFORMAZIONE DELLE PROFESSIONI

Nei prossimi anni si assisterà ad una profonda trasformazione della geografia delle professioni sanitarie. Cambierà il contenuto

delle competenze distintive fra i vari professionisti: medici sempre maggiormente spinti verso settori più marcatamente clinici, e professionisti sanitari dotati di maggiori abilità tecnico scientifiche resi progressivamente più autonomi nelle loro competenze.

La scarsità di molte figure professionali, in primo luogo mediche, che già oggi mette a rischio il mantenimento dei servizi è un fenomeno che almeno per alcuni anni è destinato ad aggravarsi, accentuando la pressione competitiva fra organizzazioni per acquisire personale specializzato.

Occupandoci in modo specifico di territorio, non si può eludere il ruolo e le competenze dei Medici di Medicina Generale. Se il percorso formativo ha avuto negli ultimi anni un importante adeguamento alle reali necessità del ruolo, non altrettanto si può dire delle regole contrattuali che disciplinano il loro operato. C'è da attendersi (ed auspicare) una profonda rivisitazione delle regole che disciplinano i rapporti con queste figure ma soprattutto un profondo ripensamento delle modalità operative di svolgimento della loro attività. Anche in questo caso è necessario: ripensare il ruolo accelerando il passaggio dalla medicina on demand a quella di iniziativa; integrare operativamente queste figure all'interno dell'organizzazione complessiva; spostare l'attenzione (anche in termini economici) dalle prestazioni erogate alla presa in carico, ai percorsi ed ai risultati di salute ottenuti.

Importante, infine, considerare l'impatto delle nuove professioni per la gestione delle tecnologie emergenti, professionalità tecniche complementari alle professionalità sanitarie tradizionali. A titolo di esempio si citano: tecnici delle immagini per la progettazione e gestione delle immagini diagnostiche tridimensionali; bio-ingegneri come progettisti e gestori di sistemi diagnostico terapeutici di alta tecnologia e basati sulla I.A.; tecnici di laboratorio biomedico come gestori di diagnosi precoci e personalizzazione delle cure su base genica; esperti di sicurezza informatica; ecc.

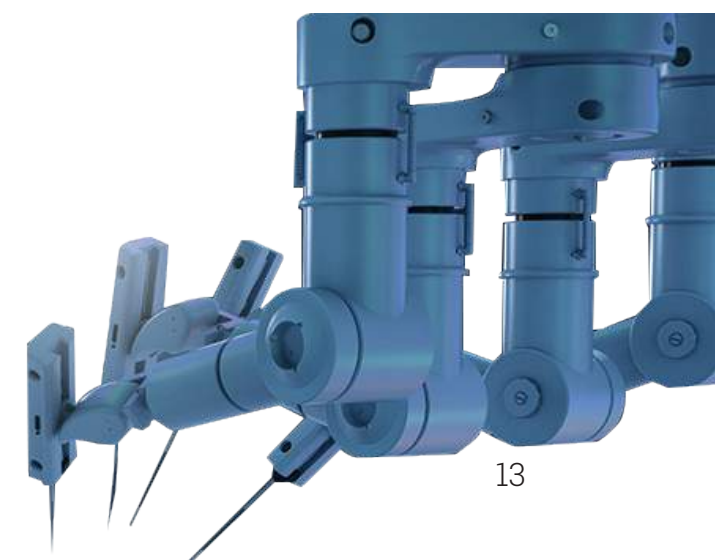
LA FLESSIBILITÀ

Di fronte ad un quadro mutevole e con forti elementi di innovazione, pur nel tentativo di prefigurare lo scenario che si sta determinando con la maggiore precisione possibile, la flessibilità del modello che si intende realizzare rappresenta un fattore di successo determinante. Gli scenari ipotizzati infatti possono risultare fallaci, inesatti e soggetti a mutamenti temporali; la possibilità di adattare rapidamente il modello alle esigenze reali è decisivo.

Tale caratteristica di flessibilità è da ricercare anche nel layout delle strutture fisiche che ospitano i servizi sanitari (ospedali, case della salute, reparti per le cure intermedie, ecc) perseguendola nelle soluzioni progettuali e costruttive pur nell'intrinseca rigidità dell'elemento fisico. Flessibilità da prevedere come possibilità, con minimo dispendio temporale ed economico, di adattamento all'innovazione tecnologica e al variare dei flussi e delle tipologie di pazienti.

Teoricamente più semplice, ma di assoluta rilevanza, sarà la flessibilità e la velocità di adattamento dei modelli organizzativi, ambiti dove il settore pubblico non ha i propri punti di forza. In questi settori quindi, dovrà essere posta particolare enfasi perseguendo un netto cambiamento delle logiche di gestione e del quadro normativo ed ancor più, un progressivo cambiamento culturale degli attori che compongono l'organizzazione.

In un ambiente sempre più rapidamente mutevole e competitivo, non ci sarà spazio per le organizzazioni immobili o lente. Se a rimanere indietro sarà il settore pubblico, gli effetti per i cittadini si riveleranno esiziali.



SWOT ANALISYS

S (forza),
W (debolezza),
O (opportunità),
T (minaccia)

	ELEMENTI POSITIVI	ELEMENTI NEGATIVI
INTERNI	Servizi territoriali già strutturati (MMG, rete servizi, ecc.) Presenza reti regionali (Ospedali hub and spoke, reti patologie, ecc.) Fiducia del cittadino Studio fattibilità H nuovo esistente Processi decisionali partecipati	Scarso adattamento Lentezza nel cambiamento Sistema bloccante di veti Scarsa cultura di programmazione medio lungo periodo
ESTERNI	Strutture ospedaliere disponibili da riconvertire Tele medicina Robotica per assistenza domicilio Downgrading attrezzature attuali A.I. e diagnosi precoci Big Data e predittività	Sostenibilità economica per innovazione e per cambiamenti demografici ed epidemiologici Scarsità professionisti Modificazione fenomeno della mobilità con ICT (medicina da remoto)

LE LINEE DI INDIRIZZO

A questo stato del percorso si è proceduto delineando un set di strutture e servizi ottimali da prevedere sul territorio. Prima di elencarne il risultato è necessario avanzare alcune premesse.

Le linee di indirizzo descritte sono il frutto di una sintesi (e quindi di una mediazione) fra la situazione suggerita dagli scenari, quanto presente sul tema specifico in letteratura e gli elementi suggeriti dalle esperienze delle realtà che da più tempo e con più coerenza perseguono modelli di sviluppo in rete dei servizi territoriali.

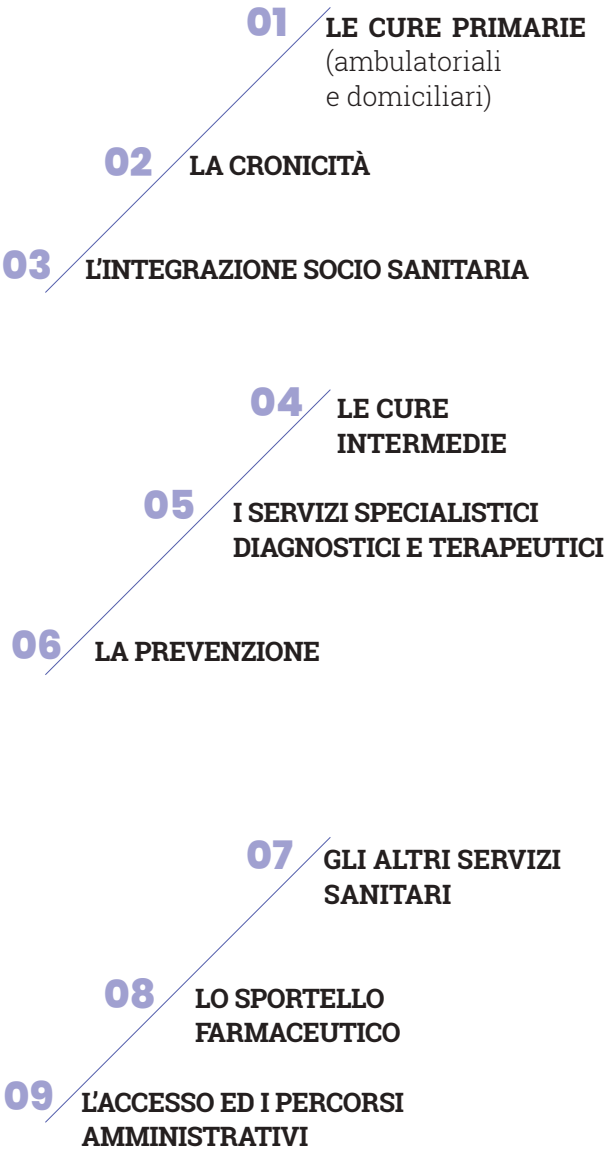
Come elemento minimo di programmazione si è considerato il Distretto Sanitario alla luce della considerazione che il loro dimensionamento in Piemonte è già stato rivisto sulla base dei criteri previsti dalla normativa nazionale e regionale (numero di residenti minimo 70/80.00 massimo 150.000) e che tale dimensionamento, a prescindere dai dettati normativi, sembra complessivamente ragionevole per una programmazione sostenibile dei servizi territoriali. La struttura distrettuale che ospita prioritariamente i servizi descritti viene denominata, in ossequio all'impostazione regionale: Casa della Salute (CdS).

Un ulteriore doveroso elemento, deriva dalla constatazione che ogni distretto possiede caratteristiche geografiche peculiari per: ampiezza, densità abitativa, numero di comuni, elementi demografici, etc. È evidente quindi che le linee di indirizzo nella loro applicazione pratica, dovranno essere declinate in modo diverso alla luce di tutti questi elementi. (È evidente ad esempio che diverso deve essere il modello di una Casa della Salute di un quartiere metropolitano ad alta densità abitativa e scarsa ampiezza geografica o, all'estremo opposto, quella di un distretto montano con un elevato numero di comuni e frazioni a scarsa densità ed ampio sviluppo territoriale).

In presenza di territori distrettuali ampi e geograficamente dispersi, è possibile ipotizzare che accanto alla sede principale della CdS (con le caratteristiche di seguito descritte) trovino realizzazione delle "antenne delle CdS" collegate ed integrate alle CdS principali dove vengano

garantiti servizi minimi fra quelli previsti per le sedi principali.

Tutto ciò premesso si descrive, sinteticamente e per aggregazioni logiche, l'insieme dei servizi che dovrebbero trovare espressione nelle "Case della Salute":



01. LE CURE PRIMARIE

AMBULATORIALI

Il modello è quello previsto dalla Legge 189/2012 per le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) ove è garantito nell'arco di tutte le 24 ore l'assistenza primaria (ambulatoriale e domiciliare) attraverso una rotazione dei Medici di Famiglia (Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta) presso la casa della salute nelle ore diurne feriali e dei medici di continuità assistenziale, nel notturno e festivo. Ciascun medico di famiglia mantiene il rapporto privilegiato con i propri assistiti, ma in caso di necessità, i pazienti possono trovare in struttura un medico che può accedere alle informazioni sanitarie attraverso la consultazione della cartella clinica personale ed operare per le esigenze non programmabili.

Quest'organizzazione permette anche di affrontare piccole urgenze che non necessitino di accesso ad un Pronto soccorso. (N.B. Si ritiene che questa possibilità di accesso non debba assumere denominazioni che possano generare false aspettative quali: "Pronto soccorso" o "Primo intervento" facendo nascere nella popolazione false aspettative e creando situazioni potenzialmente pericolose per accessi di patologie tempo dipendenti -Stroke, IMA, ecc.- che si risolverebbero in pericolose perdite di tempo).

Nella Casa della Salute deve essere presente la sede dell'ambulanza del sistema dell'emergenza 112 (118).

La presenza nella stessa sede dei Medici di famiglia, degli specialisti e della tecnologia diagnostica di primo livello permette di potenziare le possibilità diagnostico-terapeutiche da parte del medico senza il ricorso alle strutture ospedaliere e con una contiguità con gli specialisti che facilita una reale integrazione.

È presente nella stessa area, la sede dei servizi infermieristici territoriali che garantiscono ambulatori infermieristici oltre che le cure domiciliari. Anche in questo caso la vicinanza fisica rende più semplice e naturale un'effettiva integrazione delle professioni e delle cure.

Nei distretti con territorio esteso sono mantenuti gli ambulatori periferici dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, con un collegamento funzionale alla Casa della Salute.

(N.B.: È evidente che affinché tale modello diventi esigibile ed universale, è indispensabile che la nuova convenzione dei medici di famiglia recepisca quanto già definito dalla Legge 189/2012 diventando operativa).

DOMICILIARI

La naturale evoluzione dei sistemi sanitari renderà indispensabile sviluppare il settore delle cure a domicilio nelle loro varie forme ed organizzazioni.

Lo sviluppo di nuovi devices che non necessitano di personale sanitario ma possono essere usati dal paziente direttamente, ovvero dal Care giver, renderà ancor più semplice il loro utilizzo a domicilio con lettura a distanza presso le CdS. Si tratta di un'evoluzione particolarmente promettente nel settore della cronicità e della sua presa in carico e di uno strumento formidabile per poter mantenere al domicilio pazienti che altrimenti non potrebbero restarci per esigenze di monitoraggio e che oggi deve essere invece effettuato in una struttura sanitaria alla presenza di personale sanitario.

L'ostacolo allo sviluppo della domiciliarità e alla possibilità di mantenimento al domicilio di pazienti cronici e non autosufficienti è spesso rappresentato dall'impoverimento del tessuto familiare e sociale che non riesce a garantire il supporto al paziente nel suo domicilio. Come già accennato siamo cioè di fronte ad una divaricazione fra potenzialità tecnologiche e possibilità del tessuto sociale (inteso come disponibilità della famiglia di farsene carico ovvero della possibilità di provvedere da parte servizi socio assistenziali). Si pensa quindi che per un adeguato sviluppo dell'assistenza sanitaria domiciliare si debba potenziare ed integrare l'intervento sociale, non considerandolo un intervento a sé stante ma parte integrante del processo di cura e presa in carico.

02. LA CRONICITÀ

In un'area adiacente a quella delle Cure primarie si collocano gli spazi per la presa in carico delle cronicità che deve essere dotata di locali per l'accoglienza, di servizi amministrativi dedicati e di ambulatori specifici. In quest'area sono arruolati e presi in carico i pazienti cronici sulla base dei percorsi condivisi. Gli stessi vengono convocati attivamente per i controlli periodici previsti secondo la logica di una medicina di iniziativa.

Ricompresa in tale logica sono anche il modello ormai ampiamente diffuso delle cure integrate del diabete con il coinvolgimento in ciascuna CdS di un'antenna del servizio di diabetologia e la presa in carico dei pazienti geriatrici attraverso la struttura di geriatria territoriale con le sue articolazioni nelle stesse CdS.

In ogni Casa della Salute infine, è presente un Centro Accoglienza e Servizi (CAS) per i pazienti oncologici secondo l'organizzazione in atto nella rete oncologica piemontese.

03. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

La coincidenza prevista dal dettato normativo degli Enti Gestori i Servizi Socio Assistenziali con il distretto sanitario, rappresenta un importante fattore di semplificazione nella ricerca di integrazione tra servizi sociali e sanitari. Sempre più tale elemento si rivela nodale sia a causa degli andamenti epidemiologici: (pazienti fragili, anziani, cronici, poli-patologici) sia per le ben note ed evidenti influenze dei determinanti sociali, sullo stato di salute dei cittadini. Anche in questo caso è opportuno pensare di ospitare presso la CdS i servizi sociali; qualora non ve ne sia la possibilità, in subordine, è necessario prevedere al suo interno almeno lo sportello integrato socio sanitario per la presa in carico congiunta dei casi. In tale contesto vengono anche garantite presso le CdS le valutazioni multidisciplinari integrate: Unità di valutazione geriatrica (UVG), Unità di valutazione multidisciplinare disabilità minori ed adulti (UMVD).

04. LE CURE INTERMEDIE

La casa della salute deve essere dotata di moduli residenziali per le "cure intermedie" di numero variabile in funzione della dimensione dell'ambito territoriale di riferimento e delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione. Si pensa in particolare che rappresenti un valore aggiunto avere all'interno della Casa della Salute strutture di ricovero temporaneo, orientate sia a pazienti in dimissione ospedaliera – da reparto o da PS - precoce e protetta (CAVS: Continuità assistenziale a valenza sanitaria), sia per pazienti geriatrici o disabili affetti da scompensi acuti anche di tipo comportamentale, sia ai pazienti domiciliari che necessitano di un ricovero temporaneo per l'acutizzarsi di una patologia ovvero per necessità di approfondimenti diagnostici o trattamenti terapeutici non eseguibili a domicilio (Ospedali di comunità).

La presenza di tali strutture all'interno della Casa della Salute, con la loro dotazione di professionalità (medici di medicina generale, medici specialisti ospedalieri e convenzionati e personale delle professioni sanitarie: infermieri, tecnici della riabilitazione, ecc.) e di tecnologie (diagnostiche e terapeutiche) rappresenta un importante valore aggiunto per le potenzialità assistenziali che si possono garantire e per la reale continuità terapeutica offerta.

Non sembra determinante identificare l'una o l'altra fattispecie (CAVS e Ospedale di Comunità) previste dall'attuale normativa, consapevoli che le stesse possano variare nel tempo. Ciò che è importante è prevedere all'interno delle CdS tali posti letto organizzati in moduli, garantendo l'assistenza con il personale della CdS e con la flessibilità organizzativa che consenta gli adeguamenti al variare delle esigenze ed ai diversi quadri normativi.

Determinante, viceversa, pare essere la massima elasticità interna alle strutture ed ai suoi modelli assistenziali ed ancor più l'integrazione con la domiciliarità per ampliare la filiera delle risposte possibili; nonché per dare risposte che accompagnino la persona alla riduzione progressiva dell'autonomia.

05. I SERVIZI SPECIALISTICI
DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI
POLISPECIALISTICI

Relativamente ai servizi specialistici è possibile ipotizzare una nutrita serie di prestazioni e procedure erogabili in tale contesto. In particolare è già oggi possibile erogare prestazioni effettuate da personale non medico, con refertazioni garantite da remoto; lo sviluppo della telemedicina amplierà ulteriormente

tali possibilità. La struttura pertanto deve essere pensata per poter implementare progressivamente tali prestazioni. Un elenco significativo (non esaustivo) di quanto è oggi prevedibile erogare nell'ambito della CdS è il seguente:

ATTIVITÀ TERAPEUTICHE	DIAGNOSTICA MEDICO SPECIALISTA IN LOCO	DIAGNOSTICA MEDICO SPECIALISTA DA REMOTO
Chirurgia ambulatoriale	Tutte le visite I livello specialistico	Punto prelievi ad accesso diretto
Chemioterapia	Ecografie	POCT (Point of Care): esecuzione esami di laboratorio in urgenza collegato in remoto al laboratorio ospedaliero
Dialisi (presenza di CAL: Centri ad assistenza limitata)	Ecocolordoppler vascolari	Rx tradizionale
Centri di Fisioterapia	Ecocardiogramma	TAC
Odontoiatria (limitatamente a quanto previsto dai LEA)	ECG da sforzo	Eeg
Cure palliative	Endoscopie digestive	Emg
Terapia antalgica	Psicologia	Elettrocardiogramma
Terapie infusionali e trasfusioni	...	Holter pressorio
Medicazioni CVC		Holter cardiaco
Medicazioni stomie		Audiometria
Gestione CV		Fundus Oculi
		Spirometria

06. LA PREVENZIONE

Ogni casa della salute deve divenire il punto di riferimento del cittadino per tutta i temi legati alla prevenzione primaria e secondaria (promozione della salute, vaccinazioni, consultori, medicina legale, screening, ECC.); ciò deve avvenire:

- per le prestazioni direttamente erogate all'interno della struttura ai cittadini quali:
 - Consultori
 - Vaccinazioni
 - Esecuzione degli esami di screening (mammografia, pap test e sue evoluzioni, rettosigmoidoscopia);
 - Valutazioni e certificazioni medico legali monocratiche (patenti, porto d'arma, ecc...)
- come unità elementare delle attività di programmazione della promozione della salute che si svolgono in modo distribuito sul territorio (scuole, comunità, comuni, ecc.);
- come punto di accesso, presa in carico e rilascio di certificazioni ed autorizzazioni nell'ambito dell'attività di controllo, ispettiva, di autorizzazione e di certificazione.

07. ALTRI SERVIZI SANITARI

Presso ogni CdS si prevede un centro di Salute Mentale, uno di Neuropsichiatria infantile ed uno del Servizio per le dipendenze. Ove possibile gli stessi sono collocati nell'area all'interno del complesso, in subordine in altra area del comune sede di CdS.

08. LO SPORTELLO FARMACEUTICO

In ogni CdS è presente uno sportello della Farmacia per la distribuzione dei farmaci e dei dispositivi a distribuzione diretta e per quelli ottenibili su Piano terapeutico specialistico. Anche in ambito farmaceutico la maggiore connettività permetterà di esercitare un puntuale monitoraggio dell'aderenza terapeutica dei pazienti; tale possibilità dello sportello farmaceutico, applicata alla presa in carico dei pazienti cronici, permetterà il conseguimento di una migliore compliance terapeutica con ricadute positive sugli esiti di salute.

09. IL PUNTO UNICO DI ACCESSO AMMINISTRATIVO

Presso ogni CdS è da prevedersi un'area dedicata al Punto Unico di Accesso Amministrativo (PUA). Consta di un'area di sportelli/isole amministrative per l'accoglienza, l'accettazione e la presa in carico dei pazienti per tutte le più comuni pratiche amministrative territoriali: prenotazioni, accettazione, consegna referti, scelta-revoca medico, integrativa-protetica, estero, URP, ecc. Un punto di accesso ed accoglienza ove vengano erogate direttamente le prestazioni amministrative e che guidi ed accompagni i cittadini nei percorsi predisposti per la corretta ed agevole fruizione dei servizi sanitari.

CONCLUSIONI

Il gruppo ha sin qui definito un quadro teorico di riferimento alla costruzione di una rete dei servizi territoriali della ASL. Nell'ultima fase del lavoro, verranno analizzati i fattori di contesto locale, i vincoli, e le opportunità specifiche presenti sul territorio: i servizi già presenti, le strutture disponibili, le caratteristiche dei 3 vecchi presidi ospedalieri in dismissione (per un loro riutilizzo parziale o totale), la maggiore o minore difficoltà di accesso al nuovo ospedale da parte di ciascun distretto in base alla sua collocazione, etc., per addivenire alla stesura di una ipotesi di piano strategico della ASL che definisca collocazione e dimensionamento dei servizi all'interno della nuova rete territoriale della ASL.



BIBLIOGRAFIA:

Aguzzi G., Del Vecchio M. Lega F., Longo F., Prenestini A., Tasselli S. – Gli scenari strategici per la sanità del futuro – Egea – 2008.

G. Costa, M. Bassi, G.F. Censini, M. Marra, A.L. Zengarini – L'equità della salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. – F. Angeli editore - 2014.

G.Costa, M Stroschia, N. Fengarini, M. Demaria – 40 anni di salute a Torino – Ed. Inferenze - 2017.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70- "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

AAVV – Le reti a stelle e strisce - Limes - 10/2018 – Gedi editore

Longo F. Mauri M., Prenestini A.: L'ospedale tra presente e futuro. - EGEA 2009 Università Bocconi Editore.

Longo F., Del Vecchio M., Lega F.: La sanità futura – La trasformazione della rete dei servizi ospedalieri e territoriali. – EGEA - 2009.

McKee, M; Healy, J - Future hospitals. In: Hospitals in a changing Europe - Open University Press, Buckingham, 2002.

Ministero della salute – Piano della Cronicità - 2016
[www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584 allegato.pdf)





SVILUPPO NEUROCOMPORTAMENTALE: NON È UNA QUESTIONE DI ETNIA

Pubblicato su *Nature* il risultato di
uno studio internazionale

di *Enrico Bertino¹, Francesca Giuliani²*.
Città della Salute e della Scienza di Torino

Sono stati pubblicati a fine gennaio sulla prestigiosa rivista *Nature* i più recenti risultati del progetto internazionale INTERGROWTH-21st, che ha monitorato dalla nascita fino ai due anni di età la crescita e lo sviluppo neuroevolutivo di neonati sani ed in buone condizioni ambientali, distribuiti in quattro continenti.

PROGETTO INTERGROWTH-21ST

Il progetto INTERGROWTH-21st, finanziato dalla Fondazione Bill & Melinda Gates e coordinato dall'Università di Oxford (UK), aveva già dimostrato come da donne sane, ben nutrite, in buone condizioni socio-economiche ed ambientali, nascano neonati con una crescita intrauterina e postnatale simile almeno fino ai due anni di età, indipendentemente dall'etnia e dall'area geografica di nascita. Al progetto aveva partecipato per la componente neonatale e pediatrica, unico Centro dell'Europa continentale, la Neonatologia, diretta dal Prof. Enrico Bertino, del Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell'Università, presso la Città della Salute e della Scienza di Torino, con il coordinamento a livello internazionale della neonatologa Francesca Giuliani, dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino.

Da tale studio sono stati ricavati standard di crescita del feto in utero, del neonato pretermine dalla nascita ai sei mesi di vita e standard antropometrici neonatali ^{1,2,3}.

I ricercatori del gruppo hanno ora dimostrato che le tappe dello sviluppo neuroevolutivo nei primi due anni di vita, per quanto concerne l'apprendimento, il linguaggio e le abilità

motorie, sono, così come la crescita corporea, molto simili fra soggetti di aree geografiche e culturali molto diverse, a parità di soddisfacenti condizioni socio-economiche, ambientali e di salute.

Questi risultati sono di particolare rilievo in quanto si tratta del primo studio di questo tipo sullo sviluppo neuroevolutivo durante l'infanzia ad essere condotto in vari paesi del mondo con metodologia uniforme e standardizzata. Sono state infatti usate in tutti i centri le stesse strategie nutrizionali e di assistenza, seguendo i protocolli sviluppati dall'INTERGROWTH-21st Neonatal Group (www.intergrowth21.org.uk). Tali protocolli, insieme ad un modulo riguardante l'antropometria neonatale, sono disponibili online come corso di e-learning, tradotti in varie lingue tra cui l'italiano ⁴. Il superamento del corso di e-learning dà diritto ad un certificato di partecipazione rilasciato dall'Università di Oxford.

Inoltre, per quanto riguarda la componente neuro evolutiva, nella prima fase dello studio è stato sviluppato da un team internazionale multidisciplinare, dopo accurata revisione della letteratura, un test multidimensionale ad hoc, finalizzato a misurare lo sviluppo neurocomportamentale durante la prima infanzia in soggetti appartenenti a contesti culturali diversi.

L'INTERGROWTH-21st Neurodevelopment Assessment (INTER-NDA) è un test oggettivo multidimensionale per valutare lo sviluppo di bambini di età compresa tra i 22 ed i 30 mesi ⁵ ed è stato pensato per essere somministrato da personale non specializzato ed in contesti culturali diversi.

¹Direttore SC Neonatologia dell'Università, ²Ospedale Infantile Regina Margherita.

Il test considera le abilità linguistiche, motorie, visive, uditive, cognitive e di attenzione, usando una combinazione di items osservati e di items riportati dal genitore / caregiver. L'INTER-NDA è stato validate rispetto al Bayley Scales of Infant Development III edizione.⁶ I dati sono stati raccolti sia ad uno che a due anni, per aumentare l'attendibilità.

Per questa componente dello studio, i ricercatori hanno valutato 1307 bambini sani, residenti in aree urbane, adeguatamente nutriti ed in buone condizioni socio economiche, in 5 paesi del mondo (Brasile, India, Italia, Kenya e Regno Unito). La percentuale di variabilità totale nello sviluppo neuroevolutivo che può essere attribuita a differenze fra le diverse popolazioni è risultata molto bassa, variando dall'1,3% dell'area cognitiva al 9,2% della parte comportamentale, con variabilità lievemente superiore per componenti legate alle reazioni emotive [Figura 1].

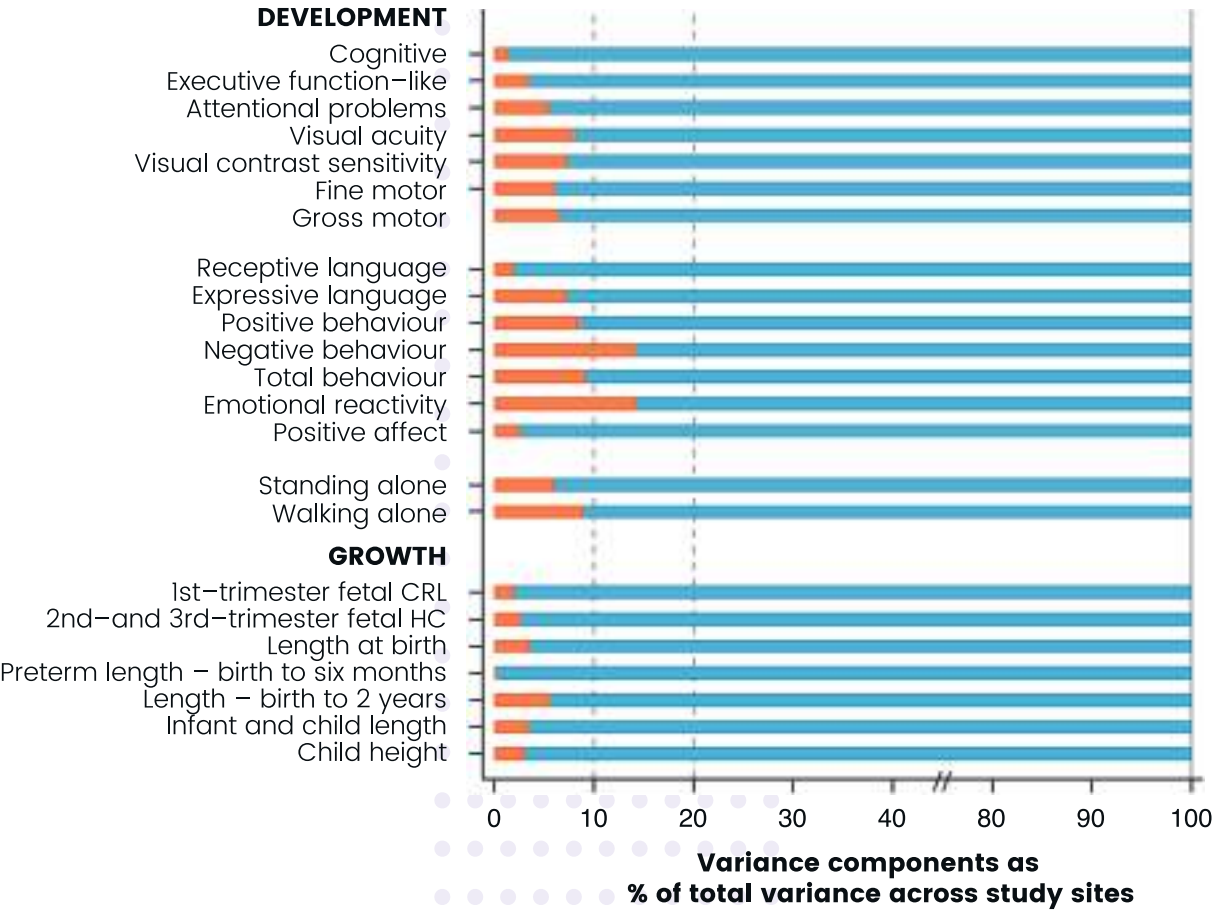


FIGURA 1 (tratta da Villar 2019⁸ Variabilità dipendente dal sito geografico dei 16 aspetti neurocomportamentali valutati dallo studio e di sette variabili antropometriche di crescita fetale, neonatale ed infantile. I dati antropometrici derivano dagli studi di Papageorgiou 2014¹, Villar 2014², Villar 2015³ e de Onis 2006⁷.

Usando come descrizione statistica la differenza "standardizzata" tra i siti⁸, aggiustata per età alla valutazione del bambino e sesso, solo 6 componenti della valutazione risultavano differenti per più di 0,50 unità [Figura 2], mostrando quindi una notevole similitudine tra le popolazioni studiate.

Nell'insieme, dunque, meno del 10% delle differenze nello sviluppo è attribuibile ai geni (nature), il resto è ambiente (nurture).

I risultati dello studio sottolineano come le disuguaglianze ambientali e sociali durante la gravidanza e nella prima infanzia abbiano, nei diversi gruppi etnici, il ruolo più rilevante nel determinare le differenze non solo di salute e crescita, ma anche di sviluppo neuroevolutivo, fornendo un importante contributo per la pianificazione a livello internazionale di adeguate politiche sanitarie e sociali.

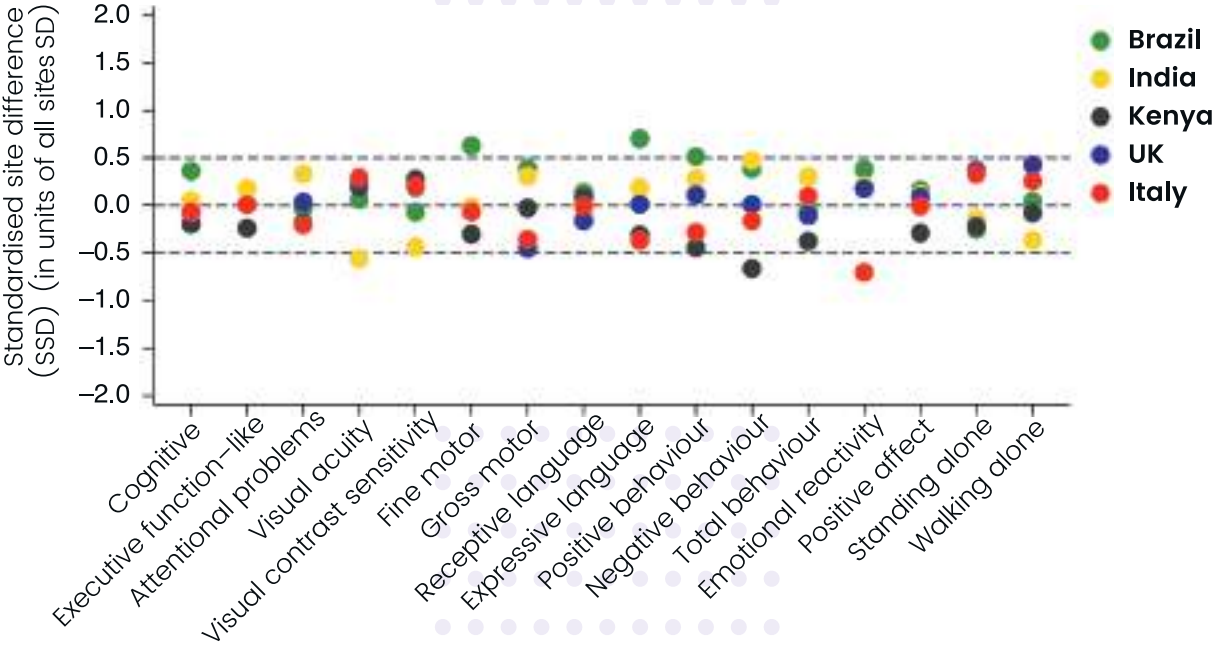
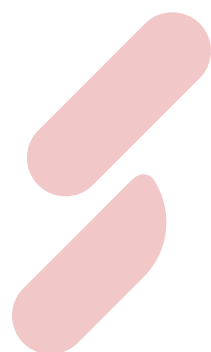


FIGURA 2 Differenza standardizzata tra le popolazioni studiate⁸.





BIBLIOGRAFIA:

1. Papageorgiou, A. T. et al. International standards for fetal growth based on serial ultrasound measurements: the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet* 384, 869–879 (2014).
2. Villar, J. et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet* 384, 857–868 (2014).
3. Villar, J. et al. Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet Glob. Health* 3, e681–e691 (2015).
4. www.gfmer.ch/omphi/intergrowth-course/index.htm
5. Fernandes, M. et al. The INTERGROWTH-21st Project Neurodevelopment Package: a novel method for the multi-dimensional assessment of neurodevelopment in pre-school age children. *PLoS ONE* 9, e113360 (2014).
6. Murray, E. et al. Evaluation of the INTERGROWTH-21st Neurodevelopment Assessment (INTER-NDA) in 2 year-old children. *PLoS ONE* 13, e0193406 (2018).
7. de Onis, M., Garza, C., Onyango, A. W. & Martorell, R. WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatr. Suppl.* 450, 1–101 (2006).
8. Villar J, et al. Neurodevelopmental milestones and associated behaviours are similar among healthy children across diverse geographical locations *NATURE COMMUNICATIONS* | (2019) 10:511 | [www.doi.org/10.1038/s41467-018-07983-4](https://doi.org/10.1038/s41467-018-07983-4) | www.nature.com/naturecommunications/1234567890





INDICATORI DI BENESSERE. IL RUOLO DELLA VIS PER INTEGRARE GLI EFFETTI SULLA SALUTE NELLA VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI DI UN INTERVENTO

La Valutazione di Impatto sulla Salute (Vis) ha come obiettivo di integrare gli effetti sulla salute nelle attività di valutazione degli impatti di un intervento. È quindi uno strumento a supporto dei processi decisionali riguardanti piani, programmi e progetti e interviene prima che questi siano realizzati. Sviluppata nel solco della valutazione ambientale (Vas e Via), la Vis condivide approccio, procedure, e metodi con gli altri strumenti di valutazione

di *Domenico Della Porta*¹.



Dopo il divorzio tra Salute e Ambiente avvenuto nel 1993 a seguito di un Referendum in cui gli italiani decisero di scindere l'ambiente dalla Sanità Pubblica, scegliendo un percorso autonomo con proprie strutture centrali (Ministero dell'Ambiente ed APAT prima ed ISPRA poi) e periferiche (le ARPA nelle 21 regioni), dopo un "matrimonio" durato quasi 60 anni legato al Testo Unico delle Leggi Sanitarie, il Regio Decreto 1265 del 1934, per i due importantissimi settori ci sono concreti segnali di riavvicinamento.

Questo segnale è facilmente percepito se si considera "l'indicatore composito sugli stili di vita" elencato nel Decreto congiunto Ministero Salute e Ministero Economia e Finanze sul Sistema di Garanzia dei nuovi LEA anticipato da Quotidiano sanità. Con questo importantissimo, anche se sintetico, indicatore il concetto di prevenzione appare strettamente correlato a quello di "Promozione della Salute" definita, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, come: "il dare alle persone i mezzi per diventare più padroni della propria salute e per migliorarla".

Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, la persona o il gruppo deve essere in grado di definire e concretizzare le aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni e di modificare l'ambiente, così da adattarvisi. La salute, quindi, è considerata come una risorsa della vita quotidiana e non come lo

scopo dell'esistenza. La salute è un concetto positivo che mette l'accento sulle risorse sociali e personali, così come sulle capacità fisiche. La promozione della salute non si risolve solo nel settore della sanità; essa va oltre gli stili di vita sani per includere la nozione di benessere.

La promozione della salute, a cui si ispira la prevenzione, pone le basi per interventi utili a poter aumentare il controllo sulla propria salute, migliorandola, per raggiungere la capacità di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, cambiare l'ambiente circostante e farvi fronte, così da poter raggiungere uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale. Si parla di ricostituire i Comitati provinciali, previsti a margine della scissione del 1993, tra i Dipartimenti di Prevenzione delle Asl e i Dipartimenti Provinciali delle ARPA.

C'è stata poi l'istituzione da parte del Ministero della Salute a novembre 2017 della TFAS, Task Force Ambiente e Salute, dove specialisti ed esperti delle due aree si confrontano in incontri periodici a tutto campo, condividendo documenti ed iniziative congiunte. Per finire il documento finale prodotto nel 2016 dal gruppo CCM insediato per elaborare linee guida sulla Valutazione Impatto per la Salute (di cui si attende la versione finale ancora non disponibile) nonché l'Accordo pubblicato il 22

¹Delegato nazionale Federsanità ANCI Prevenzione e Sicurezza dei lavoratori e strutture sanitarie
Presidente Osservatorio Nazionale Malattie Occupazionali e Ambientali Università degli Studi Salerno

gennaio scorso e siglato sempre il 19 dicembre dello scorso anno per il Coordinamento delle attività di competenza nell'ambito dei procedimenti di Autorizzazione Integrata Ambientale di competenza statale tra la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e quella per le Valutazioni e le Autorizzazioni Ambientali del Ministero dell'Ambiente.

Il documento del 2016 sopra citato rappresenta il risultato dell'attività condotta nell'ambito del progetto CCM 2013 dal titolo "Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS): Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti". Il progetto, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, ha visto coinvolte istituzioni centrali quali il CNR, ISPRA ed ISS e territoriali quali le Regioni, le Agenzie Ambientali Regionali e singole Aziende Usl.

La collaborazione tra enti ed istituzioni ambientali e sanitarie ha consentito di integrare, come da più parti auspicato, le conoscenze dei due settori al fine di produrre un documento a supporto dei soggetti, proponenti e valutatori, che dovranno realizzare una analisi ed una Valutazione della "componente salute" finalizzata a prevenire gli effetti sanitari avversi potenzialmente dovuti alla realizzazione di piani/progetti/programmi sul territorio.

La promozione della salute, la tutela delle comunità, la salvaguardia del bene collettivo inteso come l'insieme delle componenti dell'ambiente (naturali, umane, sociali, culturali, economiche, politiche, tecnologiche) sono l'obiettivo prioritario delle istituzioni locali, nazionali ed internazionali che a vari livelli di governo si occupano di salute pubblica. La Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) è una procedura che contribuisce a perseguire tale obiettivo, poiché analizza i rischi e i benefici di piani, programmi e progetti, considerando la loro sostenibilità e l'equità. La VIS è uno strumento utile a supportare il decisore pubblico nelle scelte, poiché fornisce una procedura comune, applicabile a tutti i livelli amministrativi e geografici, identificando azioni specifiche di promozione e tutela della salute.

Negli anni recenti è aumentata la sensibilità delle comunità locali ai problemi ambientali e sanitari connessi e, conseguentemente,

anche premessa la richiesta di cittadini e amministratori locali di valutare gli impatti sulla salute in aree caratterizzate dalla presenza di fattori di rischio. Di pari passo sono aumentate le iniziative di tipo normativo e regolamentare, sia a livello regionale che nazionale, mentre la ricerca scientifica ha contribuito mettendo a punto metodi e strumenti che riescono a interpretare fenomeni complessi. I fattori di rischio ambientale o antropico sono documentati in diverso modo e con differenti livelli di persuasività, e spesso è necessario produrre nuove conoscenze scientifiche, che siano specifiche e finalizzate al contenimento dei rischi attuali e alla prevenzione di quelli futuri.

È opportuno quindi disporre di un percorso standardizzato, in grado di illustrare in fasi necessarie per valutare l'impatto di piani/programmi/progetti, che sia utile alla presa di decisioni, alla migliore attuazione degli interventi e al loro monitoraggio nel tempo. Anche per dare risposta a queste crescenti esigenze, la legge 28 dicembre 2015 n.221, "Disposizioni in materia ambientale per promuovere misure di green economy e per il contenimento dell'uso eccessivo di risorse naturali", nell'ambito dei procedimenti di valutazione di impatto ambientale statale (art. 9), introduce la procedura di VIS per i progetti riguardanti le raffinerie di petrolio greggio, gli impianti di gassificazione e liquefazione, i terminali di rigassificazione di gas naturale liquefatto, nonché le centrali termiche e gli altri impianti di combustione con potenza termica superiore a 300 MW.

Sebbene questa procedura sia attualmente riferita a una tipologia ristretta, seppure importante, di opere e progetti, la strada è tracciata verso una sempre maggiore integrazione degli aspetti sanitari con quelli ambientali. A ciò si deve aggiungere che anche diverse Regioni hanno legiferato sul tema, proponendo tale valutazione di impatto sanitario, con modalità diverse, all'interno dei propri procedimenti autorizzativi. Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2014/2018 (macroarea 2.8), evidenzia nella VIS una procedura indispensabile di supporto per la riduzione delle esposizioni nocive alla salute, affermando l'esigenza di riqualificare le valutazioni preventive a supporto delle

amministrazioni effettuate dagli operatori della sanità pubblica e fornendo indicazioni per sviluppare adeguatamente la componente salute nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA.

Sebbene la VIS possa svolgere valutazioni sia retrospettive, cioè post hoc su interventi già attuati, sia trasversali o concorrenti, cioè su interventi in corso di realizzazione, la maggiore forza dello strumento si dispiega nelle valutazioni prospettiche, cioè ex-ante rispetto ad interventi da attuare. In tal senso la VIS assume un chiaro connotato di strumento di prevenzione. La funzione preventiva ha improntato la posizione di molti autori, tra tutti Kemm (Kemm 2013) che ha più volte affermato il concetto che la VIS ha un senso solo se prospettica, assegnando alla forma retrospettiva la funzione di valutazione di ciò che è successo prima, e alla forma trasversale/concorrente il compito di monitoraggio dell'esistente (NB: da non sottovalutare che il ritardo nel rilevamento o ottenimento dei dati sanitari correnti può incidere negativamente sulle possibilità di effettuare vere valutazioni trasversali, relegandole nella pratica a retrospettive). Queste Linee Guida sono rivolte a facilitare proponenti e valutatori nel caso di una VIS prospettica, ciò non dimeno potranno essere utili anche nel caso di applicazioni o esercitazioni ex-post o di monitoraggio (enHealth, 2001).



La VIS ha come obiettivo di integrare gli effetti sulla salute nelle attività di valutazione degli impatti di un intervento. È quindi uno strumento a supporto dei processi decisionali riguardanti piani, programmi e progetti e interviene prima che questi siano realizzati. Sviluppata nel solco della valutazione ambientale (VAS e VIA), la VIS condivide approccio, procedure, e metodi con gli altri strumenti di valutazione.

In letteratura sono disponibili diverse definizioni formali di VIS:

persegue la tutela della salute integrando conoscenze e competenze in maniera multidisciplinare;

definisce in maniera trasparente procedure e metodi per la stima degli effetti potenziali sulla salute di una popolazione;

valuta in modo sistematico diverse fonti di dati e metodi analitici, includendo i contributi degli stakeholder;

identifica e classifica gli impatti positivi e negativi e propone interventi per la loro prevenzione e riduzione;

produce una base di informazioni sulla popolazione locale, dello stato di salute e dell'ambiente attraverso lo sviluppo di indicatori sanitari e misurazioni ambientali per il monitoraggio;

identifica migliori soluzioni e realistiche raccomandazioni per il monitoraggio e la gestione degli effetti attesi;

include una forma di partecipazione degli stakeholder secondo modalità e tempi opportuni interagendo con amministratori e decisori politici ai fini della migliore definizione del progetto e delle raccomandazioni.



DeRT, IL PROGETTO PILOTA DI DEPRESCRIZIONE E RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA NEL PAZIENTE ANZIANO

L'idea di un ambulatorio dedicato
all'interno della Casa della Salute
di Torre Pellice

di Simonetta Miozzo¹, Paola Fasano², Flavio Boraso³

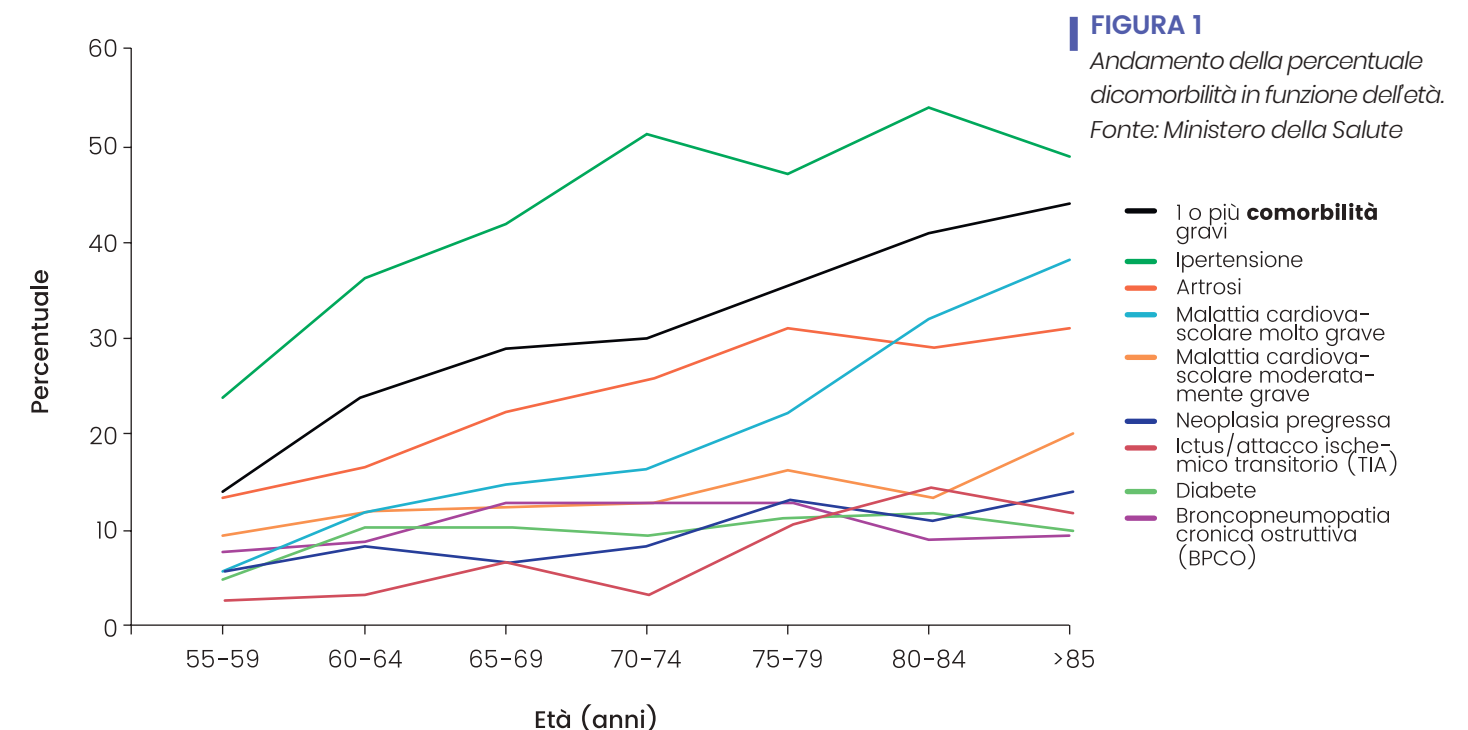
IL RAZIONALE DEL PROGETTO: L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E IL CONSUMO CRESCENTE DI FARMACI NELL'ANZIANO.

In Italia i soggetti di età superiore ai 65 anni rappresentano circa il 20% della popolazione residente e si stima che raggiungeranno il 33% nel 2051. Parallelamente, aumenteranno anche i grandi anziani di età maggiore o uguale a 85 anni, passando dall'attuale 2,3% della popolazione al 7,8%.¹

Conseguentemente a tale fenomeno, si assisterà ad un incremento proporzionale di multimorbidità e politerapia. Con il termine di multimorbidità ci si riferisce alla coesistenza di vari

disturbi nello stesso individuo che porta inevitabilmente a spostare l'attenzione da una data condizione patologica di cui il paziente soffre al soggetto nel suo complesso (approccio patient centered). Gli anziani con multimorbidità sono inoltre eterogenei in termini di gravità delle patologie, stato funzionale, prognosi e rischio di eventi avversi, anche quando viene diagnosticato lo stesso pattern di condizioni. Di conseguenza, variano anche le priorità per quanto riguarda le cure sanitarie.²

La prevalenza delle singole patologie croniche e del paziente con fenotipo complesso ha un andamento crescente in funzione dell'età, come rappresentato in **figura 1**.



¹Medico Medicina Generale ASLTO3, ²Direttore Distretto ASLTO3, ³Direttore Generale ASLTO3

L'età è infatti il principale fattore predittivo dell'uso dei farmaci. Per i pazienti con età uguale o superiore a 65 anni si evidenzia una spesa pro-capite per medicinali a carico del SSN fino a tre volte superiore al valore medio nazionale. Tale risultato è realizzato per effetto di una prevalenza d'uso dei farmaci, che è passata da circa il 50% nella popolazione nella fascia d'età adulta a quasi il 90% negli individui con più di 74 anni, ovvero la quasi totalità dei soggetti con più di 74 anni assume almeno un medicinale.¹

In questo contesto, un gruppo di medici di medicina generale della Val Pellice (Torino) ha avviato, in accordo con l'ASL TO 3, un progetto pilota che ha come obiettivo quello di affrontare le condizioni di politerapia che interessano molti soggetti anziani.

La popolazione target del progetto è dunque rappresentata dai pazienti da loro assistiti di età uguale o superiore a 65 anni, che assumono cinque o più farmaci in politerapia e distribuiti su un territorio comprendente nove Comuni. Tale bacino d'utenza è stimato pari a circa 1.100 soggetti potenziali afferenti (età media 77 anni). Il progetto prende il nome di "DeRT" - Deprescrizione e Riconciliazione Terapeutica – la medicina giusta al momento giusto ed è nato nell'ambito della riorganizzazione dei servizi territoriali legata all'attivazione della Casa della Salute di Torre Pellice. È infatti qui che i pazienti, selezionati dai loro medici di medicina generale secondo i criteri di inclusione, vengono ricevuti presso l'ambulatorio a loro dedicato per una consulenza medica.

LE FINALITÀ DEL PROGETTO: GARANTIRE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E VIGILARE SULLA SICUREZZA DELLE CURE

Con il termine politerapia si intende l'impiego contemporaneo di più farmaci prescritti dal medico, mentre con il termine polifarmacia ci si riferisce all'utilizzo di più farmaci anche non prescritti, non tutti strettamente necessari per una cura appropriata. La soglia più utilizzata per parlare di politerapia è rappresentata da almeno 5 principi attivi.⁴

Una politerapia appropriata è la prescrizione ad un paziente complesso o con condizioni multiple in circostanze in cui l'esposizione a

più farmaci è stata ottimizzata e i farmaci sono prescritti secondo le migliori evidenze. L'intento generale di questa co-prescrizione dovrebbe essere quello di mantenere una buona qualità di vita, migliorare la longevità e minimizzare il rischio di eventi avversi da farmaci.

Una politerapia problematica, al contrario, si ha quando più farmaci sono prescritti in modo inappropriato, non basato sulle evidenze, e quando la combinazione può divenire pericolosa a causa di interazioni farmacologiche, superando così i potenziali benefici. La richiesta complessiva di assunzione di farmaci può divenire in alcuni casi inaccettabile per il paziente e può compromettere l'aderenza alla terapia. In alcuni casi, vengono prescritti farmaci per trattare gli eventi avversi di altri farmaci quando sono disponibili soluzioni alternative che potrebbero ridurre il numero di medicinali prescritti.¹

L'uso concomitante di farmaci può portare a interazioni dannose in un numero di casi percentualmente basso, in genere meno dell'1%, che può però diventare numericamente significativo in termini assoluti. Diversi studi dimostrano come i comportamenti inappropriati siano molto frequenti, in particolare in relazione alla sottoprescrizione di farmaci per terapie di lunga durata, ma anche per il rischio causato da combinazioni inadeguate di molecole.⁵

Il numero di farmaci prescritti risulta dunque un forte predittore indipendente di ospedalizzazione per reazioni avverse da farmaci e di permanenza in ospedale.⁶

I pazienti del progetto DeRT vengono accolti presso l'ambulatorio per ricevere da parte dei medici di medicina generale una consulenza orientata alla revisione della terapia in corso e alla rivalutazione delle terapie croniche secondo i criteri dell'appropriatezza, prevenendo eventuali interazioni e migliorando l'aderenza terapeutica. La finalità del progetto è dunque quella di focalizzarsi su un'attività di "deprescrizione" di farmaci ritenuti non più necessari per svariati motivi (per es. farmaci per prevenzione primaria non più necessari) e di favorire la riconciliazione terapeutica nel passaggio tra la possibili diverse terapie indicate da diversi specialisti, verificando l'aderenza alle raccomandazioni in merito a dosi, tempi e frequenza nell'assunzione dei farmaci.

L'ATTIVITÀ DELL'AMBULATORIO DeRT E I NUMERI DELLA DEPRESCRIZIONE

Il progetto pilota mira a riconsiderare e valorizzare il ruolo relazionale del medico di medicina generale con i propri assistiti e la sua capacità clinica di deprescrizione terapeutica nella gestione dei pazienti complessi. Tale obiettivo viene perseguito attraverso un percorso formativo specifico a cui hanno partecipato i medici coinvolti nel progetto, con approfondimenti inerenti la farmacologia clinica e la comunicazione. Quando il medico si confronta infatti con questa tipologia di pazienti deve adottare approcci flessibili di sintesi tra l'evidence based medicine, la medicina narrativa e di riconoscimento delle peculiarità dell'individuo che deve essere gestito cercando di diminuire le interazioni malattia-malattia, scegliendo la migliore terapia in grado di ottimizzare i benefici, minimizzare i rischi e aumentare, o non peggiorare, la qualità di vita.^{7,8}

Ulteriore obiettivo del progetto, perseguibile secondariamente all'attività di deprescrizione, è rappresentato dalla riduzione dei costi per farmaci prescritti o assunti in modo inappropriato.

La spesa farmaceutica lorda nell'ambito territoriale per i pazienti della Val Pellice di età uguale o superiore ai 65 anni è risultata complessivamente di circa 2.550.000 euro nel

corso dell'anno 2018 corrispondenti a circa 247.000 confezioni di farmaco prescritte. Circa il 30% dell'ammontare di tali prescrizioni è avvenuto in regime di cronicità e politerapia, per una spesa di circa 760.000 euro. Le principali voci di spesa sono ricollegabili alle seguenti categorie di farmaci maggiormente prescritti: antipertensivi (117.000 euro), protettori gastrici (40.000 euro), farmaci per il trattamento delle dislipidemie (38.000 euro), farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (60.000 euro) e antidepressivi (23.000 euro). Per le singole classi elencate sono state quindi applicate le percentuali soglia di possibile riduzione della spesa ricavabili dalla letteratura, comprese tra il 5% e il 15% e principalmente dovute ad inappropriatezza prescrittiva, sovraprescrizione e mancato utilizzo di farmaci equivalenti.

Il potenziale volume di deprescrizione annuo per le singole classi elencate così calcolato risulta rispettivamente pari a 12.000 euro per l'area cardiologica, 8.000 euro per la classe dei protettori gastrici, 2.000 euro per il trattamento delle dislipidemie, 5.000 euro per i farmaci destinati ai disturbi ostruttivi delle vie respiratorie e 3.500 euro per antidepressivi psicoanalitici.

La potenziale riduzione complessiva della spesa grazie all'attività di rimodulazione della terapia è stata stimata pari a circa 30.000 euro annui, corrispondenti a circa il 10% del totale delle prescrizioni per le suddette categorie di farmaci.



LIMITI E CONCLUSIONI

L'Italia, come tutti i Paesi europei aderenti all'Organizzazione mondiale della sanità, si trova impegnata ad affrontare le principali sfide sanitarie in un contesto di cambiamento demografico ed epidemiologico.

Il progetto pilota descritto di deprescrizione e riconciliazione terapeutica, primo in Italia, si inserisce in tale contesto attraverso un'attività di medicina d'iniziativa che si esplica nell'ambito delle cure primarie. Tutto ciò avviene in linea con le indicazioni sull'aderenza e sulla deprescrizione derivanti dal Piano Nazionale della Cronicità e sulla riconciliazione terapeutica contenute nella Raccomandazione 17/2015 del Ministero della Salute. In aggiunta, l'attività tiene conto, oltre che dei mutati bisogni sociosanitari, dell'evoluzione delle cure primarie stesse, sempre più orientate alla medicina personalizzata. Il progetto garantirà maggiore sicurezza nella gestione delle terapie assunte dai pazienti inclusi nel progetto e perseguirà inoltre una razionalizzazione della spesa con possibile reinvestimento di risorse.

Per la stima della potenziale riduzione di spesa grazie all'attività di deprescrizione sono stati utilizzati i dati correnti relativi alla spesa farmaceutica in ASLTO3, tuttavia l'analisi effettuata rappresenta una stima d'impatto nella riduzione dei costi per farmaci inappropriati su un potenziale bacino d'utenza individuato secondo i criteri di accesso all'ambulatorio.



BIBLIOGRAFIA:

1. Tragni, E., Sala, F., & Casula, M. (2014). Il paziente anziano complesso: dati epidemiologici e di consumo dei farmaci. Elders with multiple chronic conditions: epidemiology and drug use. *Giornale Italiano di Farmacoecologia e Farmacoutilizzazione*, 6(3), 5-16.
2. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), E1-E25.
3. Salisbury, C. (2012). Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *The Lancet*, 380(9836), 7-9.
4. Duerden, M., Avery, T., & Payne, R. (2013). Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound. London: The King's Fund.
5. Onder, G., Bonassi, S., Abbatecola, A. M., Folino-Gallo, P., Lapi, F., Marchionni, N., ... & Trifirò, G. (2013). High prevalence of poor quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA). *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 69(4), 430-437.
6. Davies, E. C., Green, C. F., Taylor, S., Williamson, P. R., Mottram, D. R., & Pirmohamed, M. (2009). Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. *PLoS one*, 4(2), e4439.
7. Guthrie, B., Payne, K., Alderson, P., McMurdo, M. E., & Mercer, S. W. (2012). Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *Bmj*, 345, e6341.
8. Hughes, L. D., McMurdo, M. E., & Guthrie, B. (2012). Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age and ageing*, 42(1), 62-69.



LA SANITÀ RELIGIOSA

INTRODUZIONE *di Gian Paolo Zanetta*

Il titolo scelto per il convegno “La Salute, un diritto esigibile?” a 40 anni dall’entrata in vigore del sistema sanitario nazionale può suonare un po’ provocatorio. In realtà la situazione storico-sociale pone ben più di un interrogativo e, quantomeno, ci deve far riflettere sul prossimo futuro. Per questo la Piccola casa della Divina Provvidenza ha sentito l’urgenza di una riflessione che potesse coinvolgere tutti gli attori della sanità pubblica non solo per celebrare i risultati che ci sono e sono anche significativi ma, soprattutto per ragionare in prospettiva. La preoccupazione è che faremo sempre più fatica a sostenere sistemi che garantiscano assistenza e cura a chi non ha risorse per farlo da sé e sistemi universalistici nei quali l’interesse pubblico all’aiuto sia difeso come valore irrinunciabile. Tre sono i principali fattori che congiurano allo scenario futuro: lo sviluppo demografico, lo sviluppo tecnologico e scientifico e le risorse. La domanda, tuttavia, presuppone tre condizioni ineludibili: la centralità della persona, la crescita sociale e la speranza. I nostri riferimenti sono nella Costituzione Italiana dove, all’articolo 32 si parla della Salute come diritto fondamentale, all’articolo 2 il dovere inderogabile di solidarietà sociale e all’articolo 3 la pari dignità sociale. L’Italia e, ancor più l’Europa, devono puntare ad una più ampia coesione sociale, per evitare che aumenti inesorabilmente la base di coloro che non si potranno o non vorranno curarsi per problemi economici. Infine un riferimento al coraggio della responsabilità così come intesa dal filosofo-bioeticista tedesco Hans Jonas che parla della “Responsabilità come cura” che esprime la forma di responsabilità più integrale, ma anche la più originaria, in quanto assume a modello la cura dei genitori verso i figli piccoli, sollecitata dal sentimento profondo di dedizione e di amore, ma anche dalla preoccupazione per la loro esistenza ancora del tutto vulnerabile. In riferimento a questo modello, la nuova responsabilità presenta

il carattere della totalità, in quanto si fa carico di ogni aspetto dell’esistenza dell’“altro”; il carattere della continuità, perché non può concedersi “vacanze”; il carattere della non reciprocità, perché non è legata ad una promessa di restituzione; è rivolta al futuro, perché la sua funzione è di rendere possibile una crescita libera e autonoma.

“NON AMMISSIBILI IN ALCUN VENERANDO SPEDALE”

di Padre Carmine Arice – Superiore generale della Piccola Casa della Divina Provvidenza di Torino

Salute del corpo e salute dello spirito, cura dello spirito attraverso la cura del corpo: è questo un binomio inscindibile e l’attenzione ad entrambe le dimensioni, con la stessa passione e lo stesso impegno, ci rende ministri di consolazione e portatori di speranza¹.

Lo aveva capito bene san Giuseppe Cottolengo che 191 anni fa, “spinto da Superna Dignazione” fondò la Piccola Casa della Divina Provvidenza a “ricovero di taluni di quei miserabili, che altrimenti perirebbero abbandonati, come di condizione morbosa non ammissibili in alcun venerando spedale... per gli Infermi... per persone povere ed abbandonate per incamminarle nella via di lavoro e di salute... e dare inizio ad una “stanza d’educazione santa di vari generi di persone povere”. Sono parole scritte dal Cottolengo stesso al Re Carlo Alberto per il riconoscimento giuridico della Piccola Casa nel lontano 1833 e che per noi, oggi, sono orientamento per l’agire quotidiano.

Già ai tempi del Cottolengo la salute non era un diritto esigibile per tutti. La storia della Piccola Casa vede proprio agli inizi un caso di malasantità a cui il Cottolengo dovette assistere impotente: la morte di una donna gravida e infetta non ammessa negli ospedali cittadini del tempo. Muore sotto gli occhi del marito e dei figli e del canonico Cottolengo che assiste impotente alla scena. Comprendiamo dunque perché il Santo torinese abbia voluto una Casa per “quanti non sono ammissibili in alcun venerando ospedale”.

IL COTTOLENGO OGGI

Lasciando agli altri relatori, che ringrazio di cuore per aver accettato l'invito ad essere oggi con noi, un'analisi approfondita del quadro normativo e della risposta alla domanda di salute del nostro Paese alla luce della riforma sanitaria, vorrei ricordare che i milioni di nostri concittadini che l'anno trascorso hanno rinunciato a cure sanitarie necessarie per il loro stato di indigenza, sono volti e sono storie concrete che non di rado bussano anche alla porta delle nostre istituzioni. Sono storie che ci provocano. La frequenza con cui sentiamo statistiche e leggiamo report di esperti sondaggisti, se da un lato è occasione di adeguata conoscenza, dall'altra rischia di portarci ad una certa abitudine soprattutto se ad essere coinvolti non siamo noi stessi o qualche persona a noi cara. Ringraziando il Signore, la vita quotidiana di quest'Opera ci fa tenere i piedi per terra perché sovente ci vede impotenti di fronte alla crescente domanda di cura da parte di persone indigenti.

Non si può negare che il sistema sanitario del nostro Paese, a partire dai suoi principi ispiratori, sia tra i migliori al mondo e i risultati positivi sono riscontrabili. Ma non possiamo nemmeno nasconderci la fatica che quotidianamente fanno molti cittadini quando vedono negato il loro diritto alla salute come diritto alla cura.

Nel tempo a mia disposizione vorrei fare alcune considerazioni a partire dall'esperienza della Piccola Casa che, fin dalla sua fondazione, ha accolto sia malati acuti che cronici, persone con disabilità fisiche, cognitive congenite o con disturbo del neurosviluppo, molte delle quali hanno trovato nella famiglia cottolenghina la loro casa per tutta la vita. Verso di loro la Piccola Casa ha sempre sentito la responsabilità di agire con senso giustizia prima ancora che di carità. Papa Francesco invita ripetutamente a mantenere vivo il carisma fondazionale indicandone anche la modalità. Cito: ***“Voi sapete che un carisma non è un pezzo da museo, che resta intatto in una vetrina, per essere contemplato e nulla più. La fedeltà, il mantenere puro il carisma, non significa in alcun modo chiuderlo in una bottiglia sigillata, come se fosse acqua distillata, affinché non sia contaminato dall'esterno. No, il carisma non si conserva tenendolo da parte; bisogna aprirlo e lasciare che esca, affinché entri in contatto con la realtà, con***

le persone, con le loro inquietudini e i loro problemi. E così, in questo incontro fecondo con la realtà, il carisma cresce, si rinnova e anche la realtà si trasforma, si trasfigura attraverso la forza spirituale che tale carisma porta con sé. Bisogna stare con l'orecchio nel cuore di Dio e la mano nel polso del tempo”.

Se stiamo con l'orecchio nel cuore di Dio sentiamo ripetutamente l'appello della carità di Cristo che ci spinge e ci sprona a rendergli gloria servendo i poveri; se tocchiamo il polso del tempo siamo provocati alla concretezza della carità verso i fratelli sfidando le difficoltà interne ed esterne che ogni giorno dobbiamo affrontare con coraggio e fiducia nella Provvidenza. Tra le sfide che quotidianamente dobbiamo affrontare vorrei ricordarne tre.

LE TRE SFIDE: CULTURALE, ECONOMICA, INNOVATIVA

La prima sfida che dobbiamo affrontare, prima ancora della sostenibilità economica, è quella culturale. In un documento dei vescovi italiani si denuncia l'avanzare della cosiddetta medicina dei desideri. Se fino a qualche tempo fa le spese sanitarie erano utilizzate soprattutto per curare “i bisogni dei malati”, oggi si spende molto anche per rispondere a desideri indotti da una cultura efficientista e dell'immagine². Tale operazione è frutto di una visione antropologica funzionalista, denunciata a chiare lettere dal papa già in una delle sue prime udienze quando disse: ***“La cultura dello scarto tende a diventare una mentalità comune, che contagia tutti. La vita umana, la persona, non sono più sentite come valore primario da rispettare e tutelare, specie se è povera o disabile, se non serve ancora – come il nascituro –, o non serve più – come l'anziano. Vorrei che prendessimo l'impegno contro la cultura dello spreco, per una cultura della solidarietà e dell'incontro”*** (Udienza generale del 5 giugno 2013).

Quali conseguenze, o perlomeno pericoli, per istituzioni come le nostre in un tempo nel quale le risorse economiche sono sempre più limitate, se taluni, come il bioeticista Engelhardt scrive: ***“I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non-persone umane”***³.

È difficile apprezzare un'opera sociale come la nostra che per scelta accoglie persone plurimorbide e che è disposta a condividerne il viaggio della vita anche senza alcun riconoscimento di tipo economico, se la loro esistenza è considerata inutile o peggio ancora eccessivamente onerosa. Eppure sono proprio loro ad essere definite dal Cottolengo le perle della Piccola Casa che ci onoriamo di servire. Molti di loro sono indigenti e solo la carità di Dio - che in questa casa assume il nome di Provvidenza - e la generosità di numerosi benefattori assicura loro possibilità e dignità di vita.

La seconda sfida è quella economica. L'avanzare galoppante di logiche individualistiche e di mercato, che mirano soprattutto alla ricerca di un presunto bene individuale su quello comune, concorre in modo importante all'attuale crisi economica che sembra insuperabile⁴.

Conseguenze di tale crisi è anche l'aumento della povertà sanitaria. Ed è proprio per tenere la mano nel polso del tempo, che la Piccola Casa cerca di rispondere, pur con i suoi limiti e nella misura del possibile, offrendo cure sanitarie e assistenza con contributi economici da parte degli utenti proporzionate alle loro possibilità e non di rado anche gratuite. Ne è un esempio l'ambulatorio “Granetti”, nome del medico che ha aiutato il Cottolengo ai tempi della fondazione, aperto presso il nostro ospedale per rispondere gratuitamente a prestazioni sanitarie fondamentali. A questo ambulatorio vi accedono, assieme a immigrati, anche molti italiani.

La terza sfida la raccolgo dalle parole di Papa Francesco, il quale ci invita sovente a non rimpiangere nostalgicamente un passato che non c'è più, ma ad accogliere un presente che ci provoca con una fedeltà creativa che coniughi

nel tempo carisma di fondazione e mission.

È stato giustamente affermato che la forza carismatica di un istituto si manifesta specialmente nella sua capacità di essere sempre nuovo, originale, necessario, urgente, profetico ed evangelicamente rivoluzionario. La profezia che ha le sue radici nella memoria, ma guarda avanti con coraggio.

In questa linea si pone la nostra rinnovata scelta preferenziale per i poveri, e che oggi ci chiede di riflettere sulle nostre presenze e in un discernimento condiviso, se fosse necessario, di riconvertire attività che già trovano risposte in alcuni venerandi ospedali. La sfida è grande, ma una istituzione di ispirazione cristiana come la nostra non può la può trascurare, pena la sua insignificanza. In questo senso abbiamo dato piena disponibilità a quanti sono responsabili della gestione sanitaria della nostra Regione ad aprire servizi nuovi per rispondere a nuove emergenze quali la salute mentale o gli anziani nella fase terminale della loro vita essendo queste categorie di persone dove gli indigenti sono numerosi.

Nel giugno del 2015, papa Francesco visitandoci ha denunciato la cultura dello scarto che considera gli anziani e le persone con disabilità, come esistenze non più degne di essere vissute, e ha concluso: “Questo è peccato, è un peccato sociale grave. Con che tenerezza invece il Cottolengo ha amato queste persone! Qui possiamo imparare un altro sguardo sulla vita e sulla persona umana!”. È questo sguardo, prima forma di cura, che con l'aiuto di Dio e di quanti sostengono la nostra missione vorremmo continuare ad avere.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

1 “Le Istituzioni sanitarie cattoliche costituiscono una specifica modalità con cui la comunità ecclesiale mette in pratica il mandato di curare gli infermi”. Consulta Nazionale CEI per la pastorale della sanità, La Pastorale della salute nella Chiesa italiana, 1989, n.54.

2 Cfr Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute, Predicate il Vangeli e curate i malati, 2006, nn.10-13.

3 Engelhardt jr. The foundation of bioethics, p.107.

4 Cfr. Stefano Zamagni, Convegno Nazionale AIPaS, Testimoni della fede nella pastorale della salute, Assisi 18 ottobre 2012, citando una statistica della Banca d'Italia del luglio 2012.



ASPETTI POSITIVI DELLA RIFORMA SANITARIA

di Mons. Stefano Russo, Segretario Generale CEI

Sui quotidiani non mancano analisi e statistiche relative al sistema. Più avare sono, invece, le risposte per far fronte alle fatiche del sistema e alla crescente povertà sanitaria, che segna in modo importante il nostro Paese e rende difficoltoso a molti cittadini l'accesso alle cure. Con ragione papa Francesco, denuncia il pericolo di un "eccesso diagnostico" perché non sempre le abbondanti analisi sono accompagnate da proposte concrete e risolutive (cfr. EG 50). Questo dice certamente la complessità del problema, ma anche la fatica di osare strade nuove ed efficaci. Prima di far presente alcuni aspetti problematici, mi preme però sottolineare alcuni elementi positivi del nostro sistema sanitario e che la sua riforma, 40 anni fa, ha potenziato portando il nostro Paese ad essere considerato degno di nota anche a livello internazionale per la qualità di cura offerta. L'applicazione del principio costituzionale per il quale esiste il diritto alla salute e alla cura per tutti (art. 32), fa eco al dettame della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 per la quale *"l'unico e sufficiente titolo necessario per il riconoscimento della dignità dell'individuo è la sua partecipazione alla comune umanità"*. La Dichiarazione non suggerisce altra indicazione che l'essere individui umani, per vedere riconosciuta la propria dignità. Ritengo utile ribadire l'importanza di questo principio, poiché, in un tempo come il nostro, attraversato da una seria crisi antropologica che nega il primato dell'uomo (cfr. Evangelii Gaudium, 51) si rischia di non cogliere la ricchezza di ciascuno, anche quando fosse estremamente fragile e compromessa. Papa Francesco, nel messaggio per la Giornata Mondiale del Malato del 2015, scrive: *"Quale grande menzogna si nasconde dietro certe espressioni che insistono tanto sulla 'qualità della vita', per indurre a credere che le vite gravemente affette da malattia non sarebbero degne di essere vissute!"*.

Sul riconoscimento incondizionato della dignità dell'individuo si fonda anche tutta l'attività del Cottolengo che da più di 190 anni privilegia la cura delle persone con gravi difficoltà psicofisiche. Incoraggio la famiglia cottolenghina a continuare su questa strada

così da essere un segno eloquente della carità di Cristo per i più poveri.

Con l'affermazione del valore universalistico la riforma sanitaria si è ispirata anche al principio di uguaglianza di trattamento. Nel tempo ulteriori modifiche ne hanno segnato il percorso attuativo con l'intento di adeguarla alle necessità gestionali, organizzative e di allocazione delle risorse disponibili, fino a giungere all'attuale sistema. Degno di nota è la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 che ha portato ad una gestione della sanità che, al di là delle intenzioni, ha di fatto disegnato un'Italia "a macchia di leopardo", dove investimento delle risorse e offerta delle cure trovano significative differenze, sovente a scapito delle fasce più deboli. E su questo è urgente fare una seria riflessione.

Non possiamo comunque, negare alcuni risultati positivi del cammino di questi anni; ne sottolineo in particolare quattro:

aver posto l'attenzione oltre che sulla cura anche alla prevenzione e alla riabilitazione;

l'aver migliorato sensibilmente l'aspettativa di vita, diventando tra i Paesi con gli abitanti più longevi al mondo;

l'aver contribuito in modo significativo alla ricerca e ai progressi scientifici, offrendo luoghi di eccellenza per la cura di numerose patologie;

l'aver definito i livelli essenziali di assistenza con un monitoraggio continuo dell'evolversi.

ASPETTI PROBLEMATICI DEL CONTESTO SOCIALE E DEL SISTEMA

Accanto a questo dobbiamo considerare, non senza preoccupazione, le molte questioni aperte e alcune criticità, rese particolarmente gravi dalla crisi economica.

L'accesso alle cure sanitarie sta diventando un privilegio per pochi, le liste di attesa sono più lunghe per la diminuzione di professionisti, i ticket di compartecipazione in aumento. Se la spesa privata in materia di sanità arriva a lambire i quaranta miliardi di euro per potersi curare, si è di fronte a un dilemma: o ti impoverisci o rinunci alle cure. Questo tema ha toccato lo scorso anno oltre un milione e trecento mila nuclei familiari!

L'insicurezza economica e l'indigenza, raccontano gli esperti, sono concause per l'aumento e l'aggravarsi di alcune patologie; la povertà sociale fa aumentare la povertà di salute, e poiché per la situazione economica l'accesso alle cure per molti è problematica, si crea un circolo vizioso difficile da interrompere. Se uniamo a questo fenomeno l'aumento delle malattie croniche e l'investimento economico necessario per curarle, la situazione si complica ulteriormente.

Qualcuno potrebbe obiettare: se le risorse scarseggiano anche la buona volontà di fare di più è messa in discussione. Questo è vero solo parzialmente. Infatti, sono fin troppo noti sia la corruzione che in Italia è stimata annualmente in 6 miliardi (il 41 % di chi si è rivolto a liberi professionisti dichiara di aver saldato in nero l'onorario) sia gli sprechi che portano un danno pari a 8 miliardi di euro l'anno. Anche di fronte agli amministratori più ravveduti, nessun sistema di assistenza sanitaria - universalistico, a copertura mista o assicurativo che sia - è in grado di reggere. Risuonano le parole di Papa Francesco espresse nel XXV anniversario della Giornata Mondiale del Malato: *"Se c'è un settore in cui la cultura dello scarto fa vedere con evidenza le sue dolorose conseguenze è proprio quello sanitario. Quando la persona malata non viene messa al centro e considerata nella sua dignità, si ingenerano atteggiamenti che possono portare addirittura a speculare sulle disgrazie altrui. E questo è molto grave! Tutto questo fa dire che non solo la Chiesa ma l'intera nostra società sono un ospedale da campo, segnato da una crisi antropologica e che pone il profitto come prospettiva predominante. Sì, la vera crisi, madre di tante altre che stanno subendo soprattutto i più indigenti, è una crisi dell'umano che risponde con fatica alla domanda primigenia: "Dov'è tuo fratello?"*. In questo contesto socio-culturale preoccupa pensare una popolazione anziana che conosce su 12,5 milioni di ultrasessantacinquenni oltre 3 milioni di non autosufficienti dei quali 1,2 milioni di anziani sono affetti da patologie neurodegenerative. Prima di considerare se sia giusto o meno dare la morte a chi la chiede, dovremmo creare le condizioni utili affinché nessuno la domandi per disperazione, solitudine e mancanza di aiuto. *"Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la compassione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana"*, ricordava Benedetto XVI (Spe Salvi, 38)³.

ALCUNI SUGGERIMENTI

Nessuno ha la bacchetta magica per risolvere questioni così grandi, ma non possiamo arrenderci nel cercare di offrire insieme al nostro Paese un di più di umanità. Mi limito ad alcune considerazioni conclusive.

Innanzitutto, va ribadito che: senza etica non c'è sistema che tenga; senza società, senza un gruppo, nel quale l'uomo può definirsi e riconoscersi, non c'è nemmeno salute. Quando i fondatori di grandi opere di carità e di cura (come il Cottolengo) hanno risposto alla domanda di salute delle fasce più indigenti della società del loro tempo, partivano da una consapevolezza: la sorte e la vita del fratello che mi sta davanti mi appartiene. I grandi uomini della cura avevano coscienza che se volevano essere fedeli all'origine della loro esperienza, quella nata dall'incontro con la Persona di Cristo dovevano essere fedeli anche alla storia e incarnare in opere visibili ed eloquenti il loro pensiero sull'uomo e il senso che li facevano vivere. Se l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico ci dice che il 20/30% del danaro messo a disposizione per la sanità è sprecato, questo significa che il sistema non funziona soltanto per motivi organizzativi, ma anzitutto perché manca di coscienza. Promuovere un welfare generativo partecipato potrà davvero aiutarci ad iniziare quel lungo percorso che ci aspetta per superare questo momento di crisi.

Accanto a questa attenzione è necessaria una prossimità reale che, mentre lavora per la giustizia e la legalità non aspetta, si rimbocca le maniche e opera perché quell'uomo che incontra sulla strada riceva segni di salute e di salvezza.

A questo proposito non posso fare a meno di ricordare l'importante apporto offerto alla società dalle istituzioni sanitarie di matrice ecclesiale, sorte per rispondere, anche con carattere di supplenza, a bisogni urgenti e che nel tempo hanno donato luoghi di cura davvero di eccellenza e che contribuiscono a un risparmio della spesa statale annuo nel settore sanitario che si aggira attorno a un miliardo e duecento milioni di euro.

Se ai carismi ospedalieri oggi serve la capacità di rileggere la loro offerta a partire dai reali bisogni del cittadino, soprattutto più poveri, ai responsabili della cosa pubblica è richiesta un'applicazione del principio di sussidiarietà che riconosca il servizio di matrice ecclesiale

parte della rete nazionale e regionale, con tutti i diritti e i doveri che ne conseguono. E infine, se è vero che non si può dare tutto a tutti, è anche vero che non si possono ignorare gli indigenti. Per questo, qualsiasi sia la soluzione che insieme potremo trovare, questa dovrà tenere conto che il diritto alla salute è anzitutto diritto alla cura per quanti hanno una situazione reddituale oggettivamente carente.

TRASPARENZA E VIGILANZA

di Mariella Enoc, Presidente Ospedale Bambin Gesù di Roma

Controllo e trasparenza sono criteri essenziali e direi imprescindibili per una corretta conduzione delle vostre Opere. Entrambi aiutano a salvaguardare un patrimonio che ha una composizione ricca e variegata: la specificità del Carisma, le persone e poi c'è - quello che io chiamo - il patrimonio sociale; c'è l'Opera che concretizza nella realtà la nostra azione, nel rispetto delle leggi e dei regolamenti (quelli canonici e quelli dello Stato in cui si svolge l'iniziativa).

Controllo e trasparenza sono essenziali perché le vostre Opere raggiungano gli obiettivi che si pongono. Ne rappresentano uno snodo cruciale e strategico. Le Opere che voi avete tra le mani sono nate da un carisma, a volte possono essere datate. I due criteri sono fondamentali per attualizzarle, in modo da rendere visibile il carisma oggi. Le migliori pratiche fanno riferimento al controllo come ad un'entità diretta a valutare l'adeguatezza e le effettive implementazioni del disegno organizzativo, dei processi interni e a valutare le azioni correttive. Molte volte il tema del controllo è individuato nelle Opere della Chiesa come un continuo verificare tutto quello che sta succedendo, anche nelle cose più piccole e inutili. Il controllo ha un altro scopo, serve per governare i processi e deve essere esercitato in un'altra maniera. Deve essere un controllo intelligente dotato di regole aziendali da perseguire. Il controllo è una modalità di operazione ordinaria, non deve essere attuato solo nei momenti di crisi, magari chiamando una famosa società di certificazione a cui si affida cecamente e ingenuamente la risoluzione di tutti i nostri problemi. Il controllo è un esercizio da eseguire nella quotidianità, facendosi aiutare, se esso non è un processo consueto. Bisogna che lo mettiate in atto

oggi o domani, anche se l'Opera va bene anzi meglio se l'Opera va bene. Bisogna abituarsi a questo processo, bisogna abituare i religiosi e le religiose, che comunque rappresenteranno sempre l'Opera; anche se potranno affidare l'azione manageriale a laici esperti. Ma diciamo che l'Assemblea degli azionisti (per usare una parola aziendale) sarà sempre dei religiosi; loro dovranno scegliere per fornire le indicazioni coerenti con il loro carisma. Il controllo va avviato immediatamente, in maniera scientifica e trasparente, in modo che, ogni giorno, tutti i nostri collaboratori siano informati. Non si arriva di notte in segreto ad aprire il cassetto (come è capitato) per vedere cosa c'è dentro, se qualcosa è stato nascosto. Bisogna agire alla luce del sole. Bisogna comunicare quello che sta succedendo nella vostra economia e ai vostri beni. Forse non c'è nessuno nella vostra comunità con un profilo professionale adeguato, allora è opportuno scegliere una persona dall'esterno con tali caratteristiche, ovviamente spetta poi a noi mantenere il governo dei processi avviati. Avere un controllo vuol dire avere una supervisione della gestione, delle singole voci o delle singole Opere o dei singoli reparti di un'Opera, per sapere dove le cose stanno portando benefici o dove invece si traducono in fallimenti. Sapere, poi, che un'Opera è in perdita, non vuol dire chiuderla. Però bisogna discernere se essa è una vera Opera di carità, se risponde all'espressione migliore del vostro carisma. Qualora la risposta fosse positiva, l'opera va conservata, ma ci deve essere un altro settore che renda possibile il mantenimento dell'azione per i poveri. Una sana gestione dei beni della Congregazione richiede la valorizzazione della redditività dei beni posseduti; oppure la capacità di organizzare attività di fundraising per sostenere l'Opera. Non si può rischiare che un'impresa distrugga tutto il patrimonio di una Congregazione. Questa è una norma di grande prudenza e di grande attenzione. Una Congregazione non può mancare a quella che è la sua vocazione vera, il suo carisma; non può smettere di dedicarsi ai poveri, o ai bambini, o all'educazione o a quello per cui è nata, ma deve essere molto attenta nella capacità di sostenere l'Opera e di vedere quali sono i cambiamenti nel tempo. Questa è una forte trasformazione culturale. Le alternative al controllo per una sana gestione, poi, sono pericolose: vendere l'opera quando non sta più in piedi; trovare

continuamente piccoli escamotage per andare avanti. Fino a quando? Finché la crisi non porta alla richiesta di concordato preventivo in continuità o similari? Queste forme le reputo eticamente inammissibili per una congregazione religiosa, perché questo significa far pagare la nostra responsabilità alle persone, ai lavoratori, ai nostri fornitori. Anche loro sono delle comunità di persone. Quante volte io ho visto fornitori andare in crisi e fallire, perché le Congregazioni religiose hanno fatto queste scelte o hanno dovuto fare queste scelte. Sento una grande responsabilità non soltanto verso le persone che assistiamo, che curiamo, delle quali ci facciamo carico, ma verso tutta la comunità che ne fa parte, ad esempio i lavoratori, chi lavora per noi e con noi. Oggi mandare a casa venti, trenta, cinquanta persone, vuol dire creare un disastro sociale molto più grande di quello, forse, di ricoverare meno persone. Questo è un tema da tenere in considerazione. Molte volte mi rendo conto che si dice: "Noi dobbiamo occuparci prima dei malati, poi dei lavoratori. Loro ricevono uno stipendio e non sono parte di noi". Per essere una comunità vera, noi dobbiamo rispettare anche i nostri collaboratori esterni, perché ci forniscono dei beni, ci danno dei servizi ed entrano in connessione con noi. Il disinteresse diventa il vero scandalo che noi diamo all'esterno: non il fatto che un'Opera vada male, ma che noi concorriamo a creare dei problemi sociali. Questa è veramente una questione su cui riflettere. Ecco perché è così importante sapere cosa fare, e controllare come va la nostra economia: non per diventare taccagni, avari, o per dire dobbiamo tenere il bene, ma per gestirlo al meglio. È la parabola dei talenti: i talenti ci sono stati dati, perché noi li mettessimo a disposizione, ma se quei talenti li sprechiamo tutti, non ne avremo più da mettere a disposizione.

Trasparenza e controllo vanno di pari passo. Essere trasparente ovviamente non significa non dire le bugie. Essere trasparente vuol dire mettere in atto un percorso di comunicazione, non soltanto dall'alto al basso, ma soprattutto dal basso verso l'alto. Questa è la comunicazione che molte volte manca. Noi dobbiamo responsabilizzare tutti i nostri collaboratori - religiosi, religiosi, laici consacrati, laici, semplici lavoratori - tutti devono prendere parte alla vita della nostra Opera, un rischio che ho notato tante volte e che vedo a volte anche

nell'ospedale di cui adesso sono (lo dico sotto voce) "il presidente", è proprio quello di non avere una comunicazione trasparente; così si rischiano incomprensioni tra i diversi lavoratori, tra le diverse funzioni, per cui si comunica da un ufficio all'altro mandandosi delle mail, a cui si risponde con delle mail arrabbiatissime. Si innescano dei processi molto difficili da gestire in una comunità di persone. Le vostre Opere sono sostanzialmente basate sul lavoro delle persone. Per quanta tecnologia possiamo utilizzare nel campo della sanità e dell'assistenza, la nostra vera ricchezza non sono le macchine, ma le risorse umane. La trasparenza ci chiede di abituarci a un percorso che non sia caratterizzato da piccole furbizie (non diciamo questa cosa perché poi "se si viene a sapere ..."). Proviamo invece a metterci veramente "nudi" di fronte agli altri senza avere paura di condividere le difficoltà esistenti. Tempo fa sono arrivata in un ospedale di Como, che oggi non c'è più, un ospedale molto importante che aveva una quantità davvero impressionante di problemi economici e c'erano mille dipendenti. Il mio primo problema è stato quello di salvare i dipendenti. Ma il primo impegno da affrontare è imparare a comunicare con loro che non si fidavano più. Ero vista come una persona che faceva tante promesse, forse diceva belle parole, forse aveva una maniera piacevole di esprimersi, ma non era credibile. Naturalmente la diffidenza nasce soprattutto in aziende che vivono una crisi molto forte. La trasparenza deve essere un processo che non lascia nulla di eluso, ma tutto viene man mano comunicato ai vari livelli, alle varie responsabilità e man mano si cresce.

Però il processo e a due direzioni dall'alto verso il basso e dal basso verso l'alto.

Da quasi due anni mi trovo all'ospedale "Bambin Gesù", una realtà che mi sembra abbastanza complessa. Dopo ogni consiglio di amministrazione io racconto le cose che il consiglio ha deciso e lo faccio tramite intranet perché ci sono quasi tremila dipendenti e non li posso incontrare tutti di persona; ma tutti, dal primo all'ultimo, da chi è capo di dipartimento a chi pulisce, devono sapere quali sono le strategie future a cui l'ospedale va incontro. Devo inoltre essere responsabile, devo mantenerli informati, devo dare le cifre. Ho conosciuto un ospedale in cui i dipendenti erano abituati a sentirsi dire che tutto andava male, perché si pensava che in

quel modo i dipendenti lavorassero di più. Invece, al contrario, dico sempre la verità sia quando le cose vanno male che quando vanno bene, perché non ci sia solo il terrore, ma anche la soddisfazione di sapere che si contribuisce all'Opera in modo positivo. Questa trasparenza non s'incontra facilmente nelle nostre Opere perché c'è un po' l'abitudine che il governo dell'Opera mantenga il segreto su alcuni temi, alcune strategie, alcuni problemi. E tutti gli altri hanno delle informazioni, se va bene, molto mediate. Però se si arriva al momento della crisi si comincia a dialogare con i lavoratori attraverso i sindacati, ma senza avere responsabilizzato prima le persone tramite la conoscenza di quello che sta succedendo. È forse utile anche accogliere qualche volta i consigli degli altri. Io sto incontrando tutti i primari dell'ospedale, le caposala e a tutti chiedo: *"Mi dice per favore che cosa non va bene in questo ospedale? In che cosa questo ospedale può migliorare?"*. Perché non abbiamo bisogno di complimenti o di gratificazione, siamo lì apposta per risolvere i problemi e più questi problemi sono trattati con trasparenza, più abbiamo il coraggio di farceli dire da tutti, più coinvolgeremo le persone nella risoluzione di tali problemi. Quindi la trasparenza non è soltanto dire: *"Questa è una casa di vetro in cui tutti possono leggere"*, ma leggere che cosa? Che cosa diamo noi? I numeri? Le strategie? I processi che abbiamo in mente? Attenti alle parole troppo facili: io ho sentito dire tante volte: *"Ma noi siamo una casa di vetro"*. Sì, per vederci dentro che cosa? Le piante verdi? Allora la trasparenza si raggiunge soltanto se si avvia un forte processo di comunicazione. Saper comunicare non è la cosa più facile del mondo; comunicare è informare, coinvolgere e ascoltare. Se questi tre momenti non vengono vissuti insieme noi diamo semplicemente qualche notizia e la nostra trasparenza non deve dimenticare che al centro non c'è un'Opera, ma le persone che costituiscono quell'Opera. Quindi, noi non possiamo essere gelosi del nostro ospedale se quell'ospedale non risponde più, oggi, alle esigenze del territorio e obblighiamo le persone ad una situazione di tensione e di precarietà, senza fare una lettura trasparente di quello che è invece necessario. È necessario comprendere la società di oggi, i bisogni di oggi, comprendere dove il nostro carisma può

incidere meglio e può dare un frutto maggiore. Invece noi molte volte cerchiamo di essere trasparenti, ma con gli occhi chiusi, perché non ci piace vedere la realtà che ci sta attorno; viviamo in uno stato di difesa del nostro orticello, pensiamo che la difesa sia la salvezza, quindi ci arrocciamo in atteggiamenti e in decisioni che non sono coerenti, che non sono trasparenti e cerchiamo di portare avanti così le nostre Opere. Però in questo modo manchiamo alla verità e alla trasparenza del carisma. Oggi ci dobbiamo interrogare verso quale direzione orientare la nostra Opera. Che cosa si deve fare? Molte volte manchiamo di trasparenza anche nei confronti degli enti erogatori e degli enti che ci controllano dal punto di vista delle leggi degli Stati in cui ci troviamo. Recentemente mi è stato chiesto di occuparmi del famoso ospedale dei bambini che il Papa ha visitato in Centro Africa; mi sono state messe a disposizione da più parti anche risorse importanti. Questo ospedale, però, è del governo Centrafricano e io non muovo neanche un mattone se prima il governo Centrafricano non mi concede le autorizzazioni necessarie. Perché anche l'Africa va rispettata e aiutata a crescere, sarebbe veramente scorretto se andassi in quell'ospedale perché me lo ha detto il Papa e operassi senza considerare le leggi locali. Qualche volta qualcuno mi ha detto, parlando ad esempio degli ospedali classificati, che con meno trasparenza e correttezza nei bilanci si potrebbe aggiustare la posizione di molte strutture. Noi non dobbiamo avere timore di fare entrare nei nostri organi di controllo una persona non appartenente alla Congregazione. Dobbiamo essere capaci di fare entrare più persone. Il 'Bambin Gesù' è addirittura un ospedale extraterritoriale, ma non trae vantaggi dalla extraterritorialità. La scelta e di rispettare anche le leggi italiane; noi siamo finanziati dal sistema sanitario nazionale e quindi per alcune materie il nostro riferimento è il sistema statale nazionale, mentre per altre ci sono le leggi dello Stato Vaticano. Per me la trasparenza rende visibile la visione che dobbiamo avere. Oggi c'è bisogno di avere una visione. Non dobbiamo continuare a vivere le preoccupazioni quotidiane come se stasera non potessimo cenare: tutte le Congregazioni alla fine cenano. Il problema è la visione: i vostri fondatori hanno avuto grandi visioni, hanno avuto visioni di rapporti coi poveri

veri, poveri di molte cose, non soltanto di beni materiali, poveri di salute, poveri di relazioni. Se oggi vogliamo davvero che le nostre Opere possano continuare a essere una grande testimonianza della carità della Chiesa, la visione deve essere una grande visione. C'è bisogno di visionari, forse c'è bisogno anche di sognatori, perché i sogni da concretizzare e le visioni da realizzare allentano la tensione verso i beni, verso il "celo faccio", ci permettono di andare oltre. Credo che questo ci aiuterebbe

anche a modificare un po' le nostre Opere, ad essere meno dipendenti da loro. Dobbiamo invece essere convinti che le possiamo trasformare perché quello che la Chiesa e il mondo chiedono oggi forse è diverso, e se noi sappiamo rimettere in gioco le nostre Opere con prudenza, con controllo, con trasparenza, probabilmente in futuro continueranno ad essere Opere di grande profezia.





RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA AMBULATORIALE A TRIESTE:

protocolli, attività ed esiti

di Sara Doimo MD¹, Patrizia Maras MD FESC¹, Aldo Mariotto MD², Lucia Pelusi MD², Adriano Marcolongo MD³, Gianfranco Sinagra MD FESC¹.

INTRODUZIONE

La Riabilitazione Cardiologica (RC), è un intervento multidisciplinare, che ha lo scopo di promuovere la salute dei pazienti affetti da cardiopatia ischemica mediante una personalizzazione della terapia cardioprotettiva, attività fisica, counseling nutrizionale e psicologico^{1,2,3,4,5,6,7}.

L'importanza di riferire questi pazienti a un percorso di RC dopo un infarto miocardico STEMI (ST-elevation myocardial infarction) o NSTEMI (non-ST-elevation myocardial infarction), CABG o PCI,

è sottolineato sia nelle linee guida europee che americane^{8,9} e specifiche misure di performance ne indicano i criteri di qualità¹⁰. Nonostante le solide evidenze in termini di benefici ed efficacia della RC, questo servizio è largamente sottoutilizzato^{11,12,13}.

Lo scopo dello studio è descrivere il modello di RC ambulatoriale del Dipartimento Cardiovascolare di Trieste, analizzando il profilo clinico della popolazione avviata a RC, l'aderenza alla terapia e gli outcome cardiovascolari.



¹Dipartimento Cardiovascolare e Scuola di Specializzazione in Malattie Apparato Cardiovascolare - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Università di Trieste., ²Direzione Sanitaria - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Università di Trieste, ³Direzione Generale - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Università di Trieste.

MATERIALI E METODI

Sono state analizzate le caratteristiche clinico- strumentali e di outcome di pazienti consecutivamente riferiti alla Struttura di Riabilitazione del Cardiopatico dal 1 gennaio 2009 al 31 dicembre 2015, dimessi dal nostro Dipartimento Cardiovascolare dopo una sindrome coronarica acuta (STEMI, NSTEMI), by-pass coronarico con o senza chirurgia valvolare (CABG/CABGV) e PCI elettiva. Tutti i pazienti sono stati sistematicamente inseriti nel Registro della Riabilitazione.

Durante la RC e il successivo follow-up di 1 anno dal termine della riabilitazione, è stata analizzata l'incidenza di nuove ospedalizzazioni per sindrome coronarica acuta, nuova rivascolarizzazione coronarica, scompenso cardiaco ed ictus cerebrale, mentre la mortalità totale e per cause cardiovascolari è stata valutata a lungo termine.

In accordo con le linee guida, i pazienti iniziano il programma di riabilitazione precocemente dopo la dimissione, in particolare entro due settimane per STEMI e CABG/CABGV e quattro settimane per NSTEMI e PCI.

Nella struttura riabilitativa cardiologica ambulatoriale sono stati formulati differenti protocolli di RC che hanno come punto di partenza la diagnosi di arruolamento nella RC, il profilo di rischio e le fragilità:

1 Pazienti arruolati per NSTEMI o PCI elettiva ricevono valutazioni clinico-strumentali fino al raggiungimento dei target di prevenzione secondaria mediante visite programmate in cui personalizzare ed ottimizzare la terapia, test funzionali al cicloergometro ed ecocardiogramma, quando presente disfunzione ventricolare sinistra.

I pazienti STEMI e CABG/CABGV oltre alle periodiche valutazioni clinico-strumentali effettuano anche un percorso di attività fisica in palestra sotto la supervisione del fisioterapista e dell'infermiere dedicato, sempre con stretto monitoraggio telemetrico.

L'attività fisica, strutturata in 3 livelli di intensità di esercizio (basso a 50 Watt, medio ed alto carico di 75 e 100 Watt

rispettivamente) consiste in una fase su cyclette di circa 4-5 settimane per 10 sedute di 45 minuti, due volte a settimana e di una seconda fase di esercizio fisico a corpo libero e con attrezzi psicomotori in palestra per altre 4-6 settimane, tre volte a settimana per un totale di 12 sedute da 45 minuti.

2 I pazienti considerati "fragili" per età (> 80 anni), comorbidità e severità della malattia coronarica, beneficiano di un programma strettamente personalizzato di controlli cardiologici e di attività fisica. Tali pazienti svolgeranno solo attività ginnica in palestra a bassa intensità di carico (50 Watt) due volte a settimana per un totale di 12 sedute. L'attività in palestra permette di eseguire esercizi che rispondono alle specifiche esigenze del malato.

Tutti i pazienti beneficiano di un counseling con il nutrizionista per strutturare un regime alimentare personalizzato e con lo psicologo.

Al termine della RC, mediante un sistema di segnalazione computerizzata, i pazienti vengono riferiti alla cardiologia del territorio, dove verranno sottoposti a visita cardiologica dopo circa 12 mesi.

RISULTATI

Dal primo gennaio 2009 al 31 dicembre 2015, 3088 pazienti sono stati riferiti presso la RC di Trieste. Il 53% della popolazione era costituita da pazienti dimessi dopo SCA (30% STEMI e 23% NSTEMI), coloro che erano stati rivascolarizzati mediante CABG/CABGV rappresentavano il 29% e i sottoposti a PCI elettiva il 19%.

Il 16 % ha eseguito anche una riabilitazione di tipo degenziale prima di essere riferito alla RC ambulatoriale.

L'età media dei pazienti, per il 72% di sesso maschile, era di 70 ± 11 anni, e maggiore di 75 anni nel 35% dei casi. I fattori di rischio erano ben rappresentati all'interno della popolazione in cui il 76% era iperteso, il 61% dislipidemico e il 19% diabetico, mentre il 27% era ancora un fumatore attivo.

Le caratteristiche principali dei pazienti all'arruolamento, sono descritte nella *tabella 1*.

TABELLA 1. dati al basale

Baseline	Popolazione totale (3088 pz)	STEMI ¹ 30%; (911)	NSTEMI ² 23%; (705)	PCI ³ 19%; (577)	CABG/CABGV ⁴ 29%; (895)
Età (anni) ± DS	70 ± 11	68 ± 12	71 ± 12	69 ± 10	71 ± 9
Età > 75 anni %; (n)	35%; (1069)	30%; (277)	43%; (300)	32%; (184)	12%; (108)
Femmine %; (n)	28%; (870)	30%; (275)	38%; (269)	25%; (144)	20%; (182)
Diabete %; (n)	19%; (602)	14%; (130)	20%; (144)	19%; (107)	28%; (251)
Ipertensione %; (n)	76%; (2347)	72%; (656)	76%; (539)	78%; (450)	78%; (702)
Dislipidemia %; n	61% (1896)	59% (534)	63% (442)	65% (377)	61% (542)
Fumo %; (n)	27%; (837)	34%; (311)	24%; (172)	24%; (136)	24%; (218)
IRC ⁵ %; (n)	16%; (491)	13%; (123)	19%; (131)	14%; (80)	17%; (157)
BPCO ⁶ %; (n)	10%; (316)	8%; (70)	11%; (75)	9%; (51)	13%; (120)

LEGENDA

¹ STEMI: ST-elevation myocardial infarction

² NSTEMI: non- ST-elevation myocardial infarction

³ PCI: angioplastica percutanea

⁴ CABG/CABGV: by-pass coronarico con o senza chirurgia valvolare

⁵ IRC: insufficienza renale cronica (Creatinina > 1,2 mg/dl)

⁶ BPCO: broncopatia cronica ostruttiva.

⁷ FE: frazione d'eiezione

Il percorso di RC ha avuto una durata media di 5 ± 4 mesi. Solamente il 4 % non ha concluso la RC. Al termine della RC, 96% dei trattati assumeva una terapia antiaggregante, 79% farmaci beta bloccanti, 73% ACE inibitori, 25% antagonisti per il recettore dell'angiotensina e l'87% statine. Il valore medio di colesterolo LDL era di 85 ± 30 mg/dl e l'emoglobina glicata nei pazienti diabetici di 7,2± 4 %. Mediante l'intervento sul fumo, il 56% dei fumatori ha raggiunto l'astinenza.

Durante la RC, nuovi ricoveri hanno interessato 353 pazienti, prevalentemente per una nuova procedura di rivascolarizzazione, nell'8% e nel 7% dei pazienti con NSTEMI e STEMI, rispettivamente. Il 4% dei pazienti con STEMI hanno avuto un ricovero per scompenso cardiaco, mentre una nuova SCA si è verificata nel 5% dei NSTEMI. Solo una piccola quota (0,2%) ha avuto un ricovero per ictus cerebrale e lo 0,4% apparteneva al gruppo dei CABG/CABGV [tabella 2].

A 12 mesi dal termine della riabilitazione, l'1% dei pazienti ha avuto un nuovo ricovero per scompenso cardiaco, SCA o rivascolarizzazione coronarica. Tra i 3088 pazienti, ad un follow- up medio di 4,4 ± 2 anni, la mortalità totale è stata dell'11%. Il 3% dei decessi è avvenuto per cause cardiovascolari, 0,7% dei quali si è verificato entro i primi 12 mesi [tabella 2]. La mortalità cardiovascolare ha interessato significativamente gli anziani (età ≥75 anni) (6% vs 2%, p< 0.01), le donne (4% vs 3%, p= 0.038), i diabetici (5% vs 3%, p= 0.004) e i pazienti con FE < 40% (8% vs 3%, p< 0.01) [tabella 3]. Nonostante non vi fosse differenza significativa in termini di mortalità tra i 4 gruppi di arruolamento, il gruppo NSTEMI è quello che ha dimostrato un outcome più sfavorevole (NSTEMI vs STEMI, 5% vs 3%, p= 0,051; NSTEMI vs PCI, 5% vs 3%, p=0,026; NSTEMI vs CABG/CABGV 5% vs 2%, p= 0,001) [figura 1].

TABELLA 2. eventi cardiovascolari

Eventi		Popolazione totale (3088 pz)	STEMI ¹ 30%; (911)	NSTEMI ² 23%; (705)	PCI ³ 19%; (577)	CABG/ CABGV ⁴ 29%; (895)	P
Durante Riabilitazione	Scompenso cardiaco %; (n)	3%; (86)	4%; (34)	2%; (16)	2%; (9)	3%; (27)	0,246
	Sindrome coronarica acuta %; (n)	3% (99)	2%; (22)	5%; (34)	4%; (25)	2%; (18)	0,040
	Nuova rivascolarizzazione %; (n)	5%; (160)	7%; (61)	5%; (34)	8%; (48)	2%; (18)	0,000
	Ictus %; (n)	0,2%; (8)	0,2%; (2)	0,2%; (2)	0%; (0)	0,4%; (4)	0,204
12 mesi dalla fine della riabilitazione	Scompenso Cardiaco %; (n)	1%; (16)	1%; (4)	1%; (4)	1%; (3)	1%; (5)	0,981
	Sindrome coronarica acuta %; (n)	1%; (34)	1%; (13)	1%; (8)	1%; (8)	1%; (5)	0,021
	Nuova rivascolarizzazione %; (n)	1%; (23)	1%; (9)	0,2%; (1)	2%; (9)	2%; (4)	0,011
	Ictus %; (n)	0,2%; (3)	0%;(0)	1%; (2)	0%; (0)	0,2%; (1)	0,286



TABELLA 3. *sottogruppo anziani (età > 75 anni), Donne, diabetici e pazienti con disfunzione ventricolare sinistra.*

Sottogruppi	Età > 75 anni (1069)	Età < 75 anni (2019)	P	Femmine (870)	Maschi (2218)	P	Diabetici (602)	Non Diabetici (2486)	P	FE 7 < 40% (267 pz)	FE 7 ≥ 40% (2520)	P
Età (anni) ± DS	81 ± 4	64 ± 9	0.000	74 ± 11	68 ± 11	0.000	71± 10	69± 12	0.005	73 ± 10	69 ± 11	0.000
STEMI ¹ %; (n)	26%; (277)	31% (634)	0.001	32% (275)	29%; (636)	0.108	22%; (130)	31% (781)	0.000	32%; (84)	31%; (788)	0.949
NSTEMI ² %; (n)	28%; (300)	20%; (405)	0.000	31%; (269)	20%; (436)	0.000	19%; (114)	24%; (591)	0.011	23%; (60)	23%; (590)	0.730
PCI ³ %; (n)	17%; (184)	20%; (393)	0.127	17%; (144)	20%; (433)	0.057	18%; (107)	19%; (470)	0.523	12%; (32)	16%; (405)	0.081
CABG/ CABGV ⁴ %; (n)	29%; (308)	29% (587)	0.879	21%; (182)	32% (713)	0.879	42%; (251)	26% (644)	0.000	34%; (91)	29%; (737)	0.100
FE ⁷ < 40% %; (n)	11%; (117)	7%; (150)	0.002	7%; (60)	9%; (207)	0.036	10%; (61)	8%; (206)	0.067	-	-	-
IRC ⁵ %; (n)	25%; (269)	11%; (222)	0.000	12%; (108)	17% (383)	0.000	26%; (159)	13%; (332)	0.010	30%; (81)	15%; (368)	0.000
Fumo %; (n)	17%; (179)	33% (658)	0.000	25% (218)	28%; (619)	0.053	26%; (157)	27%; (680)	0.560	29% (79)	27% (678)	0.654
Ipertensione Arteriosa %; (n)	76%; (812)	76%; (1535)	0.842	77%; (666)	76%; (1681)	0.705	82%; (491)	75%; (1856)	0.000	75% (201)	76% (1912)	0.949
Dislipidemia %; (n)	61% (654)	61% (1241)	0.876	60% (519)	62% (1376)	0.221	63% (382)	61% (1513)	0.241	59% (157)	61% (1544)	0.432
Diabete %; (n)	19%; (208)	20% (394)	0.098	16%; (138)	21%; (464)	0.000	-	-	-	23% (61)	18% (460)	0.067
BPCO %; (n)	16%; (168)	7%; (148)	0.000	10%; (86)	10%; (230)	0.084	13%; (81)	9%; (235)	0.524	15% (40)	10% (256)	0.079

Sottogruppi	Età > 75 anni (1069)	Età < 75 anni (2019)	P	Femmine (870)	Maschi (2218)	P	Diabetici (602)	Non Diabetici (2486)	P	FE 7 < 40% (267 pz)	FE 7 ≥ 40% (2520)	P
Incidenza di nuovi ricoveri a 12 mesi dall'arruolamento												
Nuovi ricoveri per scompenso cardiaco %; (n)	4%; (44)	3%; (70)	0.363	3%; (30)	4%; (84)	0.563	2,5%; (15)	4%; (99)	0.082	6%; (17)	4%; (93)	0.033
Nuovi ricoveri per SCA %; (n)	6%; (64)	5%; (110)	0.073	6%; (51)	5%; (104)	0.179	8%; (45)	4%; (110)	0.002	6%; (16)	5%; (120)	0.375
Nuovi ricoveri per PTCA %; (n)	6%; (62)	7%; (136)	0.312	7%; (63)	6%; (135)	0.239	5%; (32)	7%; (166)	0.221	4%; (12)	7%; (168)	0.170
Ictus %; (n)	0,4%; (5)	0,4%; (9)	0.931	1%; (5)	0,4%; (9)	0.530	0	0,5%; (14)	0.065	1%; (3)	0,4%; (11)	0.131
Mortalità (follow- up, 4.4 ± 2 anni)												
Mortalità Totale %; (n)	18%; (196)	6%; (122)	0.000	13%; (111)	9%; (207)	0.364	14%; (84)	10%; (241)	0.002	18%; (48)	9%; (236)	0.000
Decesso per cause car- diovascolari %; (n)	6%; (63)	2%; (35)	0.000	4%; (34)	3%; (64)	0.038	5%; (30)	3%; (68)	0.004	8%; (21)	3%; (66)	0.000



CONCLUSIONE

Nella nostra casistica la RC si conferma un importante intervento multidisciplinare per il raggiungimento della stabilità clinica e il recupero funzionale al fine anche di garantire il miglioramento della qualità della vita. L'efficacia dell'intervento di RC è sottolineata dal buon controllo dei fattori di rischio cardiovascolare con un'alta percentuale di pazienti che ha raggiunto il target previsto e dall'esiguità degli eventi cardiovascolari durante il follow-up.

Gli anziani, le donne, i diabetici e i pazienti con disfunzione ventricolare sinistra, si confermano categorie ad alto rischio di eventi e di mortalità, pertanto meritevoli di trattamenti di prevenzione secondaria mirati e intensivi. L'esistenza di un protocollo rigoroso, caratterizzato da presa in carico precoce e conduzione del percorso misurando il raggiungimento della stabilità clinica e dei target stabiliti dalle linee guida, ha permesso l'istituzione di un registro osservazionale che si è dimostrato uno strumento di analisi utile per il monitoraggio ed il miglioramento della qualità delle cure.



BIBLIOGRAFIA:

1. Sarrafzadegan N, Rabiei K, Kabir A, Asgary S, Tavassoli A, Khosravi A, Chalian H. Changes in lipid profile of patients referred to a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2008;15:467–472.
2. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36:533–553.
3. Lavie CJ, Milani R V. Cardiac Rehabilitation and Exercise Training in Secondary Coronary Heart Disease Prevention. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2011;53:397–403. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2011.02.008>
4. Grandi SM, Eisenberg MJ, Joseph L, O'Loughlin J, Paradis G, Filion KB. Cessation treatment adherence and smoking abstinence in patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J.* 2016;173:35–40.
5. Anderson L, Thompson DR, Oldridge N, Zwisler A-D, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane database Syst Rev.* 2016;CD001800.
6. Suaya JA, Stason WB, Ades PA, Normand SLT, Shepard DS. Cardiac Rehabilitation and Survival in Older Coronary Patients. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54:25–33.

7. Suaya JA, Stason WB, Ades PA, Normand S-LT, Shepard DS. Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. *J Am Coll Cardiol.* 2009;54:25–33.
8. Corra U, Piepoli MF, Carre F, Heuschmann P, Hoffmann U, Verschuren M, Halcox J, Giannuzzi P, Saner H, Wood D, Piepoli MF, Corra U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, McGee H, Mendes M, Niebauer J, Zwisler A-DO, Schmid J-P. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J.* 2010;31:1967–1974.
9. Smith SCJ, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, Gibbons RJ, Grundy SM, Hiratzka LF, Jones DW, Lloyd-Jones DM, Minissian M, Mosca L, Peterson ED, Sacco RL, Spertus J, Stein JH, Taubert KA. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation.* 2011;124:2458–2473.
10. Thomas RJ, Balady G, Banka G, Beckie TM, Chiu J, Gokak S, Ho PM, Keteyian SJ, King M, Lui K, Pack Q, Sanderson BK, Wang TY. 2018 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Cardiac Rehabilitation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71:1814–1837.
11. Suaya JA, Shepard DS, Normand S-LT, Ades PA, Prottas J, Stason WB. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation.* 2007;116:1653–1662.
12. Cortes O, Arthur HM. Determinants of referral to cardiac rehabilitation programs in patients with coronary artery disease: a systematic review. *Am Heart J.* 2006;151:249–256.
13. Dafoe W, Arthur H, Stokes H, Morrin L, Beaton L. Universal access: but when? Treating the right patient at the right time: access to cardiac rehabilitation. *Can J Cardiol.* 2006;22:905–911.





SERVIZI SOCIO-SANITARI AL CITTADINO E PARTECIPAZIONE GIOVANILE

Le Botteghe della Salute in Toscana

di *Hilde March*
Responsabile Servizio Civile Anci Toscana

Nel 2015 in Toscana è stata avviata la sperimentazione di una rete di servizi pubblici di prossimità ad ampio spettro, incentrati sul front-office amministrativo in ambito sanitario e sociale, la facilitazione verso i servizi telematici e i servizi alla persona. Un sistema gratuito di punti di accesso assistito rivolti a tutti i cittadini con un'attenzione particolare ai soggetti più fragili e vulnerabili, e pensato per le popolazioni delle zone montane, rurali, insulari e in generale distanti dai centri urbani dove è più rarefatta la rete dei servizi e dei presidi pubblici, e dove coesistono difficoltà di spostamento, bassa densità demografica e alti tassi di popolazione anziana.

Il progetto, chiamato prima "Ecco Fatto" e nell'ultimo biennio "Botteghe della Salute" a significare l'accentuazione sui servizi di tipo sanitario - dalla attivazione della TSE alla stampa e consegna dei referti, dalla gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico alla consegna di farmaci a domicilio, a fianco di un'ampia gamma di servizi di sportello sociale - nasce e cresce con il sostegno della Regione Toscana, facendo perno sul sistema degli Enti Locali: i punti di accesso assistito infatti sono ubicati per la maggior parte all'interno dei Municipi dei comuni - piccoli e piccolissimi, molti al di sotto dei 3 mila abitanti - cui si aggiunge una più ridotta quota di sedi presso associazioni di volontariato.

Ma la vera scommessa sulla quale il progetto punta è il fattore risorsa umana. Fin dal suo avvio, la rete ha previsto per gli operatori degli sportelli l'impiego dei volontari del servizio civile regionale. Una scommessa per certi aspetti azzardata: in zone spopolate e poco attraenti per i giovani, o ritenute tali, che accoglienza avrebbe potuto avere l'offerta di servizio civile per un anno?

La risposta viene dai dati. Negli scorsi quattro anni, per il funzionamento dei punti Botteghe della Salute sono stati coinvolti più di 500 giovani volontari del servizio civile regionale (130 all'anno, distribuiti su 65 sedi), che attraverso un'adeguata formazione parte integrante del progetto, hanno garantito l'apertura per cinque giorni alla settimana e per sei ore al giorno degli sportelli.

Un trend che quest'anno si è decisamente rafforzato: al bando di servizio civile regionale 2019 finanziato con fondi comunitari Por-Fse, che offriva 220 posti in virtù dell'allargamento della rete a oltre 100 sedi, hanno risposto presentando domanda 917 giovani dai 18 ai 29 anni. Di questi, quasi 600 si sono presentati ai colloqui di selezione, con una netta prevalenza di età tra i 20 e i 25.

Le chiavi di lettura di questo risultato sono più d'una. La prima è senza dubbio la valenza di opportunità di impiego retribuito che il servizio civile ha assunto negli ultimi anni, dove la durata circoscritta a un anno è percepita come un tempo lungo a fronte di occasioni molto più brevi. Anche la possibilità che il servizio civile offre di fare un'esperienza formativa e propedeutica all'ingresso nel mondo del lavoro vero e proprio, è una motivazione ricorrente.

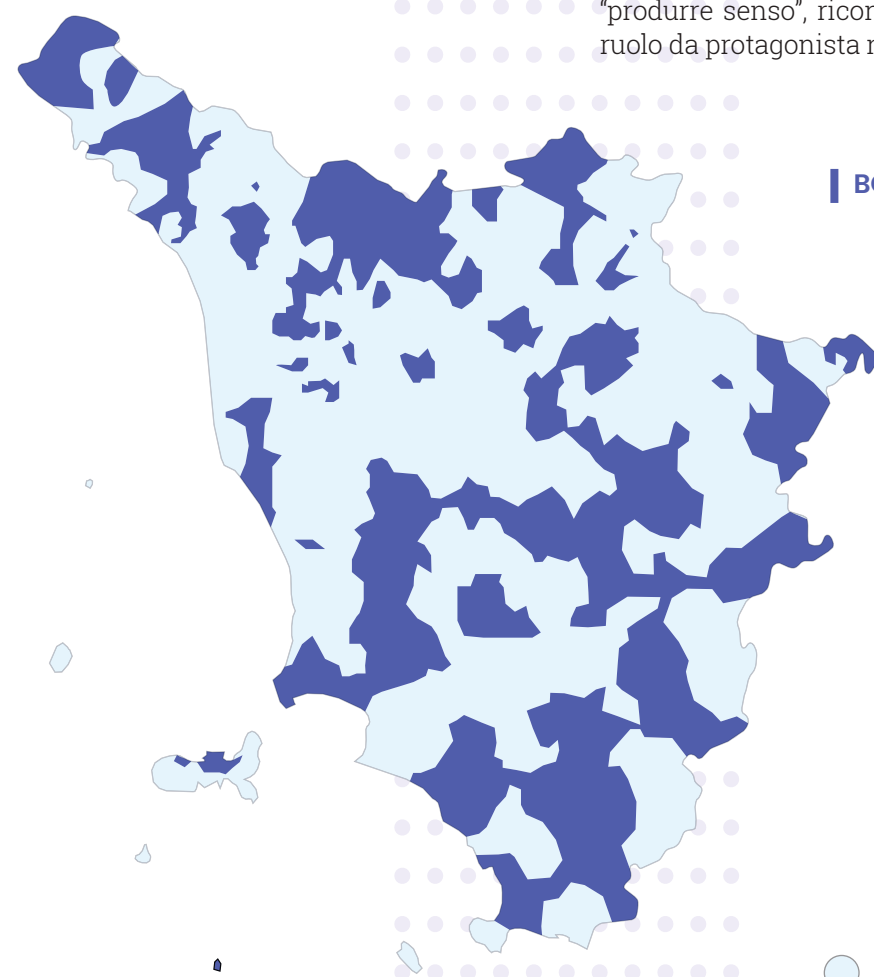
Ma oltre e, si potrebbe dire, in parallelo a queste, sono emerse dalle tante voci e storie che abbiamo ascoltato motivazioni e ragioni diverse. In primo luogo, l'interesse per un progetto che guarda alle aree marginali, e che tenta di offrire una risposta ai problemi quotidiani delle famiglie e degli anziani. La gran parte dei candidati mostrava di avere assai chiaro il concetto di servizi di prossimità. Con pari ricorrenza e intensità, è emerso dai giovani un irriducibile attaccamento al proprio territorio, quasi direttamente proporzionale al livello di marginalità.

Un attaccamento che sfocia nel desiderio di "fare qualcosa", a cui questo progetto di servizio civile sembra poter dare forma e sostanza. Fare qualcosa per i cittadini del proprio comune, perché si conoscono bene e sono noti i problemi che hanno, e contribuire anche attraverso un semplice sportello, a fare in modo che le persone rimangano.

La rete delle Botteghe della Salute conta oggi 106 sportelli territoriali distribuiti in tutte le province toscane, articolati fra 86 sedi comunali, 15 sedi di associazioni, 3 Società della Salute e 2 Distretti Sanitari. I 220 giovani selezionati vi prenderanno servizio nel mese di aprile e presidieranno gli sportelli per dodici mesi. Il monitoraggio del progetto negli anni ha evidenziato come le caratteristiche del volontario civilista, ovvero la motivazione, la disponibilità all'ascolto e all'accoglienza, siano elementi fortemente qualificanti del servizio di prossimità, rivolto anche ad utenti fragili.

Il piano di ampliamento ulteriore della rete punta al coinvolgimento per il prossimo anno di nuove Società della Salute. E già da quest'anno sul progetto si innesteranno azioni di sensibilizzazione di comunità sul tema dell'Alzheimer, grazie alla presenza dell'associazione AIMA tra le sedi operative della rete, e sul tema del gioco d'azzardo patologico, sul quale Anci Toscana ha già avviato strategie di sistema a livello istituzionale e normativo.

Un progetto nato per offrire una rete capillare di servizi ai territori, si sta affermando come pratica di innovazione sociale. Non solo per i contenuti delle azioni (ricordiamo la rilevanza dei servizi digitali) e degli interventi a favore della salute delle persone e delle famiglie come quelli sulle tematiche sopra citate. Il fattore giovani costituisce in questo disegno il valore aggiunto della collettività che si mobilita, crea nuovi ruoli e relazioni, coinvolge risorse sottraendole al rischio di restare sottoutilizzate, e investe su un capitale umano che ha una aspettativa-aspirazione trainante: quella di sentirsi utile e "produrre senso", riconoscendosi e avendo un ruolo da protagonista nella propria comunità.



BOTTEGHE DELLA SALUTE

- Nessun progetto
- Operatori servizio civile



PROVVEDIMENTI TECNICO-SANITARI DELLA SCHELL

L'igiene dell'acqua potabile preserva la salute ed aumenta le aspettative di vita

INTRODUZIONE

Le infezioni dovute alla legionella (legionella pneumofila) costituiscono un problema sempre più frequente negli ospedali e nelle case di cura. Ogni anno migliaia di queste malattie hanno un decorso letale. Molto spesso la causa è da ricercare nella contaminazione dell'acqua calda nelle tubature idrauliche domestiche per l'acqua potabile. Se viene inspirata da parte di soggetti debilitati laddove è presente in concentrazioni elevate può portare a delle gravi polmoniti. Per questo, per la pulizia del corpo è importante disporre di acqua dalle eccellenti caratteristiche in tutti i punti di lavaggio e nelle docce, vale a dire nelle aree dei sanitari per pazienti, medici e operatori di assistenza.

La strategia più efficace per il mantenimento della qualità dell'acqua negli edifici consiste in un continuo ricambio di acqua. In Europa è stata accordata una norma comune, l'EN 806-5: il ricambio dell'acqua deve avvenire entro e non oltre 7 giorni. Oltre alla norma EN 806 in Italia ci si orienta altresì alla VDI 6023-1. Secondo questa norma il ricambio dell'acqua deve avvenire entro 3 giorni in tutti i punti di prelievo dell'edificio. I batteri che si sviluppano nella rubinetteria non utilizzata possono arrivare alle tubature dell'acqua potabile risalendo anche in direzione opposta a quella di scorrimento: è proprio per questo che bisogna assolutamente far scorrere l'acqua in tutti i punti di prelievo presenti nell'edificio.

Schell, costruttore tedesco di rubinetteria e specialista nell'igiene dei sanitari è in grado di offrire una soluzione al contempo affidabile e conveniente.

La combinazione della rubinetteria sanitaria elettronica con un efficace sistema di comando e controllo garantisce un'acqua potabile igienicamente perfetta e riduce considerevolmente il rischio di legionella. Su tutti i lavabi, le docce, le toilette e gli orinatoi viene installata rubinetteria sanitaria elettronica Schell con funzionamento a batteria o ad alimentazione da rete. Essa funziona senza bisogno di contatto grazie ai sensori a infrarossi oppure mediante il sistema elettronico touch CVD che permette l'azionamento manuale di un campo d'attivazione con un dito.

LA RUBINETTERIA ELETTRONICA SCHELL VITUS

La rubinetteria elettronica Schell come "Vitus" è di grande aiuto a medici e personale di assistenza in quanto garantisce un utilizzo igienico del rubinetto senza bisogno di contatto con la pelle.



Un ulteriore componente è rappresentato dall'impiego dell'ultimissimo SSC, Schell Single Control.

Il software di programmazione e gestione SSC rende possibile una facile ed esatta regolazione dei complessi parametri funzionali della rubinetteria elettronica Schell.

È possibile impostare il raggio d'azione del sensore, il tempo d'erogazione, gli intervalli, il risciacquo anti-ristagno e gli intervalli del risciacquo anti-ristagno nonché le funzioni di pulizia e gli intervalli di manutenzione. Per ciascuna rubinetteria è necessario un modulo SSC Bluetooth®.

Il modulo viene collegato con la rubinetteria sanitaria elettronica e vi rimane a lungo termine.

La regolazione o la trasmissione dati dei parametri funzionali avviene con l'App SSC dedicata ai sistemi operativi iOS o Android via smartphone o tablet. Inoltre, con la App SCC si possono creare dei piani di risciacquo con inizio e durata in determinati giorni e a orari prestabiliti. Il modulo SSC Bluetooth® è in grado di gestire e controllare tutti i risciacqui anti-ristagno del piano di risciacquo. Combinando la rubinetteria sanitaria elettronica Schell, il modulo SSC-Bluetooth® e il software di programmazione e diagnosi SSC via App si garantisce la sicurezza delle tubature per l'acqua potabile.

Anche e soprattutto laddove la rubinetteria non viene utilizzata per lunghi periodi.



SCHELL SSC BLUETOOTH®-MODUL

Il software di programmazione e gestione SSC rende possibile una facile ed esatta regolazione dei complessi parametri funzionali della rubinetteria elettronica Schell.

SCHELL SSC KONFIGURATION APP SMARTPHONE

Con la App SSC per smartphone non si riesce solo a regolare e scegliere senza fili la rubinetteria elettronica. Con Bluetooth si riesce anche a rendere sicuro l'igiene dell'acqua potabile.





LA TUTELA DELLA SALUTE PSICHICA DEI MIGRANTI

Uno studio di Anci e Federsanità Umbria

di *Silvio Ranieri* - segretario Anci Umbria
e Direttore Federsanità Anci Umbria

La tutela della salute psichica dei migranti, oggi, rappresenta una vera e propria emergenza sociale. Negli ultimi anni, abbiamo assistito a una profonda trasformazione dei flussi migratori e del processo di integrazione che non significa più, solo ed esclusivamente, garantire l'accoglienza, ma è soprattutto capacità di far fronte a una vulnerabilità crescente dei migranti, in particolare sotto il profilo dei rischi per la salute. Si prefigura, dunque, un problema di ordine sanitario molto articolato e complesso. In sostanza, il benessere psico-fisico del migrante diventa una priorità e una sfida centrale per il sistema dell'accoglienza. Si stima che i migranti che manifestano l'esigenza di una presa in carico psicologica o psichiatrica siano fra il 5 e il 25 per cento, ma, spesso, il disagio è silenzioso. Il supporto richiesto investe nuovi saperi, competenze e responsabilità. Occorre, quindi, sviluppare rinnovate sinergie, un diverso lavoro di rete fra tutti gli attori locali coinvolti: Prefettura, strutture Cas (Centri di accoglienza straordinaria) e Sprar, Asl, soggetti istituzionali e del privato sociale, per una maggiore condivisione di pratiche operative e di competenze specialistiche, di politiche programmatiche.

Secondo dati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la percentuale di migranti che arriva in stato di salute compromesso è tra il 2 e il 5 per cento e si tratta di ferite dovute al viaggio o di patologie dell'apparato cardiocircolatorio, mentali, psicologiche, o legate allo stato di gravidanza. Molti sono, invece, quelli che si ammalano una volta entrati in Europa, anche in ragione delle aspettative disattese, delle condizioni di vita e di lavoro nella nazione di immigrazione, dell'accesso ai servizi sanitari e sociali. In un recente corso di formazione, promosso da Anci Umbria, rivolto a operatori e responsabili degli enti gestori dell'accoglienza dei migranti, lo psichiatra Marzo Mazzetti ha confermato

come rifugiati e richiedenti asilo politico abbiano, solitamente, alle spalle una storia di traumi e violenze. Tuttavia, ha sostenuto che a determinare l'esito dell'accoglienza siano le condizioni di impianto nel Paese ospite. E che le difficoltà esistenziali, dopo la fase migratoria, dipendano, dunque, non tanto dai traumi subiti in partenza, quanto dalla situazione di arrivo. È in questo contesto che Anci Umbria e Federsanità Anci hanno sviluppato, in accordo con le Istituzioni locali, altri soggetti pubblici e del privato sociale, diversi progetti volti ad assicurare agli operatori sociali che svolgono la loro attività nei centri di accoglienza o in altre strutture, formazione e conoscenze adeguate per assistere e dare adeguato supporto ai richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, sul territorio umbro. Al momento, è in corso di attuazione il progetto "For Migrants", finanziato dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione, che ha tra i suoi obiettivi quello di creare le basi, al richiedente protezione internazionale, per una conoscenza del nostro sistema sanitario e dei servizi connessi; offrire un servizio di mediazione etnoclinica ed etnopsichiatrica rivolto agli operatori delle strutture di accoglienza e a quelle sanitarie.

Nello specifico, "For Migrants" intende creare un sistema volto a rispondere alle problematiche psico-socio sanitarie del migrante e consolidare il lavoro di rete degli operatori sanitari, delle Istituzioni locali e del privato sociale; assicurare al migrante l'attivazione di un servizio specialistico, a supporto della rete dei servizi esistenti, per la gestione di problematiche specifiche legate alla relazione interculturale in situazioni di vulnerabilità.

Accanto a questa attività di potenziamento del lavoro in rete, è prevista la creazione di 4 Unità Mobili Territoriali (2 nella provincia di Perugia e 2 in quella di Terni) per la mediazione etnoclinica nel disagio mentale in rete con il sistema di accoglienza dei migranti.

Nel 2018, i progetti territoriali riguardanti la rete degli Sprar in Umbria hanno coinvolto 10 Comuni nella provincia di Perugia e 4 in quella di Terni. Sono stati finanziati 18 progetti per 474 posti di cui 11 per disagio mentale o

disabilità fisica; 63 per minori stranieri non accompagnati; 400 per ordinari. I numeri della rete Cas riguardano 22 Comuni nella provincia di Perugia per circa 1300 presenze e 17 in quella di Terni per circa 540 presenze.





SANITÀ 4.0^{1/019}

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

www.sanitas40.it