

Commissione Ambiente del Senato della Repubblica Italiana
Audizione informale sui DDL 117, 512, 828, 962 1650

Dott. Gianni Donigaglia Presidente ANSPI

Signor Presidente, desidero innanzitutto esprimere un ringraziamento per questo invito che onora me e l'Associazione che sono a presiedere per il prossimo quinquennio.

ANSPI, sino dalla sua fondazione nel 2001, ha sostenuto con continuità un percorso di studio dei differenti aspetti e delle problematiche della sanità nei territori insulari minori, confrontandosi con le Istituzioni a tutti i livelli, nonché con il mondo scientifico.

Sono stati organizzati numerosi eventi formativi a favore degli Operatori Sanitari di questi territori nonché 14 eventi congressuali a cadenza annuale, perseguendo la strategia dello spostare la sede congressuale ogni anno, nelle diverse Isole Minori d'Italia nonché, in una proiezione europea, nell'Isola di Gozo della Repubblica di Malta. L'attività dell'associazione si svolge in sinergia con i differenti Soggetti del mondo scientifico ed istituzionale: Ministeri, Regioni, ANCIM, Università, Società Scientifiche, Industria di settore ed ha un ruolo attivo nello sviluppo di progetti, stesura di pianificazioni sanitarie specifiche, attività di docenza, partecipazioni ad eventi scientifici nazionali ed internazionali.

I nuovi scenari che si profilano, alla luce del profondo processo in corso di riorganizzazione del nostro Sistema Sanitario, orientano con decisione verso la necessità di passare dalla fase dell'analisi delle criticità – ampiamente dibattuta – a quella della programmazione e progettazione specifica, secondo linee generali comuni e condivise che esitino in modelli che vedono nelle sinergie interdisciplinari la strategia tecnico/istituzionale vincente per la garanzia della soddisfazione dei bisogni di salute in questi territori.

In queste realtà l'offerta di salute può infatti risultare non idonea rispetto alle necessità complessive, con conseguente rischio di discriminazione delle popolazioni nella fruizione di appropriati livelli di assistenza.

Recentemente sono state intraprese azioni importanti dalla Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute, quali la strutturazione dell'Osservatorio Nazionale per la Sanità delle Isole Minori, di imminente istituzione e la redazione del Progetto pilota Isole Minori e Località caratterizzate da difficoltà di accesso ove si delineano le linee di sviluppo della sanità per questi territori; a questi si aggiunge l'emanazione delle Linee Guida Nazionali per la Telemedicina.

Dall'analisi dei dati demografici, in gran parte già riportati nei DDL oggetto di questa audizione, emergono alcuni dati interessanti.

La popolazione complessiva dei residenti delle isole minori, delle sei Regioni, al 1 gennaio 2014, pari a 193.890 abitanti, rappresenta lo 0,31% del totale della popolazione italiana, per una superficie totale di 874,41 Kmq.

La Campania risulta di gran lunga la regione con la maggiore popolazione residente, circa 87500 abitanti, nelle tre isole di Ischia, Procida e Capri seguita da Toscana (circa 33.000), Sardegna (circa 30.000) e Sicilia (circa 28.000). Le Regioni Puglia e Lazio hanno piccole isole con numeri minori.

Il panorama complessivo presenta una notevole complessità ed eterogeneità per cui alcune isole hanno più di un comune (Ischia, Isola d'Elba, Salina), altre hanno un unico comune, altre hanno un comune per più isole (Lipari, Portoferraio, Campo nell'Elba, Favignana, Tremiti) ed altre ancora fanno parte di un comune della terraferma (Staglione nel Comune di Marsala, L'Asinara nel comune di Porto Torres).

Dalle statistiche demografiche al 1 Gennaio 2014 (dati Istat) si rileva che pure la distribuzione di queste popolazioni è fortemente eterogenea: ci sono comuni con altissima densità abitativa nelle Isole Campane (con picchi anche >2000 ab/Kmq) e altri con < 100 ab/Kmq .

A questo si aggiunge un ulteriore elemento di complessità rappresentato dal fatto che su alcune Isole insistono strutture penitenziarie, diversamente articolate, e che alcune isole sono praticamente Isole – Penitenziario (ad esempio l'Isola di Gorgona nell'Arcipelago Toscano).

La popolazione Penitenziaria che insiste sulle nostre Isole Minori (dati 2015) conta 62 detenuti nell'Isola di Gorgona (Colonia agricola), 278 nella Casa di Reclusione di Porto Azzurro dell'Isola d'Elba e circa 200 nel Penitenziario dell'Isola di Favignana .

Questa popolazione di circa 200.000 residenti presenta nel periodo turistico – almeno 5 mesi all'anno – un incremento che arriva fino a quintuplicare nei periodi di massimo afflusso, cosa che se da un lato rappresenta una vitale risorsa economica, dall'altro investe l'intera rete dei servizi, sia sanitari che non, e ne acuisce tutti i livelli di criticità strutturale ed infrastrutturale.

ANSPI già nel 2006 ha prodotto, per la prima volta, un criterio di classificazione delle Isole minori per quanto riguarda gli aspetti sanitari, che è stato recepito dal Ministero della Salute in numerosi documenti, basato sull'accorpamento per analogie riguardo agli aspetti legati al numero degli abitanti, l'estensione territoriale, il livello dei collegamenti, la presenza o meno di ospedale, distinguendo tre tipologie, "A" – "B" – "C" inquadrabili secondo una complessità progressiva di livelli di erogazione di servizi "A" → "C", ove in quest'ultimo sono ricomprese le Isole dov'è presente una struttura ospedaliera).

L'attuale offerta sanitaria vede su cinque Isole la presenza di una struttura ospedaliera, sulle altre vi sono articolazioni di servizi territoriali rivolti all'emergenza ed alle cure primarie, con assetti e livelli organizzativi diversi, articolati in uno o più presidi sul territorio a seconda delle dimensioni e della popolosità dell'isola.

I diversi aspetti delle criticità complessive di questi territori – ampiamente dettagliate nei DDL oggetto di questa audizione incidono non solo sulla qualità dei servizi sanitari offerti ma anche, sia in maniera diretta che indiretta, sull'intero complesso socio economico di questi territori che vedono nell'industria del turismo di qualità il principale volano della loro economia.

Lo sviluppo dei progetti, focalizzati sulle problematiche comuni di remotezza di questi territori, prefigura importanti ripercussioni di sistema: l'essere costretti a individuare ed implementare modalità innovative di erogazione e di organizzazione dei servizi, induce ripensare le stesse modalità di allocazione delle risorse, anche di quelle umane, ridefinendone in parte ruoli e competenze all'interno delle dinamiche del governo clinico.

Il "laboratorio" che queste realtà disagiate ben si prestano a rappresentare, può divenire utilissimo nello studio e nell'applicazione di modelli innovativi replicabili in contesti, chiamiamoli, usuali.

L'approccio corretto alle problematiche sanitarie di cui si tratta condotto con criterio scientifico, inizia dalla definizione epidemiologica del profilo di salute e dalla rilevazione delle risorse e servizi in essere al "tempo zero", al fine di costruire il miglior modello possibile di organizzazione dei servizi secondo le effettive necessità della popolazione, così come precedentemente inquadrata, in grado anche di consentirne il monitoraggio continuo e gli eventuali interventi correttivi.

Il più importante studio in cui sono state messe a punto le metodologie di rilevazione epidemiologica in questi territori è stato effettuato dall' ISS, per la durata di tre anni, i cui risultati sono stati presentati al Nostro Congresso Nazionale all'Isola de La Maddalena nel 2011 ed ha contribuito in maniera sostanziale alla costruzione del Pilota del Ministero della Salute per lo sviluppo dei servizi sanitari nelle Isole Minori e aree con difficoltà di accesso.

L'analisi delle criticità è utile per focalizzare i principali punti di debolezza del sistema su cui prioritariamente lavorare e le linee di intervento da porre in essere. In sintesi ne citiamo alcuni.

Punti di debolezza

- Difficoltà a garantire i percorsi di risposta all'Emergenza Urgenza
- Difficoltà ad accedere alla c.d. Specialistica, anche di primo livello
- La ridefinizione dei livelli dei piccoli ospedali e dei relativi punti nascita
- La difficoltà ad attivare risposte territoriali ai Pazienti cronici ed ai Terminali
- Difficoltà nei trasporti dei Pazienti (problematiche legate ed orari traghetti e limitazioni imposte dal codice di navigazione, elisoccorso non sempre fruibile h24)
- Difficoltà a reperire Operatori adeguatamente formati, nonché a fare formazione continua
- Isolamento professionale degli operatori
- Inadeguatezza degli attuali istituti contrattuali degli Operatori (tutti) ad incentivare e sostenere l'accesso e la permanenza al lavoro in contesti attualmente professionalmente penalizzanti
- Disagi economici per gli utenti e le loro famiglie a causa del trasferimento verso presidi ospedalieri sulla terra ferma per effettuare prestazioni sanitarie non possibili in loco. Particolari criticità per trattamenti chemioterapici/radioterapici o comunque rivolti ai malati cronici (dialisi)
- Trasporto di farmaci, emoderivati e ossigeno, condizionato dal meteo

Linee strategiche di risposta

Dal momento che è impensabile di “riprodurre in piccolo quello che si fa in grande” – com’era concepito nei vecchi modelli di sistema - lo sviluppo di azioni specifiche, a nostro avviso, deve essere focalizzato in un’ottica di risposta in rete, declinata per punti e livelli di erogazione di assistenza su alcuni items strutturali fondamentali:

1. Potenziamento della risposta alle emergenze/Urgenze
2. Riorganizzazione della risposta ospedaliera
3. Strutturazione di Punti di salute sul territorio
4. Presa in carico per percorsi assistenziali e continuità di cure Ospedale/Territorio
5. Formazione
6. Messa a sistema della telemedicina (e-Health)

A nostro avviso la cooperazione fra i diversi presidi territoriali ed ospedalieri, insulari ed extra insulari, con i rispettivi punti e livelli di erogazione di servizi e prestazioni è l’elemento strategico che garantisce la presa in carico dei bisogni e il governo dei percorsi assistenziali e l’equità all’accesso a tutti i Cittadini. In questo modo il modello adottato sarà in grado di modulare la propria capacità di offerta in base alla oscillazione della domanda nell’arco dell’anno

1. Il potenziamento del sistema di emergenza: sul versante ospedaliero rinforzo e sostegno delle dotazioni Professionali e tecniche dei Pronto Soccorso degli Ospedali esistenti che dovranno operare in un sistema di rete con il Territorio e con gli altri presidi di secondo livello della terraferma; sul versante territoriale, viene messo a regime ovunque il sistema di elisoccorso h24, e si crea una rete di trasporti via terra, via aerea (elisoccorso) e a mare (Mezzi di soccorso CP con protocolli specifici, CC, Idroambulanze, protocolli con Compagnie di navigazione); si attua un programma continuo di formazione avanzata del mondo del volontariato e quella dei cittadini all'autosoccorso, mediante idonei percorsi formativi svolti sotto il coordinamento del sistema 118 rivolti ai soccorritori laici, sulle tecniche di soccorso e sull'impiego dei defibrillatori automatici esterni (DAE). Indispensabile in questi territori è la presenza di elisuperfici adibite anche al volo notturno, nonché di ambulanze attrezzate con a bordo Operatori formati.
2. Per quanto riguarda la risposta ospedaliera, la strutturazione si articola nelle diverse specialità per livelli di intensità di cura; deve essere stretto il rapporto con l’articolazione territoriale per percorsi assistenziali complessi e integrati, con il crescente e progressivo sviluppo delle cure intermedie (Ospedale di comunità, Assistenza Domiciliare Integrata, Cure palliative, R.S.A.) per la gestione dei tempi di ricovero attraverso la pronta presa in carico del territorio alla dimissione. La gestione dei percorsi ospedalieri deve essere declinata in un ottica di rete di presidi integrati con la terraferma, di cui l’ospedale insulare rappresenta un nodo paritetico. In aggiunta si devono correttamente declinare le deroghe previste dalle Regioni per il mantenimento dei punti nascita nelle aree disagiate nel rispetto di precisi standard di sicurezza con appositi protocolli per la presa in carico della donna e del bambino fin dal concepimento.

3. La presenza di strutture organizzate territoriali – denominate Punti di Salute nel Pilota redatto dal Ministro della salute – secondo livelli di standard definiti, è necessaria in tutte le tipologie di Isola. Per facilitare l'accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie mediante l'adozione di modelli organizzativi che garantiscano l'appropriatezza delle prestazioni si deve implementare l'integrazione fra i presidi territoriali e fra questi e la rete dei presidi ospedalieri, la rete dell'emergenza, i medici di assistenza primaria, ivi compresi i pediatri e la specialistica ambulatoriale, migliorando la qualità dei servizi sanitari erogati, anche tramite la formazione e la rotazione del personale. Il Punto di salute deve essere declinato in maniera modulare, congruente alle realtà dei singoli contesti: avrà una strutturazione più snella se collocato all'interno di un sistema più complesso quale, ad esempio quello delle isole di tipo "C", avrà connotazione più complessa qualora, nel caso estremo, rappresenti l'unico presidio sanitario dell'Isola, come nelle isole di tipo "A" ove assume anche le funzioni di presidio territoriale dell'emergenza. Schematicamente un punto di salute è così connotato: un presidio costituito da locali per attività ambulatoriali appartamenti per ospitare il personale sanitario. I servizi che si erogano all'interno sono indicativamente: Emergenza Urgenza , Cure primarie, Attività diagnostica di laboratorio, attività specialistiche e second opinion (e-Health), distribuzione farmaceutica in assenza di Farmacie locali, attività Consultoriali, Pediatria, Prevenzione e vaccinazioni, attività del Servizio Sociale, attività amministrative. Conseguentemente a quanto sopra, il Punto di Salute deve essere operativo h24,e deve prevedere la presenza, opportunamente turnata del medico di Medicina Generale, della Continuità Assistenziale, degli Operatori Infermieristici, del Sociale ed Amministrativi, nonché delle proiezioni periodiche dagli altri servizi aziendali centralizzati.
4. La definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali secondo standard omogenei di qualità e appropriatezza specifici per patologie e problematiche complesse integrate, garantisce l'equità della presa in carico dei bisogni, per quanto complessi possano essere. Per realizzare questo necessita della presenza un'infrastruttura tecnologica che permetta all'intero assetto organizzativo la condivisione dei dati clinici da parte delle strutture aziendali/regionali; la tracciabilità dei percorsi in tutte le loro fasi (continuità delle cure), l'acquisizione di dati dai dispositivi medici presenti sul territorio, l'integrazione fra i sistemi Ospedaliero, Territoriale, Penitenziario e dell'Emergenza.
5. Formazione: parallelamente allo sviluppo delle complessità sopra descritte, si deve mettere in atto un programma di formazione adeguata di tutti gli stakeholders: Operatori dei Servizi e Cittadini. In particolare per gli Operatori occorre raggiungere un livello di espertizzazione che consenta, da un lato, di superare i limiti connessi ai modesti livelli di casistica trattata mantenendo alti gli standard professionali e qualitativi, dall'altro, di raggiungere un livello di efficacia operativa su percorsi critici complessi. Per i Cittadini e Operatori dei servizi (istituzioni, scuole, trasporti...) si istituiscono momenti di formazione per l'automedicazione, il soccorso fino all'utilizzo dei defibrillatori e l'acquisizione dell'attestato BLS (attività già avviata all'Elba sul personale dei traghetti di linea). Per tutto il personale sanitario dipendente e convenzionato operante in questi territori appare opportuno che le Aziende Sanitarie e le Regioni prevedano, all'interno degli accordi integrativi che andranno a negoziare, specifici indirizzi ed incentivi per la formazione con protocolli e possibilità di stage professionali presso altre strutture delle reti aziendali e regionali.

6. Il ricorso alle Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione (ICT) per l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria in situazioni in cui professionisti della salute e utenti non si trovino nella stessa località rappresenta un'opportunità oggi irrinunciabile soprattutto in simili contesti. Attraverso l'impiego della telemedicina - e dell'e-Health in generale – integrato nelle attività di governo del sistema di erogazione delle cure, il Servizio Sanitario viene facilitato nell'intercettare i bisogni, nell'offrire attività diagnostica e terapeutica, nel trattare tempestivamente alcune tipologie di eventi acuti e nel monitorare il paziente cronico riducendo per quanto possibile lo spostamento di operatori e pazienti grazie alla velocità dello scambio delle informazioni. L'impiego di tecnologie innovative nella gestione delle emergenze urgenze e dei percorsi complessi della continuità dell'assistenza e dell'assistenza domiciliare/residenziale connotano la telemedicina come strumento di sistema, implementando modalità innovative di erogazione di prestazioni in ambito sanitario. Con tale modalità un sistema, a regime, potrà garantire: tele analisi, tele cardiologia, tele radiologia, teleconsulto neurochirurgico e neurologico, tele monitoraggio materno-fetale, teleconsulto sincrono ed asincrono, portale informativo, portale FAD, sistema di partecipazione del cittadino alle politiche della salute locale, riduzione delle traduzioni per motivi sanitari della popolazione detenuta.

Il superamento, quindi, del modello a dimensione scalare (si fa tutto ma con una minore organizzazione) per rivedere le funzioni strategiche dentro un contesto complessivo di assistenza ospedaliera e territoriale è a nostro avviso, per quanto sopra esposto, il criterio che dovrà essere indicato da linee di indirizzi nazionali, declinato e contestualizzato all'interno di specifiche pianificazioni regionali.

Questo comporta necessariamente l'introduzione di elementi innovativi e l'adozione di misure di flessibilità dell'intero sistema che non può, come finora avvenuto, declinare con lo stesso modello organizzativo disomogeneità così forti senza che si creino pesanti discriminazioni fra cittadini nella fruizione di uno stesso diritto.

Grazie

Gianni Donigaglia

Presidente nazionale ANSPI

Audizione XIII Commissione del Senato della Repubblica Italiana

Roma 12 Gennaio 2016