

Sanità Toscana

Poste Italiane
Sped. in A.P. D.L. 353/2003
conv. L. 46/2004, art. 1, c. 1, DCB Roma

Versione Pdf del supplemento al n. 12
anno XIII del 30 mar.-5 apr. 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

**Guadagnati
tre anni
in un decennio**

di **Francesco Cipriani** *

Gli indicatori generali di salute evidenziati nel primo volume della Relazione sanitaria degli anni 2006-2008, curato dall'Osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia regionale di Sanità toscana, confermano che in Toscana si vive sempre più a lungo e bene.

Prosegue, infatti, la riduzione della mortalità generale e di quella infantile, oggi ai livelli più bassi nel panorama internazionale. Solo negli ultimi dieci anni ogni toscano ha guadagnato mediamente tre anni di vita in più. Si allunga la vita, e questo è segno inequivocabile di salute e benessere, ma si riduce anche la propensione a fare figli. Cosa che accelera l'invecchiamento della società, solo in parte mitigato da quell'8% di stranieri, più giovani e prolifici dei toscani. L'aumento dell'attesa di vita in Toscana non trova semplici spiegazioni.

Il miglioramento delle condizioni economico-sociali e dell'istruzione, così come le migliori abitudini di vita e un servizio sanitario attivo su più fronti, dalla prevenzione alla cura e alla riabilitazione, spiegano in parte questo trend positivo. Certo è che i toscani, in analogia ai modelli più evoluti europei, oggi fumano meno. Anche se questo è dovuto più a quelli che smettono che a quelli che non iniziano. Sono anche un po' meno sedentari della media regionale italiana.

È vero che gli adulti bevono vino e alcol più

CONTINUA A PAG. 2

FOCUS SALUTE

Cresce l'aspettativa di vita e cala la mortalità per le patologie gravi

Tutte le sfide della longevità

Non autosufficienza, cronicità e diabete sono le priorità immediate

Il profilo di salute di ogni società è in continuo cambiamento: dall'era delle epidemie e delle morti da parto, all'era della sconfitta delle grandi malattie infettive, dall'era delle malattie degenerative - nel mondo occidentale iniziata nel secondo dopoguerra, caratterizzata da un progressivo aumento della mortalità per malattie cardiache, ictus e tumori - all'era delle malattie degenerative posticipate.

Quest'era, iniziata negli anni Settanta-Ottanta e ancora in corso, è caratterizzata da una progressiva diminuzione dei tassi di mortalità per tumori e per eventi cardiovascolari acuti e da conseguenti aumenti della longevità e della prevalenza di condizioni croniche. Recentemente alcuni epidemiologi hanno infine prospettato, soprattutto per gli Stati Uniti, l'era «dell'inattività e dell'obesità», con conseguenti aumenti dei fattori di rischio cardiovascolare e con tassi di mortalità per malattie cardiovascolari che potrebbero aumentare di nuovo. In ogni caso, nelle prossime decadi, le società più avanzate sperimenteranno un notevole aumento dei grandi anziani e, anche se riusciranno a contenere gli effetti disabilitanti delle malattie età-correlate, il numero di anziani con malattie croniche e non autosufficienti è destinato ad aumentare.

Che posizione occupa la Toscana in questa evoluzione epidemiologica tuttora in corso? Il profilo di salute della Regione ha cercato di rispondere anche a questa domanda. Oggi la Toscana sta certamente sperimentando «l'era delle malattie degenerative posticipate». I tassi di mortalità per tumori e per malattie cardio e cerebrovascolari sono in continua diminuzione dai primi anni Ottanta, prevalentemente grazie al miglioramento dell'assistenza sanitaria. A titolo esemplificativo ricordiamo come, dal 1987 al 2007, il tasso di mortalità per infarto miocardico acuto nella classe d'età 45-75 anni è diminuito da 94 a 38 casi per centomila abitanti. Allo stesso tempo, l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata fino a quasi 80 anni per gli uomini e 85 anni per le donne, valori tra i più alti di tutto il mondo.

Nella Regione la vita si allunga

Anni	Maschi	Femmine	F-M
1995	75,7	81,8	6,1
1996	76,0	82,0	6,0
1997	76,3	82,0	5,7
1998	76,8	82,4	5,6
1999	76,9	82,7	5,8
2000	77,2	83,0	5,8
2001	77,6	83,4	5,8
2002	77,9	83,6	5,7
2003	78,2	83,8	5,6
2004	78,6	84,0	5,4
2005	78,9	84,2	5,3
2006	79,2	84,6	5,4
2007	79,4	84,7	5,3

L'INVECCHIAMENTO

Perché le donne vivono più degli uomini

Tumori e rischi cardio-circolatori colpiscono meno il genere femminile

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è legato all'aumento della speranza di vita e ai bassi tassi di fecondità. La speranza di vita alla nascita indica il numero di anni che in media si aspetta di vivere una generazione di nati in uno specifico anno di calendario. La sopravvivenza negli ultimi decenni ha mostrato in Italia un notevole miglioramento: si è passati infatti da una speranza di vita alla nascita di circa 74 anni per gli uomini e di 80 per le donne nei primi anni Novanta a 78,4 e 84 anni nel 2006. Per la Toscana nel 2007, la speranza di vita ha raggiunto 79,4 anni per gli uomini e 84,7 anni per le donne, il differenziale tra i due sessi è quindi di 5,3 anni. Il divario tra uomini e donne rimane elevato: la differenza a favore del genere femminile è da attribuire ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte, in particolare alla minore mortalità nell'ambito delle malattie del sistema circolatorio (le malattie ischemiche del cuore) e dei tumori. Come è noto, infatti, per queste patologie assumono più rilievo i comportamenti individuali e le abitudini di vita. All'interno della Regione esiste un differenziale tra l'Asl con la più elevata speranza di vita alla nascita e quella con il valore più basso di 2,3 anni nei maschi (Asl di Empoli e quella di Massa Carrara) e di 1,7 anni nelle femmine (Asl di Prato e quella di Viareggio).

Per i prossimi anni, le proiezioni prevedono un considerevole aumento dei grandi anziani, delle persone affette da malattie croniche e da demenza e delle persone non autosufficienti. Peraltro, secondo i dati Istat, la prevalenza del diabete sta aumentando. Auguriamoci di non essere all'inizio della quinta fase. L'impatto delle azioni di prevenzione sugli stili di vita risulterà determinante per affrontare la sfida della cronicità. Dei determinanti di salute parleremo in una sezione dedicata all'interno di questo numero, ma possiamo anticipare che i cittadini toscani, come quelli italiani, fumano sempre meno; rispetto alla media italiana sono però più attivi e sportivi, seguono maggiormente le indicazioni della piramide alimentare mediterranea e bevono con modalità meno eccedentarie. Come dicevamo, su questi dati positivi vanno però costruite azioni di prevenzione efficaci per moderare il ruolo che gli stili di vita scorretti concorrono ad avere nello sviluppo delle malattie croniche.

Il profilo di salute, infine, pone in luce anche altri aspetti chiaramente positivi: le nascite in Toscana, come nel resto del Paese presentano un trend temporale tendenzialmente crescente anche se l'aumento della natalità è da attribuire completamente al tasso di fecondità delle donne immigrate. A questo aumento delle nascite si accompagna una diminuzione della mortalità natale e pre natale. I tassi di ricovero per disturbi psichici, così come i tassi di mortalità per suicidio, sono fortemente in flessione, e anche la prescrizione di farmaci antidepressivi sembra nel 2008 finalmente ridursi; il numero di incidenti stradali mortali e con feriti è in continua flessione negli ultimi 20 anni, più che della media italiana; l'andamento dei casi di Aids continua a essere in progressiva diminuzione. Più luci che ombre, quindi, emergono da questo profilo di salute, molti i risultati raggiunti, tante le sfide importanti da raccogliere.

**Paolo Francesconi
Fabio Voller**
Osservatorio di Epidemiologia Ars

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONTROCANTO

Pesano ancora le disuguaglianze

di **Gavino Maciocco** *

In tutto il mondo le disuguaglianze nella salute tendono a crescere e il fenomeno non risparmia i sistemi sanitari europei, anche quelli con la più solida tradizione universalistica come Regno Unito e Svezia.

Il fenomeno colpisce la Toscana dove le disuguaglianze (non solo geografi-

che, ma anche e soprattutto socio-economiche) riguardano i livelli di mortalità - per quasi tutte le cause - e i livelli di qualità delle cure e di utilizzazione dei servizi. Nella nostra Regione l'impatto delle disuguaglianze è stato stimato in circa 70-110 decessi per

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Aborto: a Siena prove di prevenzione

L'Asl 7 di Siena partecipa al progetto nazionale sulla «Prevenzione delle Ivg fra le donne straniere, per una maternità responsabile, la prevenzione dell'aborto e la prevenzione dell'abbandono del neonato». Il progetto prevede la formazione degli operatori finalizzata ad approcci interculturali per la tutela sessuale e riproduttiva, con particolare attenzione alla contraccezione e alla prevenzione delle Ivg; la sperimentazione di percorsi che favoriscano l'accessibilità e l'uso dei servizi da parte delle donne immigrate e possano aiutare nella prevenzione delle Ivg. (Delibera n. 192 del 23/02/2010)

▼ Meyer capofila della rete ospedaliera

La Regione rilancia i progetti della rete Hph («Health promoting hospitals»). La giunta ha infatti approvato il progetto presentato dall'Aou Meyer, con l'intento, da un lato, di dare continuità e consolidare alcune attività progettuali di promozione della salute condotte sinora per dare loro maggiore organicità e, dall'altro, la necessità di rilanciare e rifocalizzare gli obiettivi. Il Meyer mantiene il ruolo di centro di coordinamento della rete mentre l'Aou Senese si focalizzerà sui temi di bioetica, deontologia e diritti in collaborazione con la Commissione regionale bioetica. (Delibera n. 236 dell'1/03/2010)

ALL'INTERNO

Abitudini sane: virtù toscane

A PAG. 3

Cure a casa: guida all'uso

A PAG. 4-5

Siena partner con la Cina

A PAG. 7

FOCUS SALUTE Abitudini e titolo di studio pesano sull'incidenza delle malattie



La roulette della cronicità

Più casi di Bpco, diabete e ipertensione tra i cittadini meno istruiti

Il diabete, l'ipertensione, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco), le conseguenze di un ictus, l'insufficienza cardiaca: sono condizioni comuni, che, se sono gestite con attenzione, non precipitano in patologie più gravi.

Prevalenze e trend. La relazione sanitaria 2009 quantifica la prevalenza nella popolazione toscana di alcune di queste condizioni, utilizzando i dati delle indagini annuali multiscopo dell'Istat.

Nel 2008, su mille adulti toscani, 48 erano afflitti da Bpco, il diabete era diagnosticato mediamente in 61 persone, mentre la condizione di iperteso era riferita da 172 rispondenti. Confrontando il dato con quello complessivo italiano depurato dell'effetto dell'età si osserva che dal 2005 al 2008 il dato toscano è stato costantemente inferiore a quello nazionale in tutte e tre le patologie. Minore tranquillità desta però l'analisi dei trend nell'ultimo periodo. Se l'aumentare dell'età media causa quasi inevitabilmente una crescita della diffusione di queste condizioni nella popolazione toscana, anche stimando il dato depurato dall'effetto dell'età, si rileva dal 2005 al 2008 un aumento medio dell'1% nell'ipertensione, del 3% nella

Crescono le nascite e l'età delle madri, cesarei al 26,5%

Negli ultimi anni in Toscana si è assistito a un incremento del numero di parti accompagnati da importanti cambiamenti socio-demografici delle donne: l'età media al parto è in aumento (31,7 anni) come la proporzione di madri nubi, e diminuisce la proporzione di donne al primo figlio.

Il 22,7% dei parti ha interessato donne di nazionalità straniera (era il 12,7% nel 2001). Soprattutto cinesi, albanesi, rumeni e marocchine. Durante la gravidanza si ricorre prevalentemente all'assistenza privata: tra le residenti, il 63,9% sceglie di essere seguita da un ginecologo privato, il 21,4% dal consultorio, il 12,1% dall'ospedale e il 2,6% dichiara di non essere seguita da nessuna struttura. Si mantengono elevati il numero medio di visite (6,7) ed ecografie in gravidanza (5,0), mentre c'è una flessione del ricorso a tecniche di diagnostica prenatale invasive.

La quasi totalità dei parti viene effettuata in ospedali pubblici e la quota di parti cesarei è del 26,5% (andamento stazionario e inferiore alla media nazionale del 38,4%). L'aumento delle nascite rispecchia l'aumento dei tassi di fecondità sia per le donne italiane che straniere (rispettivamente per il 2008: 1,33 e 2,12 per l'Italia; 1,25 e 2,05 per la Toscana). All'aumento delle nascite si contrappone la diminuzione della natimorta-

lità che negli ultimi due anni si è assestata al 2,7 per 1.000 (era il 3,6 nel 2000).

Le proporzioni di nati vivi prematuri e di basso peso alla nascita presentano una lieve crescita nel tempo, raggiungendo, rispettivamente, valori di 7,1 e 6,7% nel 2008 mentre i gravemente prematuri e i nati vivi con peso alla nascita molto basso si sono assestati, negli ultimi due anni, su valori percentuali dello 0,9%. Diminuisce, poi, l'ospedalizzazione nel primo anno di vita. Tassi di ospedalizzazione elevati sono dovuti al ricovero di neonati. I ricoveri ordinari riguardano principalmente malattie e disturbi del periodo neonatale (58,4% nel 2007-2008); i bambini di età 1-4 anni si ricoverano prevalentemente per malattie dell'apparato respiratorio (17,4%) e malattie e disturbi del sistema nervoso (14,8%), mentre nelle età 5-9 anni e 10-14 anni, il motivo principale di ospedalizzazione riguarda malattie e disturbi dell'apparato digerente (rispettivamente il 18,7 e il 22%). Nel 2008 l'85,7% dei ricoveri ordinari è stato effettuato in reparti pediatrici.

**Veronica Casotto
Monica Da Frè**

Ars - Settore epidemiologia dei servizi sociali integrati

dall'indagine multiscope dell'Istat nel 2008 in Toscana variano per tipologia di titolo di studio: rispetto alla popolazione con titolo di studio più alto quella con un titolo intermedio (licenza media o titolo superiore che non permette di accedere all'università) ha una prevalenza dal 30 al 70% maggiore nelle tre condizioni; la popolazione con titolo di studio più basso (licenza elementare o senza titolo di studio) ha una prevalenza di ipertensione maggiore del 50%, il doppio di prevalenza di Bpco e, particolarmente significative, tre volte maggiore nel caso del diabete. Queste differenze dipendono a loro volta dal fatto che la popolazione più istruita ha generalmente stili di vita più sani. In parte questo dipende dal fatto che la facilità nell'acquisire stili di vita sani è tanto maggiore quanto maggiori sono le possibilità di accedere alle informazioni corrette che sono più alte nella popolazione maggiormente istruita.

Rosa Gini
Ricercatore

Paolo Francesconi
Dirigente

Osservatorio Epidemiologia Ars Toscana

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bpco e del 4% nel diabete.

Gli stili di vita che aumentano il rischio per queste patologie sono obesità, fumo di sigaretta, inattivi-

tà fisica.

Disuguaglianze. È noto che la prevalenza di patologie croniche varia al variare del livello socio-

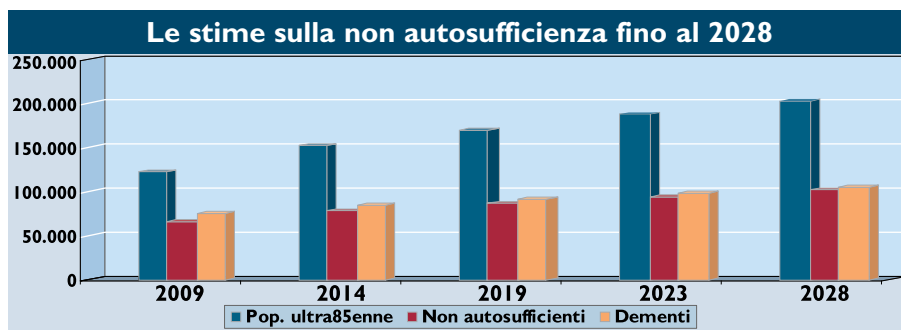
economico della popolazione. La relazione sanitaria mostra in particolare come le prevalenze di diabete, ipertensione e Bpco registrate

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Secundo i dati Istat, a inizio 2009 erano residenti in Toscana circa 862.600 anziani (persone sessantacinquenni e oltre). La popolazione della nostra Regione è relativamente più anziana rispetto alla media italiana. In Toscana gli ultra65enni rappresentano il 23,3% della popolazione residente, in Italia il 20,1 per cento. Nei prossimi anni l'Istat prevede un ulteriore aumento delle persone al di sopra degli 85 anni. Tutto ciò è senza dubbio uno dei migliori aspetti della nostra società, anche perché la maggior parte degli anziani è in buone condizioni di salute e rappresenta una preziosa risorsa per la famiglia e la collettività. D'altra parte il progressivo invecchiamento della popolazione porta con sé un aumento dei problemi legati all'età avanzata (demenza e disabilità in primis).

Attualmente, gli anziani non autosufficienti, che non riescono cioè a svolgere autonomamente le attività di base della vita quotidiana (come mangiare, vestirsi, curare l'igiene personale eccetera) sono circa 66mila, il 4,9% degli uomini e il 9,9% delle donne. Valutando il livello di gravità

Tra cinque anni 78mila non autosufficienti



del bisogno assistenziale che presentano, circa 46mila di questi anziani sono classificabili su un livello uguale o superiore al terzo (in una scala da uno a cinque) e quindi, secondo le attuali proposte, eleggibili per l'accesso al fondo regionale per

la non autosufficienza. In base alle previsioni Istat di popolazione e ipotizzando costante la prevalenza del fenomeno, si prevede che i non autosufficienti tra cinque anni ammontano a circa 78mila (+19% rispetto al 2009). Tra gli anziani ancora

pienamente autosufficienti nelle attività di base sono circa 117mila (15,5%) quelli che presentano un altissimo rischio di perdere la propria autonomia. Queste persone vengono definite fragili. I 60mila fragili di età compresa tra i 75 e gli 84 anni potrebbero costituire il target principale per interventi di prevenzione della disabilità, volti a mantenere l'anziano in condizione di piena autonomia. I dementi tra gli anziani sono circa 75mila, dei quali due terzi sono donne e quasi la metà hanno già compiuto 85 anni. Oltre la metà è autosufficiente nello svolgimento delle attività di base, circa un terzo parzialmente autonomo. Il resto degli anziani affetti da demenza dipende totalmente dall'aiuto di altre persone.

Paolo Francesconi
Dirigente

Francesco Profili
Ricercatore

Osservatorio di Epidemiologia, Ars Toscana

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

centomila persone per anno attribuibili al differenziale di livello di istruzione. Affrontare il fenomeno delle disuguaglianze nella salute è considerato dall'Oms la principale priorità di Sanità pubblica. Due le cose da fare.

① Mettere in luce il fenomeno per comprenderne le dimensioni e le cause. Ciò significa disaggregare i dati statistici di mortalità, morbosità, disabilità, stili di vita, utilizzazione e qualità dei servizi per livello socio-economico, come ormai avviene da anni nelle "relazioni sanitarie" di diversi Paesi, come Inghilterra e Usa. In Toscana non partiamo da zero: lo studio longitudinale toscano studia da alcuni anni le disuguaglianze sociali nella mortalità nelle province di Firenze, Prato e Livorno;

Ars dispone di dati riguardanti stili di vita e malattie croniche disaggregati per livello socio-economico; Mes dispone di dati riguardanti l'uso dei servizi disaggregati per livello d'istruzione.

② Adottare adeguate strategie di contrasto. Queste riguardano in primo luogo interventi nei confronti della causa "distali" delle disuguaglianze (in primo luogo la lotta contro la povertà, l'eccesso di stratificazione sociale e le disuguaglianze economiche) che sono di stretta pertinenza politica.

Ma il settore sanitario non può chiamarsi fuori da questo impegno perché è dimostrato che interventi di Sanità d'iniziativa correggono significativamente le disuguaglianze sociali nella salute. È il caso del «chronic care model»

che migliora la qualità delle cure, riduce l'aggravamento delle malattie, garantisce la continuità dell'assistenza e affronta i bisogni delle persone più vulnerabili economicamente, quelle meno informate e meno protette dal sistema. È il caso degli screening che - come provato da un recente studio dell'Ispo sul tumore della mammella - sono in grado di aumentare la sopravvivenza a dieci anni delle donne che vi partecipano, ma ancor più quella delle donne appartenenti al gruppo economico più svantaggiato, annullando la differenza nella sopravvivenza tra donne appartenenti a differenti classi sociali.

Dipartimento di Sanità pubblica
Università di Firenze
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Guadagnati tre anni in... (segue dalla prima pagina)

che in altre Regioni, ma lo fanno con minori eccessi, secondo un modello del bere moderato a tavola di mediterranea memoria. Diverso, invece, lo scenario alcolico tra i ragazzi toscani, sempre più omologati ai coetanei europei, coinvolti nell'abuso di alcol nel week-end, con quello che consegue in incidenti stradali e comportamenti violenti, anche se con tassi di problematicità al momento inferiori a quelli nord-europei.

Moderati anche sul cibo, i toscani consumano però ancora poca frutta e verdura e forse troppa carne. E non a caso quasi un bambino su tre è in sovrappeso od obeso, anche se siamo ancora lontani dai livelli epidemici di obesità delle Regioni del Sud Italia. In Toscana poi si vive in un ambiente di buona qualità, monitorato con tecnologia evoluta, e in

miglioramento nel tempo. Infine, gli approfondimenti della Relazione sanitaria sui problemi delle donne, dei bambini, degli adolescenti, degli anziani, degli stranieri, e sulla distribuzione temporale e geografica delle più importanti malattie, tra cui quelle cardiovascolari e i tumori, evidenziano un quadro dello stato di salute in Toscana buono, se non eccellente rispetto ai valori medi nazionali. E anche le sporadiche criticità riscontrate sono in linea con quelle dei Paesi più evoluti, a cui la Toscana appartiene a pieno titolo. La sfida per i prossimi anni sembra dunque essere quella di una Toscana che invecchia, ma in buona salute.

* Coordinatore
Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia regionale Sanità toscana

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FOCUS SALUTE

Ancora diffuso tra i cittadini il modello «mediterraneo» del bere

Stili di vita con moderazione



A rischio i giovani binge drinkers - Fumo in calo negli ultimi 30 anni

Negli ultimi 30 anni, la ricerca scientifica ha mostrato come i comportamenti giochino un ruolo sempre più fondamentale nel determinare la mortalità e le morbosità premature. Oggi, nella nostra Regione come nel nostro Paese, l'adozione di stili di vita non corretti viene considerata sempre di più come una delle nuove sfide che il mondo dei servizi sanitari e sociali devono affrontare: stiamo parlando del fumo di sigaretta, dell'abuso di alcol, della sedentarietà e degli stili alimentari non sani, con il conseguente aumento della frequenza di persone obese.

I comportamenti salutistici sono stati spesso descritti come atti volontari, ma questo appare ormai come un punto di vista piuttosto superficiale. Per esempio, è facile intuire che il consumo di alcol e di tabacco non sono solo comportamenti individuali, ma al contrario le modalità del loro uso dipendono da norme sociali codificate e da appartenenze socio-culturali. Infatti, è ormai cosa nota che lo stato di salute e i suoi determinanti, inclusi gli stili di vita, sono distribuiti in modo assai diverso tra le diverse classi sociali. Nell'ambito della prevenzione sono ormai presenti, anche se non utilizzate in modo compiuto, misure che agiscono sugli individui (come i trattamenti per smettere di fumare), sulla comunità (come le campagne informative per la dissuasione dal consumo) o a livello del sistema sociale (come i divieti di fumo e l'ampliamento delle aree urbane riservate ai pedoni).

Rispetto alle abitudini di vita che più incidono sullo stato di salute, i cittadini to-

Percentuale e numero stimato di fumatori				
Azienda Usl di residenza	Edit (%)	Passi (%)	Numero stimato di fumatori	
	14-17 anni	18-69 anni	N.	%
1 - Massa Carrara	13,1	24,1	34.235	23,6
2 - Lucca	14,1	22,0	33.849	21,6
3 - Pistoia	22,9	30,1	61.291	29,8
4 - Prato	20,8	21,6	38.564	21,6
5 - Pisa	10,4	22,9	53.246	22,3
6 - Livorno	19,6	21,6	53.755	21,5
7 - Siena	19,0	33,3	60.768	32,7
8 - Arezzo	13,1	33,5	79.449	32,5
9 - Grosseto	19,3	38,9	60.595	38,1
10 - Firenze	21,4	29,6	166.547	29,2
11 - Empoli	18,9	28,0	45.885	27,6
12 - Viareggio	16,8	29,6	35.031	29,0
Toscana	18,4	27,8	723.216	27,6
Distribuzione per Ausl, età 14-69 anni - Toscana, anno 2008				
Fonte: Edit 2008, Passi 2007-2008				

I «binge drinkers»			
Regione	Maschi	Regione	Femmine
Sicilia	6,5%	Sicilia	1,4%
Lazio	9,4%	Marche	2,0%
Liguria	10,2%	Liguria	2,1%
Puglia	10,3%	Abruzzo	2,3%
Toscana	10,9%	Umbria	2,5%
Umbria	11,2%	Puglia	2,6%
Campania	12,3%	Lazio	2,7%
Marche	12,8%	Toscana	2,7%
Italia	13,1%	Piemonte-V. Aosta	2,8%
Emilia R.	13,3%	Sardegna	2,9%
Piemonte-V. Aosta	13,8%	Basilicata	3,0%
Lombardia	13,9%	Italia	3,0%
Calabria	16,0%	Emilia R.	3,0%
Veneto	16,4%	Campania	3,2%
Abruzzo	18,8%	Calabria	3,2%
Sardegna	19,8%	Veneto	3,3%
Basilicata	20,0%	Molise	3,3%
Friuli V.G.	21,3%	Lombardia	3,8%
Molise	21,4%	Friuli V.G.	5,4%
Trentino A.A.	24,8%	Trentino A.A.	6,8%

l'effetto protettivo dell'abitudine familiare del vino a tavola o forse perché in ritardo sui modelli emergenti internazionali).

Relativamente al consumo di tabacco questo risulta in costante diminuzione negli ultimi 30 anni anche se questo è dovuto soprattutto a coloro che hanno smesso di fumare piuttosto che a coloro che non iniziano. Il quadro è sovrapponibile a quello nazionale.

Per quanto riguarda l'aumento di frequenza del sovrappeso e dell'obesità ormai è da considerarsi una vera e propria emergenza a livello mondiale, associata con un aumento del rischio di ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari e neoplasie. Si tratta di una vera epidemia legata a trasformazioni epocali dell'alimentazione e alla riduzione a livello di massa dell'attività fisica. Dato questo quadro l'obesità e il sovrappeso sono meno diffusi tra i toscani rispetto agli italiani a tutte le età, ma soprattutto tra i ragazzi e i bambini.

In conclusione per affrontare la sfida delle malattie croniche sono necessarie strategie integrate che utilizzino interventi la cui efficacia sia dimostrata, al fine di prevenire le malattie oppure per trattarle e agire. Sono proprio gli interventi di prevenzione basati sulla provata efficacia nell'ambito degli stili di vita che potrebbero dare i migliori risultati per evitare anni di vita persi o vissuti in condizione di disabilità.

Fabio Voller
Ars - Dirigente settore epidemiologia dei servizi sociali integrati

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il problema del sovrappeso affligge un ultracinquantenne su due

Diverse indagini forniscono informazioni sulla percentuale di soggetti in eccesso di peso in Toscana, stimata in base all'indice di massa corporea (Imc) o body mass index (Bmi). In Toscana, nel 2008, il 7% dei bambini di 8-9 anni risulta obeso, il 22,5% in sovrappeso e il 70,5% sottopeso, senza marcate diversità nei due generi. La quota di soggetti in eccesso di peso tende a ridursi progressivamente fino alla fase della tarda adolescenza.

La prevalenza di sovrappeso e obesità cresce successivamente con l'età, per raggiungere valori che superano il 50% negli ultracinquantenni. Negli adulti, complessivamente, la condizione di sovrappeso interessa il 36,5% dei

soggetti, con differenze marcate nei due generi (maschi: 45,1%; femmine: 28,6%), mentre gli obesi sono il 9%; l'obesità risulta maggiormente diffusa nei soggetti con livelli di istruzione familiare bassi e medio-bassi. Le prevalenze più elevate di eccesso di peso (età 18-69 anni) si registrano nelle Ausl di Massa Carrara e Pistoia.

In Toscana si riscontrano consumi di alcol più alti rispetto al contesto nazionale ma la proporzione di consumatori coinvolta nel «binge» e quindi nel bere eccedentario è tra le più basse tra le Regioni italiane (6,6% contro 7,9% della media italiana), in particolare modo per i maschi. Il modello di consumo toscano sembra seguire un modello tradizionale tipico dell'area

mediterranea ma tra i più giovani si sta diffondendo un modello di consumo «nordeuropeo»: grandi quantità di alcol consumate in poche occasioni quasi esclusivamente durante il fine settimana. Per quanto riguarda le conseguenze dell'abuso, ogni anno in Toscana sono circa 900 i decessi (2,2% della mortalità totale), e circa 9.500 i ricoveri (1,2%) attribuibili al consumo di alcol. Infine, in Toscana l'alcol causa circa il 10% degli incidenti stradali, il 20% di quelli più gravi.

Nadia Olimpi
Fabio Voller
Ars - Settore epidemiologia dei servizi sociali integrati

© RIPRODUZIONE RISERVATA

scani sono sempre più orientati verso modelli internazionali ed europei, ma rispetto al resto degli italiani sembrano più moderati, con maggiori motivazioni salutistiche e

conservano preziose abitudini mediterranee. Questo è in particolare il caso dell'alcol dove convivono in Toscana due modelli del bere: «mediterraneo» degli adulti e «nor-

dico» dei ragazzi. Tra gli adulti si beve spesso, ma soprattutto vino con moderazione a tavola, secondo un modello alimentare radicato in una solida tradizione cultura-

le. L'affermazione tra i giovani del modello internazionale di abuso di alcol nel week-end, non raggiunge i livelli di problematicità dei Paesi nordeuropei (forse per

DROGHE

Il fantasma della cocaina

In Toscana, così come nel resto del mondo, il consumo di droghe rappresenta un fenomeno che riguarda più da vicino i giovani. Lo studio nazionale Ipsad stima infatti che, in Toscana, circa un terzo dei giovani adulti (15-34 anni) abbia assunto almeno una droga nella vita. Lo studio Edit, realizzato nel 2008 da Ars, che ha indagato i comportamenti degli studenti toscani tra i 15 e i 19 anni, ha stimato che circa 34mila ragazzi hanno assunto droghe nell'ultimo mese e, nella quasi totalità dei casi (85%) è stata la cannabis. Sull'intero territorio regionale le aree che risultano più coinvolte sono quelle tipicamente metropolitane (Firenze, Prato e Empoli). La dipendenza patologica da droghe riguarderebbe invece circa l'1% della popolazione.

Nel 2008 in Toscana risultano essere quasi 14mila le persone in trattamento presso un Sert. Coerentemente con lo scenario nazionale, l'utenza in carico ai servizi, mostra un invecchiamento costante dovuto al prolungamento dei tempi di ritenzione in trattamento e, dalla fine degli anni '90 in poi, si registra un costante aumento del consumo problematico di cocaina. Infine, negli ultimi quattro anni di rilevazione (2004-2007), in termini di numeri assoluti, anche i decessi per overdose risultano aumentati (32 i deceduti nel 2007).

Alice Berti
Ars - Epidemiologia dei servizi sociali integrati

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TABACCO

Se la sigaretta è donna

L'abitudine al fumo, in Toscana come in Italia, è da tempo in forte diminuzione (dal 35% del 1980 al 22,7% del 2008) in particolare modo nel genere maschile mentre il consumo fra le donne rimane stabile. Tale diminuzione è il risultato della larga quota di coloro che smettono di fumare (+17% in 22 anni) anziché di coloro che non iniziano. Continua a persistere una percentuale elevata di giovani che iniziano a fumare. Tra gli uomini la proporzione maggiore di fumatori appartiene alle classi sociali più basse mentre tra le donne il consumo si stratifica maggiormente nelle classi sociali medio-alte. Tra i giovani le femmine hanno una propensione maggiore al consumo di tabacco rispetto ai maschi: sembrerebbe quindi che crescendo le donne diventino più moderate mentre gli uomini non modificano sostanzialmente il loro comportamento.

Il numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco è rimasto stabile negli ultimi 20 anni, diminuendo fortemente nel genere maschile (-1.202 decessi in 20 anni) ma non ancora in quello femminile (+1.852 decessi) che purtroppo è in aumento. Nel triennio 2005-2007 si sarebbero potuti evitare 17.445 decessi causati dal fumo di sigaretta, il 14,5% dei decessi totali.

Cristina Orsini
Ars - Epidemiologia dei servizi sociali integrati

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DISAGIO PSICHICO

Protezione per i malati

Rispetto al dato nazionale, in Toscana si assiste a un uso sempre maggiore dei servizi sanitari territoriali da parte delle persone affette da un disturbo psichico, mentre il ricorso all'ospedalizzazione è sensibilmente inferiore.

Nel 2008, infatti, risultano attivi presso i Dsm 70.608 adulti, corrispondenti al 2% della popolazione residente in Toscana, e 29.796 utenti di età inferiore ai 18 anni (5% dei residenti di 18 anni). La diminuzione del tasso di ricovero, con conseguente aumento del trattamento day hospital, si osserva in particolare nel gruppo dei disturbi psico-organici (demenze) ma si può notare anche nelle altre categorie diagnostiche, con l'esclusione dei disturbi bipolari e dei disturbi dell'infanzia. La maggior accessibilità ai servizi sanitari, nonché un valido sistema di protezione sociale, sembra intervenire anche nella riduzione dell'atto suicidiario che in Toscana, nell'ultimo ventennio, si è ridotto del 17% passando da 332 decessi nel 1988 a 275 nel 2007. In Toscana, come in Italia, questo fenomeno continua a coinvolgere soprattutto il genere maschile ultra70enne, associazione, questa, meno evidente nel genere femminile.

Caterina Silvestri
Ars - Settore epidemiologia dei servizi sociali integrati

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOCUMENTI Approvata una delibera che delinea soluzioni e interventi per rendere effettiva l'erogazione delle cure a casa del paziente



La guida all'uso per l'assistenza domiciliare

Dai punti unici di accesso alla presa in carico del malato fino alla valutazione delle terapie: ecco tutte le tappe

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 262 dell'8 marzo 2010 che contiene l'approvazione del documento «Assistenza domiciliare (Ad) e Assistenza domiciliare integrata (Adi). Problematiche e soluzioni».

LA GIUNTA REGIONALE

Delibera

1. Di approvare il documento «Assistenza domiciliare (Ad) Assistenza domiciliare integrata (Adi) Problematiche e soluzioni», di cui all'allegato A, parte integrante del presente atto;

2. di confermare il processo di valorizzazione del ruolo del medico di comunità già avviato con la delibera della Giunta regionale 1205/2009 al fine di migliorare il servizio e realizzare una vera presa in carico delle persone tendente a una valorizzazione dei bisogni della persona;

3. di dare mandato ai Settori della Direzione generale competente affinché sia dato seguito alle procedure previste nell'allegato A e ulteriori implementazioni in ordine all'accesso ai servizi da parte del cittadino.

ALLEGATO A

ASSISTENZA DOMICILIARE (AD) ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

PROBLEMATICHE E SOLUZIONI

Gennaio 2010
Gruppo di lavoro regionale assistenza domiciliare

1. Introduzione

L'assistenza domiciliare costituisce l'insieme degli interventi sanitari e/o socio-sanitari erogati da professionisti del territorio a domicilio del paziente.

Essa diventa assistenza domiciliare **integrata** (Adi) quando, in base ai **bisogni** del cittadino sono chiamate in causa professionalità diverse, sanitarie e sociali, che pongono in essere un'integrazione professionale volta alla realizzazione di **progetti** unitari, mirati a soddisfare la diversa natura dei bisogni emergenti.

A questo proposito è opportuno dare un significato alle terminologie utilizzate: «bisogno», «integrazione professionale» e «progetto»:

- **Bisogni**: l'utilizzo del concetto di bisogno in contrapposizione al termine «domanda» è fondamentale. Si vuole, infatti misurare e rispondere al bisogno dell'utente anche indipendentemente a ciò che viene erogato (es. l'erogazione di una prestazione monoprofessionale non esclude l'esi-

stenza di un bisogno complesso che, per esempio per la parte sociale, può essere soddisfatto direttamente dalla famiglia con risorse proprie; inoltre dobbiamo tenere presente che il bisogno può talvolta essere espresso oppure non espresso);

- **Integrazione professionale**: si intende quella tra professionisti dell'area sanitaria con quelli dell'area sociale e tra professionalità diverse dell'area sanitaria che richiedono l'avvio di un progetto assistenziale condiviso;

- **Progetto**: si intende un insieme scritto di propositi di assistenza e cura, condiviso da tutti gli attori chiamati in causa per prestare l'assistenza necessaria al cittadino.

Sulla base di quanto sopra esposto le fattispecie di assistenza domiciliare (Ad) caratterizzate da multiprofessionalità e dalla redazione di un progetto e quindi definite come Adi, si possono ricomprendere nei:

a) casi di assistenza domiciliare (integrata) definiti nel corso di una Uvm (Unità di valutazione multiprofessionale) distrettuale con emissione di relativo Pap;

b) casi di assistenza domiciliare integrata proposti da Mmg e/o Pdf, autorizzati dal Medico di Comunità ai sensi dell'allegato «A» Acn Mmg e/o allegato «B» Acn Pdf.

Pertanto la totalità dell'assistenza domiciliare, dal punto di vista del professionista interessato e del progetto redatto si può distinguere in Adi come sopra definita oppure in «semplice» assistenza domiciliare monoprofessionale e monoprestazionale.

Per «progetto» è da intendersi sia il Pap che la scheda Adi redatta ai sensi dell'allegato H Acn, successivamente concordata con i professionisti interessati.

La caratterizzazione dell'assistito oggetto di interventi riconducibili all'Adi è riferibile a:

1. caso indipendente dall'età, sesso, patologia o altro stato fisico-psichico e sociale;

2. caso con bisogni sanitari o socio-sanitari;

3. caso per il quale i bisogni siano stati rilevati in uno dei due precedenti punti a) o b).

Per maggiore chiarezza si forniscono alcune tipologie di Ad e relativa classificazione in coerenza con quanto sopra esposto (tabella 1).

In fase di rilevazione dovrà essere distinto il numero delle persone >65enni assistite con la tipologia Adi.

Un elemento importante che bisogna avere presente nell'analisi di questa modalità organizzativa di erogazione di assistenza è la continua dinamicità. Infatti un caso Adi può configurarsi in tale fattispecie oggi e non domani perché lo stato della salute socio-sanitaria può cambiare e quindi i bisogni diminuiscono, oppure viceversa, come più spesso accade, quello che oggi è un banale caso di assistenza domiciliare può divenire domani Adi perché i bisogni necessitano di risposte integrate e programmate mediante un progetto comune e condiviso. Inoltre occorre tenere presente il rischio di mancata equità nell'accesso al servizio, dato che nel recente passato si è rilevata una scarsa conoscenza dei punti unici di accesso (Pua), da cui potenziali discriminazioni derivanti dal fatto che «solo chi è a conoscenza dell'offerta (direttamente o attraverso intermediari come il Medico di famiglia), chiede e ottiene». Lo stesso dicasi, a maggior ragione per i punti insieme, che costituiscono le propaggini più avanzate per l'ascolto e l'accoglienza dei bisogni di assistenza socio-sanitaria territoriale dei cittadini.

A ciò occorre anche aggiungere problemi di continuità assistenziale (soprattutto nei fine settimana) e una logica di servizio

ancora prevalentemente «prestazionale» anziché di presa in carico differenziata in base alla natura e complessità del bisogno, come testimoniato da un'altra indagine del Laboratorio Mes condotta nel 2008 proprio sulla soddisfazione degli utenti dell'assistenza domiciliare in Regione Toscana.

Tutto quanto premesso rileva che l'Adi deve essere considerata una sezione dell'assistenza domiciliare e la capacità di programmazione ed erogazione del servizio deve evolvere in modo nonautoreferenziale rispetto alle modalità organizzative attuali, per tenere invece conto del progetto e dei suoi obiettivi sulla persona, delle priorità assistenziali e della coerenza con gli altri ambiti di cura (es. strutture residenziali, ospedale ecc.).

Scenario di riferimento a livello nazionale

Inoltre, come noto, la materia in Italia è resa complessa dalla presenza di diverse tipologie di servizi (Adp, Adi ecc.), da un'offerta limitata (30 anziani su 1.000 in Italia rispetto a punte di 196 nel Nord Europa) e variabile tra Regioni nella capacità di presa in carico, da una certa difficoltà di configurazione del servizio rispetto alla casistica, nonché da modalità di attivazione eterogenee (a esempio, presso un'azienda sanitaria toscana nel 2007 solo nel 30% dei casi esisteva coincidenza tra pazienti a domicilio valutati da Unità di valutazione multidimensionali, pazienti in assistenza domiciliare attivata direttamente da Medici di famiglia e pazienti con assistenza domiciliare socio-sanitaria).

A livello nazionale, nel 2006, solo il 3% degli anziani con più di 65 anni risultava assistito a domicilio. Nel panorama italiano, a fronte di una crescita lenta ma progressiva, la Regione Toscana presenta una collocazione per casi trattati inferiore alla media, seppur contraddistinta da un numero di ore di assistenza leggermente superiore ad alcune Regioni di riferimento.

In base ai dati rendicontati alla Sisac delle Regioni, la Toscana presenta il tasso di visite Adp per Mmg più alto e la spesa per assistenza domiciliare erogata dai Mmg più elevata. A fronte di ciò, occorre anche considerare che la Toscana dispone di una popolazione leggermente più anziana tra le Regioni considerate.

Il posizionamento complessivo della Toscana nello scenario nazionale rivela pertanto una performance altalenante: da un lato meno casi Adi trattati, dall'altra più visite Adp a fronte di una popolazione più anziana e con una spesa maggiore per l'assistenza dei medici di famiglia (quindi senza considerare il costo dell'assistenza infermieristica e sociale). Ovviamente, siccome non è dato sapere l'affidabilità dei dati nazionali, a loro volta dipendenti da quelli regionali e aziendali, è comunque riferito solo al 2006, la posizione complessiva della Regione rivela probabili margini di miglioramento, anche a partire dalle modalità di registrazione e rendicontazione dei casi (es. le Uvm registrano correttamente i casi Adi).

A fronte dello scenario descritto, l'indagine svolta in Toscana tra i pazienti che hanno usufruito di cure a domicilio, reclutate direttamente dalle Asl tra i mesi di aprile e giugno 2008 (sulla base di criteri predefiniti, tra cui l'acquisizione del consenso informato), ha rivelato una soddisfazione medio-alta. Il campione statistico è consistito in 2.342 interviste, tra cui il 95% dei pazienti ha ricevuto assistenza a domicilio per più di 3 mesi, richiesta il 63% delle volte da parte del Medico di medicina generale (Mmg), spesso a seguito di una

dimissione ospedaliera (60% delle interviste). Il servizio è stato attivato entro 2-3 giorni per il 64% dei casi (con una punta di attesa di più di una settimana per il 19%). La figura più frequente a domicilio è risultata l'infermiere (70% dei casi), seguita dal Mmg (14%). Il personale accede al domicilio meno di una volta la settimana nel 23% delle risposte, una volta nel 18%, due volte nel 28 per cento. Le principali tipologie di prestazioni riguardano medicazioni (28%), prelievi (23%) e cateteri urinari (12%). Nel 74% dei casi i pazienti hanno avuto bisogno di ausili e presidi a domicilio, ricevendoli entro una settimana però solo per il 61% dei casi. I pazienti possono inoltre contattare i professionisti (es. infermieri) in caso di bisogno, considerano che vi sia adeguata comunicazione tra i diversi operatori (76%), ricevono informazioni chiare (84%), si sentono molto ascoltati (80%), mai sottoposti a cure senza il proprio consenso (97%) e ritengono il personale molto gentile (71%), professionale (67%), coordinato (70%), anche se nel 41% dei casi non sanno chi sia effettivamente il responsabile complessivo tra le diverse figure.

Malgrado alcune lamentele per l'eccessivo turnover o la mancanza di appuntamenti con il personale (35% dei casi), per il coinvolgimento parziale del Mmg, per alcuni aspetti burocratici, per qualche difficoltà assistenziale nei week-end, per la mancata fornitura gratuita di alcune risorse (es. crema per piaghe da decubito), il servizio è stato valutato ottimo nel 63% dei casi, buono in un ulteriore 31 per cento. Sebbene il dato sia decisamente positivo, occorre segnalare come al decrescere del livello di studio, aumenti il livello di soddisfazione per il servizio: ciò è sintomatico di una potenziale asimmetria informativa a sfavore dei cittadini meno istruiti, di cui le aziende sanitarie dovrebbero tenere conto allo scopo di prevenirne potenziali disuguaglianze.

La soddisfazione per i servizi domiciliari (ancorché composti da tipologie assistenziali eterogenee e di diversa intensità) è quindi risultata tra le più alte finora riscontrate nell'ambito delle indagini conoscitive del Laboratorio Mes; se da un lato ciò è coerente sia con lo stato del bisogno che con la letteratura in materia, dall'altra non significa che non esistano margini di miglioramento. A esempio, se il 41% dei pazienti riceve assistenza al massimo una volta la settimana e in quasi tutte le Asl i pazienti consumano un po' tutti gli ausili e presidi disponibili, significa che il servizio in parte funziona secondo «automatismi prestazionali», mentre sarebbe auspicabile una presa in carico differenziata in funzione della complessità dei fabbisogni (es. pazienti non auto-sufficienti, malati oncologici terminali). Proprio il valore riconosciuto da pazienti e familiari dovrebbe infatti indurre

un sforzo di organizzazione e gestione nella direzione di una vera «continuità assistenziale domiciliare», con maggiore coordinamento interprofessionale e risposte costo-efficienti, ovvero in grado di abbinare servizi su misura a benefici trasversali per il sistema (es. riduzione tassi di ricovero dei pazienti seguiti a domicilio).

Vista la rilevanza attribuita dai pazienti e familiari al servizio e l'attendibilità relativa dei dati disponibili a livello nazionale, occorre sviluppare a maggior ragione un flusso informativo regionale che consenta alla Toscana una migliore capacità di monitoraggio e valutazione di attività ed effetti assistenziali.

Il servizio è stato giudicato ottimo dal 63% dei toscani

2. Stato attuale nazionale/regionale

L'attuale contesto nazionale di riferimento è rappresentato dal decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare» pubblicato sulla Gu n. 6 del 9/1/2009.

Questo decreto, in attuazione del Mattone 13 «Assistenza primaria e prestazioni domiciliari», nell'ambito del progetto «Mattone nel Servizio sanitario nazionale» aventi l'obiettivo di individuare le metodologie e i contenuti informativi necessari al pieno sviluppo del sistema informativo nazionale sanitario, ha previsto l'obbligo di attivare un sistema informativo regionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.

L'allegato tecnico del decreto definisce come oggetto di rilevazione da parte di tutte le regioni «tutti gli interventi sanitari ovvero socio-sanitari» caratterizzati dai seguenti aspetti:

- presa in carico dell'assistito;
- valutazione multidimensionale dell'assistito, attraverso l'Uvm;
- definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- responsabilità clinica in capo a medico di medicina generale, pediatra di libera scelta.

È evidente che questa definizione trova applicazione negli interventi cosiddetti «complessi», con integrazione socio-sanitaria, limitandosi, pertanto, allo studio e alla rilevazione dei casi di Adi.

D'altronde la tipologia e natura di interventi svolta al domicilio dell'assistito comprendente una casistica molto più ampia, e in costante aumento, per una serie di fattori, quali a esempio la deospedalizzazione precoce e la promozione della domiciliarità degli assistiti.

A oggi nelle aziende della Regione Toscana non esistono rilevazioni e codifiche atte a misurare il volume dell'assistenza domiciliare erogata sul territorio nonché misurare l'Adi.

Tutto quello che siamo in grado di misurare è il volume di accessi effettuati dai medici di medicina generale e dai pediatri di famiglia, identificati e notulati come accessi Adi, e il volume delle risorse destinate alla non autosufficienza.

Anche questo tipo di rilevazione mostra però enorme variabilità tra le Asl toscane, che ovviamente andrà esaminata, affrontata e superata.

Il medesimo calcolo effettuato per l'Adp fornisce una situazione più omogenea, a riprova del fatto che le maggiori criticità stanno nella definizione e attivazione dell'Adi.

La rilevazione effettuata dal ministero della Salute in collaborazione con le Regioni per il Sistema informativo sanitario attraverso il modello Fis 21 mostra una riprova di tale situazione variegata toscana. Infatti se confrontiamo la spesa per singola Asl toscana ogni 100 abitanti con il numero di casi Adi trattati per 1.000, è possibile vedere che esiste una qualche forma di correlazione solo per alcune Asl (di si dovrebbe infatti aspettare una correlazione tra casi trattati e numero di accessi pagati), mentre per altre tale effetto non esiste.

Secondo quanto sopra esposto è possibile adesso sintetizzare i vari aspetti individuando nel contempo le possibili soluzioni, attraverso la seguente tabella delle criticità (tabella 2).

3. Accessibilità

Prima di stabilire alcune regole condivise tra tutte le Asl toscane per accessi in assistenza domiciliare, siano essi programmati o spontanei, è necessario definire:

(continua a pag. 5)

► (segue da pag. 4)

mati e/o integrati è opportuno analizzare il fenomeno accessi domiciliari da parte dei Mmg, così come descritto nel vigente Acn ed effettuare le seguenti considerazioni, attraverso uno studio effettuato su una popolazione di 230mila abitanti e usato come «caso-indice».

L'Adp è di gran lunga il tipo di accesso più usato dai Mmg (65 % dei casi). Sempre per l'Adp l'età media degli utenti è di 83 anni. Il sesso più rappresentato è quello femminile con il 68 % dei casi. Per quanto riguarda l'Adi, l'età media è di 80 anni con il 60,5 % a carico del sesso femminile.

Fra le fratture il 24 sul 25 % appartengono alle fratture di femore e anca.

Secondo quanto sopra riportato si possono individuare alcune regole da condividere per tutte le Asl toscane per gli accessi Adp/Adi dei Mmg e Pdf.

- Adp

a) l'autorizzazione aziendale sulla base della frequenza e relativa scadenza:

- accesso settimanale implica autorizzazione a scadenza trimestrale (previo sopralluogo domiciliare: i medici di comunità valutano l'opportunità di effettuarlo in tutti i casi o solo a campione);
- accesso quindicinale, scadenza semestrale;
- accesso mensile, scadenza annuale;

b) per la cadenza degli accessi si fa riferimento all'allegato G dell'Acn, in ogni caso, ai fini della corresponsione del pagamento, il numero viene tarato in relazione alle settimane presenti in un anno (52) a titolo esplicativo si precisa quanto segue:

- accesso quindicinale: max 26 accessi anno;
- accesso settimanale: max 52 accessi anno;

c) deve essere presente presso il domicilio del paziente la scheda degli accessi sulla quale il Mmg annota la data della prestazione.

- Adi

a) deve avere alla base un progetto multiprofessionale condiviso con obiettivi precisi, con scadenze rivalutative da effettuare in Uvm;

b) deve avere nella settimana dell'accesso del Mmg anche, almeno, un altro accesso da parte di un operatore sanitario e sociale pubblico;

c) deve essere articolata in una delle seguenti tipologie:

i) approvata in sede di Uvm e avere un Pap;

ii) essere in assistenza per cure palliative;

iii) dimissione ospedaliera protetta, che necessita di una rivalutazione periodica in Uvm;

iv) dimissione da altra struttura es.: Rsa o Ospedale di Comunità/Continuità ecc.;

d) non può avere indicativamente una validità superiore ai tre mesi salvo diversa prescrizione. Trascorso questo tempo deve essere ri-contrattata e ri-autorizzata;

e) deve essere presente presso il domicilio del paziente la scheda degli accessi sulla quale il Mmg annota la data della prestazione, insieme alle date degli altri operatori socio-sanitari;

f) l'Adi deve essere alternativa al ricovero.

4. Gestione e monitoraggio

In applicazione al mandato del decreto citato, ma con una estensione maggiore la Regione Toscana, che, attraverso l'attuale contesto normativo e organizzativo ha già provveduto a definire linee guida, indirizzi e strumenti, in particolare sul versante del sostegno della non autosufficienza, di cui l'assistenza domiciliare rappresenta uno degli elementi portanti, ha definito come

ambito di rilevazione il cui flusso sarà avviato a partire dall'1/1/2010, la seguente casistica di intervento:

1. Ad socio-sanitaria (caratterizzata specificatamente da Uvm/Pap);
2. Ad solo sanitaria;
3. Adp-Adi (programmata da parte Mmg e/o integrata con altre figure sanitarie);
4. Cure palliative domiciliari;
5. Ad per continuità Ospedale/Territorio (a es. dimissione protetta).

(N.B.: i casi da collocare nei punti 2, 3, 4 e 5 sono quelli che non vengono esaminati in sede di Uvm).

Il progetto del flusso è stato già presentato ai direttori sanitari e sociali e ai loro tecnici nell'aprile u.s. Le aziende Usl hanno, pertanto, avviato le necessarie azioni, in particolare contatti con le software-house, per la realizzazione del progetto. L'attivazione del flusso fra le aziende Usl e la Regione Toscana ha l'obiettivo di monitorare il percorso del caso (dalla fase iniziale di segnalazione fino alla conclusione dell'assistenza), l'alimentazione della Carta sanitaria elettronica, il monitoraggio degli interventi erogati, e l'assolvimento del debito informativo ministeriale nelle modalità previste dal decreto.

Obiettivo del flusso è descrivere il modello organizzativo adottato, i suoi scenari e casi d'uso, che caratterizzano un progetto di assistenza domiciliare e che sono attivati al verificarsi di determinati eventi, la tipologia di informazioni e gli eventi al verificarsi dei quali tali informazioni sono generate e trasmesse. Gli eventi, che sono registrati attraverso la compilazione di tracciati record predisposti, riguardano nello specifico le sottoindicate fasi.

- Evento 1

Segnalazione del caso

L'evento si verifica quando viene effettuata alla rete dell'accesso la segnalazione del caso (da parte del diretto interessato, dei suoi familiari, o di altri soggetti titolari a farlo). Con rete dell'accesso si intende una rete di presidi zonali denominati punti insieme e la funzione di governo di questa stessa rete, svolta dal Punto unico di accesso (Pua). La rete dell'accesso assicura l'accoglienza e l'informazione alla persona che richiede la valutazione e la prima lettura del bisogno. Le informazioni riguardanti:

- data della segnalazione;
- codice identificativo regionale dell'assistito/dati anagrafici e residenza;
- dati soggetto richiedente;
- tipo di segnalazione (nuova segnalazione, già in carico);
- esito prima lettura del bisogno (sanitario, socio-sanitario, sociale);
- un codice identificativo della segnalazione.

Pertanto anche l'Adi, l'Adp e l'Adr segnalati dal Mmg/Pdf devono seguire questo unico percorso di ricezione e attivazione.

- Evento 2

Presa in carico del paziente

Nel caso di bisogno socio-sanitario interviene l'Unità di valutazione multidisciplinare (Uvm) per la valutazione del caso e la definizione del Progetto di assistenza personalizzato (Pap).

In questo caso, l'evento Presa in carico si verifica quando si conclude da parte dell'Uvm il percorso valutativo-progettuale del caso segnalato. Per i casi sanitari «semplici» l'evento Presa in carico coincide invece con l'effettiva presa in carico da parte dell'operatore sanitario (che comunque segue di norma la definizione di un progetto assistenziale); al verificarsi dell'evento Presa in carico, la Asl invia alla Regione informazioni rilevanti:

1. Ad socio-sanitaria (caratterizzata specificatamente da Uvm/Pap);

2. Ad solo sanitaria;

3. Adp-Adi (programmata da parte Mmg e/o integrata con altre figure sanitarie);

4. Cure palliative domiciliari;

5. Ad per continuità Ospedale/Territorio (a es. dimissione protetta).

(N.B.: i casi da collocare nei punti 2, 3, 4 e 5 sono quelli che non vengono esaminati in sede di Uvm).

Il progetto del flusso è stato già presentato ai direttori sanitari e sociali e ai loro tecnici nell'aprile u.s. Le aziende Usl hanno, pertanto, avviato le necessarie azioni, in particolare contatti con le software-house, per la realizzazione del progetto. L'attivazione del flusso fra le aziende Usl e la Regione Toscana ha l'obiettivo di monitorare il percorso del caso (dalla fase iniziale di segnalazione fino alla conclusione dell'assistenza), l'alimentazione della Carta sanitaria elettronica, il monitoraggio degli interventi erogati, e l'assolvimento del debito informativo ministeriale nelle modalità previste dal decreto.

Obiettivo del flusso è descrivere il modello organizzativo adottato, i suoi scenari e casi d'uso, che caratterizzano un progetto di assistenza domiciliare e che sono attivati al verificarsi di determinati eventi, la tipologia di informazioni e gli eventi al verificarsi dei quali tali informazioni sono generate e trasmesse. Gli eventi, che sono registrati attraverso la compilazione di tracciati record predisposti, riguardano nello specifico le sottoindicate fasi.

L'evento si verifica quando viene effettuata alla rete dell'accesso la segnalazione del caso (da parte del diretto interessato, dei suoi familiari, o di altri soggetti titolari a farlo). Con rete dell'accesso si intende una rete di presidi zonali denominati punti insieme e la funzione di governo di questa stessa rete, svolta dal Punto unico di accesso (Pua). La rete dell'accesso assicura l'accoglienza e l'informazione alla persona che richiede la valutazione e la prima lettura del bisogno. Le informazioni riguardanti:

- dati soggetto erogatore;
- data presa in carico;
- tipo valutazione;
- valutazione multidimensionale dell'assistito (se bisogno socio-sanitario);
- tipo percorso;
- percorso individuato dal Progetto di assistenza personalizzato (se bisogno socio-sanitario).

- Evento 3

Erogazione dell'assistenza domiciliare

L'evento si verifica ogni qualvolta si ha l'accesso di un operatore al domicilio dell'assistito per l'erogazione di una prestazione sia sanitaria che sociale. In tal caso l'Asl invia alla Regione le seguenti informazioni rilevanti:

- data accesso;
- tipo operatore;
- codice evento erogazione.

In futuro è previsto anche l'invio del numero e del tipo di prestazioni erogate.

- Evento 4

Rivalutazione (eventuale) del caso

In funzione delle scadenze definite nel Pap o in presenza di condizioni che la rendano necessaria (variazioni nel quadro clinico del paziente), può essere effettuata una rivalutazione del paziente, al fine di aggiornare il quadro clinico e, laddove necessario, modificare coerentemente il progetto assistenziale. Nel caso un evento di rivalutazione conduca a una variazione del tipo di percorso assistenziale progettato per le mutate condizioni dell'assistito (per esempio da Ad a Rsa), questo dovrà essere seguito dalla conclusione di tale percorso e poi da una nuova segnalazione e presa in carico con la generazione di un nuovo codice assistenza. Alla conclusione della rivalutazione del caso, la Asl invia alla Regione:

- informazioni aggiornate di valutazione;
- informazioni aggiornate di convivenza (nucleo familiare convivente e assistente non familiare convivente);
- motivazioni della rivalutazione.

- Evento 5

Sospensione (eventuale) dell'assistenza

L'evento si verifica nei casi seguenti:

- quando si presentano le condizioni per sospendere l'erogazione dell'assistenza (ricovero temporaneo in ospedale, allontanamento temporaneo, ricovero in struttura residenziale, altro);

Alcune tipologie di assistenza domiciliare (tabella 1)

Esemplificazione casi:	Tipologia classificativa
● Cittadino di qualsiasi età con bisogni infermieristici e di assistenza alla persona a casa esaminato in Uvm con Pap o dimesso dall'ospedale segnalato al Pua	Adi
● Cittadino di qualsiasi età assistito da Mmg e altro operatore sanitario e/o sociale in un arco temporalmente vicino, segnalato come Adi dal Mmg, non transitato da Uvm, autorizzato come Adi dal Medico di distretto	Adi
● Cittadino ≥65 anni esaminato da Uvm, con Pap, ai sensi della Lr 66/2008, con assistenza di carattere domiciliare	Adi
● Cittadino di qualsiasi età con bisogno complesso segnalato al punto insieme	Adi
● Cittadino ≥65 anni con assistenza domiciliare indiretta di contributo economico, ai sensi della Lr 66/2008 con indicazione nel Pap di interventi sanitari aggiuntivi all'aiuto economico per acquisto servizi	Adi
● Cittadino di qualsiasi età con accesso domiciliare di un solo operatore sociale o sanitario, senza accessi del Mmg (es. solo prelievo ematico domiciliare, solo cambio catetere, solo igiene personale ecc.) o con bisogno semplice segnalato al punto insieme	Ad
● Cittadino ≥65 anni esaminato da Uvm, con Pap, ai sensi della Lr 66/2008, con Pap con solo contributo per acquisto di servizi per l'assistenza indiretta, senza altri accessi da parte di altri operatori né Mmg	Adi
● Cittadino ≥65 anni esaminato da Uvm, con Pap, ai sensi della Lr 66/2008, con collocazione in Rsa	Adr
● Cittadino assistito a casa unicamente per accessi del Mmg	Adp

Le criticità (tabella 2)

Criticità	Analisi	Possibili soluzioni
Alta spesa per medico di assistenza primaria per Ad	(Fonte Sisac, 2006)	Calcolare la spesa su assistito, pesato, >65 anni, anziché per Mmg
Bassa % di casi Adi trattati su popolazione >65 anni	(Fonte ministero della Salute, 2006)	Redigere una definizione di caso Adi e di metodica di conteggio valida sia per la Toscana che per tutto il territorio nazionale. Standardizzare i casi sull'età della popolazione standardizzare i casi sull'età della popolazione (vedi punto 1)
Alto tasso di Adp per Mmg	(Fonte Sisac, 2006)	Standardizzare i casi sull'età della popolazione (vedi punto 1)
Fis 21, ministero della Sanità. Modello per la rilevazione assistenza domiciliare integrata da parte dei Mmg		Non c'è omogeneità e congruità nella trasmissione dei dati tra Asl e neppure temporalmente
Numero di Adi per 100.000 abitanti per Asl toscane	Disomogeneità tra Asl	Necessità di omogeneizzare e standardizzare tra le varie Asl: definizione, numero eventi attesi (es. media az.le e reg.le)
Numero di Adp per 100.000 abitanti per Asl toscane	Disomogeneità tra Asl	Necessità di omogeneizzare e standardizzare tra le varie Asl sul numero eventi attesi (es. media az.le e reg.le)
Numero di Adi, Adp per 100 abitanti per singolo Mmg	Disomogeneità tra Mmg, anche con rapporti di 1:4 e 1:5	Necessità di omogeneizzare e standardizzare tra i vari Mmg sul numero eventi attesi (es. media az.le e reg.le)
Disomogenea attività di autorizzazione di Adp/Adi tra Asl		Necessità di regole condivise per l'autorizzazione al fine di ottenere omogeneità e appropriatezza clinica
Definizioni del Dm 17/12/2008 e del Rfc Regione Toscana	Possibile confusione nella collocazione delle classi	Necessità di socializzazione agli attori interessati relativamente alle 5 classi citate

- al termine della sospensione.

- Evento 6

Conclusione del percorso assistenziale

L'evento si verifica al termine del percorso assistenziale. Al verificarsi di questo evento, sulla base della definizione regionale di codifica

FOCUS SALUTE

Piano sull'ambiente: benzene nei limiti, allarme ozono e particolato



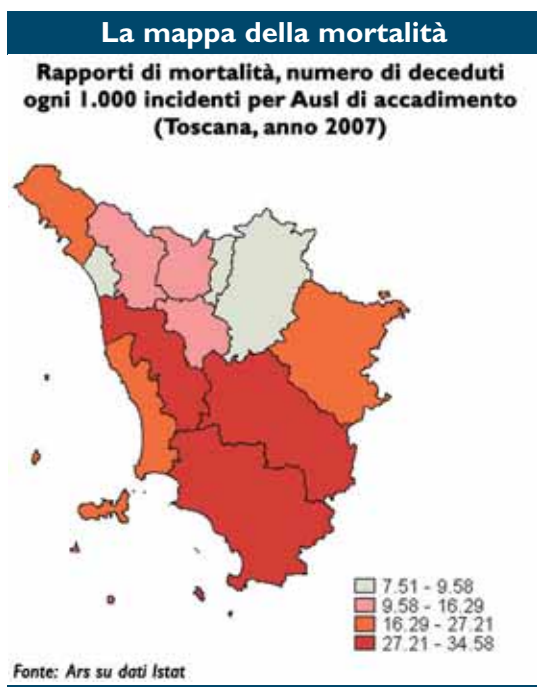
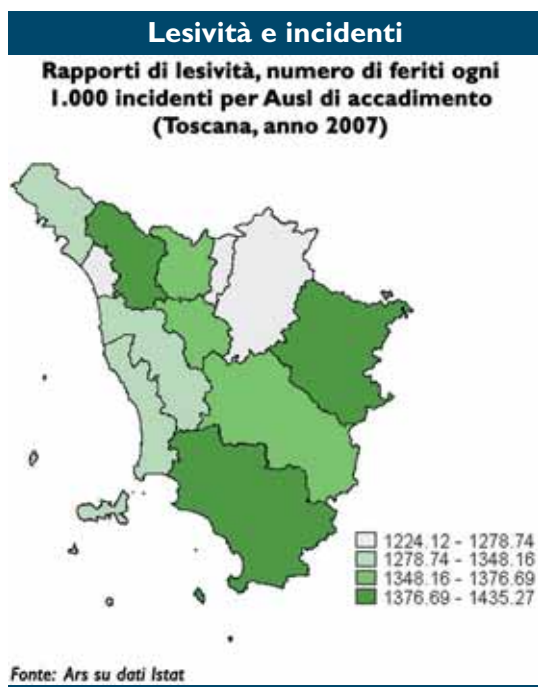
Obiettivo qualità dell'aria

Inquinamento acustico oggetto di un esposto su tre - Pesticidi in calo

La qualità dell'aria nei centri urbani principali della Toscana è monitorata in collaborazione tra enti locali e Arpat. Dal 2005 al 2013 le direttive indicano i valori limite per gli inquinanti atmosferici, ultima la 2008/50/Ce che aggiorna e riunisce tutte le disposizioni. Per SO₂, CO, Pb i valori limite protettivi per la salute, già in vigore dal 2005, sono ampiamente rispettati in Toscana, con un trend di riduzione negli anni. Anche per il benzene si rispetta negli ultimi anni il limite in vigore dal 2010. Non mostrano invece miglioramenti stabili gli andamenti degli altri inquinanti atmosferici, biossido di azoto, PM10 e ozono.

Il monitoraggio del particolato PM2,5 è iniziato nelle maggiori aree urbane (Firenze, Prato, Livorno), sebbene non ancora previsto dalle norme italiane. La Regione Toscana ha approvato il piano regionale di risanamento e mantenimento della qualità dell'aria 2008-2010 (delibera del Consiglio regionale n. 44 del 25 giugno 2008), che produrrà anche la riduzione della percentuale di popolazione esposta a elevati livelli di inquinamento atmosferico. Arpat rileva settimanalmente in quattro stazioni anche la presenza nell'aria di pollini e delle spore fungine, di interesse per le patologie allergiche, riportandone i valori nel sito web e predisponendo i calendari pollinici annuali per piante arboree, specie erbacee ed erbe infestanti.

Nel corso del 2008 quasi un esposto su tre da parte dei cittadi-



ni toscani ha riguardato episodi di inquinamento acustico, perlopiù in ambiente urbano. In una recente indagine emerge che un cittadino su tre a Firenze e uno su sei a Pisa, di giorno è esposto a livelli di inquinamento acustico da traffico stradale superiore a 65 dB, valore riconosciuto come soglia per l'insorgenza di patologie extrauditriche. E di notte il 33% dei pisani e il 43% dei fiorentini è esposto a inquinamento acustico da traffico superiore ai limiti raccomandati dall'Oms per la protezione dei bambini, degli anziani e della popolazione affetta da patologie cro-

niche. Nel panorama italiano, la Toscana risulta comunque tra le più solerti nell'applicazione della legge nazionale 447/1995 «Legge quadro sull'inquinamento acustico».

L'inquinamento elettromagnetico è indotto principalmente dagli impianti da diffusione radiofonica e televisiva, da telefonia mobile e dagli elettrodomestici. Le stazioni di telefonia mobile sono in continua crescita nelle province toscane, ma i livelli di esposizione della popolazione si mantengono sempre inferiori ai limiti di legge. Anche le postazioni radiofoniche e

televisive sono in aumento. La metà degli impianti sono ponti radio di scarso impatto sull'esposizione della popolazione, mentre alcune situazioni critiche sono state risolte e nel 2012, con il passaggio della Toscana al digitale terrestre, si dovrebbe assistere a un sostanziale miglioramento. Riguardo agli elettrodomestici, le misurazioni effettuate negli ultimi anni nei luoghi a permanenza umana prolungata mostrano il rispetto del valore di attenzione e dell'obiettivo di qualità.

Rispetto alle radiazioni ionizzanti, in Toscana la contaminazio-

ne ambientale da radionuclidi artificiali (Cesio 137 e iodio 131) risulta stabile negli ultimi anni e a livelli non significativi per l'esposizione della popolazione. Tra i radionuclidi naturali, sono in corso di valutazione i livelli di radon in oltre 1.800 abitazioni, 1.300 luoghi di lavoro, e quasi 90 scuole, riscontrando finora valori medio-alti di radon indoor, più spesso nelle aree meridionali e insulari, mentre una parte significativa del territorio regionale è caratterizzata da concentrazioni basse e molto basse.

L'utilizzo dei prodotti fitosanitari - erbicidi, fungicidi, insetticidi - in agricoltura è in costante diminuzione in Toscana, insieme a un aumento delle vendite di principi attivi per l'agricoltura biologica. In Toscana i prodotti ortofrutticoli esaminati negli anni 2006-2008 sono risultati regolari in oltre il 70% dei campioni: le irregolarità (superamento dei valori di residui consentiti) vanno dal 20% del 2006 al 28% nel 2008. Gli ortaggi sono sempre compresi nei campioni irregolari. L'olio di oliva non è risultato irregolare nel triennio. Gli alimenti possono contenere quantità di residui entro i limiti consentiti («regolari con residui»); questo accade nella frutta, in particolare nelle pomacee (40% dei campioni «regolari con residui»).

Ulteriori informazioni sul sito www.arpat.toscana.it o telefonando al numero verde 800-800400.

Danila Scala

Epidemiologia ambientale Arpat

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INCIDENTI STRADALI

In aumento il numero dei sinistri ma il livello di gravità è in discesa

Secondo i dati del flusso Istat/Aci, in Toscana nel 2008 si sono verificati oltre 18.800 incidenti stradali, che hanno comportato il ferimento di quasi 25mila individui e il decesso di circa 300 persone.

Il trend degli ultimi anni indica che il numero di sinistri, nonostante l'introduzione della patente a punti (2003), è in aumento, mentre risulta in diminuzione la loro gravità. In relazione all'obiettivo fissato dall'Unione Europea nel libro bianco (2001), di ridurre la mortalità del 50% entro il

La categoria più debole è quella dei pedoni anziani

quelli più gravi in termini di conseguenze sanitarie. Circa un coinvolto su tre ha un'età compresa tra i 14 e i 29 anni, e i maschi sono oltre il doppio rispetto alle femmine.

Le categorie deboli della strada sono i ciclisti e i pedoni, specie in età anziana. Secondo lo studio Edit (Epidemiologia dei determinanti degli incidenti stradali in Toscana), effettuato da Ars su un campione di studenti toscani di età 14-19 anni, risulta che circa il 50% degli intervistati è stato coinvolto almeno in un sinistro nel corso della vita. Un terzo

circa dei conducenti abituali di ciclomotori, moto o auto ha riferito di aver guidato almeno una volta, nell'ultimo anno, dopo aver consumato elevate quantità di alcol, mentre il 16,2% dopo aver assunto droghe.

Francesco Innocenti
Ars - Settore Epidemiologia dei Servizi sociali integrati

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Diminuiscono i tassi di mortalità per l'infarto miocardico e l'ictus

Infarto miocardico acuto (Ima). In Toscana si hanno poco meno di 11.150 casi/anno di Ima ospedalizzato o morti coronariche extraospedaliere. I tassi standardizzati mostrano un aumento accentuato degli Ima ospedalizzati fino al 2004-05, per le modifiche nei criteri diagnostici (introduzione test della troponina), seguito da una rapida riduzione fino al 2007. La mortalità per Ima è diminuita nel tempo: nell'età 45-74 anni, tra il 1987 e il 2007, la riduzione è del 63 per cento.

Il rischio di ammalarsi aggraviato per età è più elevato nei maschi e nei residenti nelle aree del Nord-ovest e della costa. Il trattamento con angioplastica primaria ha avuto un notevole incremento (circa 320 interventi nel 1997, circa 2.700 nel 2007). I tassi di ospedalizzazione per malattie ischemiche cardiache sono simili alla media nazionale, mentre i tassi di mortalità sono inferiori

Il rischio di ammalarsi è più elevato nei maschi

a questa (-10%).

Ictus cerebrale. In Toscana si hanno poco più di 11.150 casi/anno. I tassi standardizzati di incidenza mostrano una progressiva riduzione nel tempo, indicando che, eliminato l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, l'incidenza della malattia è in diminuzione. La mortalità è diminuita nel tempo: nell'età 45-74 anni, tra il 1987 e il 2007, la riduzione è del 66 per cento. Il rischio di malattia è più elevato nei maschi e nei residenti in alcune aree della regione: Ausl di Lucca, Prato

(maschi), Arezzo (femmine). I tassi di ospedalizzazione per eventi cerebrovascolari della Toscana, dopo aggiustamento per età, sono analoghi a quelli medi nazionali nelle femmine e superiori nei maschi (+5%).

Alessandro Barchielli
Dirigente Epidemiologia Asl di Firenze

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DATI ISPO

Tumori meno aggressivi, cresce il tasso di sopravvivenza dei malati

In Toscana la mortalità per il totale dei tumori è in significativa riduzione, segno che il sistema sanitario nel suo complesso è efficace. Ogni anno vengono diagnosticati tra i residenti in Toscana circa 25mila nuovi casi di tumore fino a 84 anni, mentre circa 11.500 sono i decessi oncologici. I dati del registro tumori della Regione (www.ispo.toscana.it) mostrano che le nuove diagnosi, al netto dell'invecchiamento, sono stabili tra gli uomini e ancora in crescita tra le donne.

Si stima che un uomo e una donna ogni 2 svilupperanno un tumore nel corso della loro vita. Allo stesso modo un uomo ogni 3 e una donna ogni 6 hanno la probabilità di morire per tumore. La sopravvivenza per i malati di tumore, in media 55% fra gli uomini e 63% fra le donne a cinque anni dalla diagnosi, è cresciuta nel tempo.

In Toscana si tratta di oltre 160mila persone. I tumori più frequentemente diagnosticati, ol-

tre agli epitelomi cutanei (18,2% di tutti i tumori tra gli uomini e 16,6% tra le donne), sono tra gli uomini il tumore della prostata (14,6%), quello del polmone (12,6%), del colon-retto (11,8%), della vescica (8,6%) e dello stomaco (5,0%). Tra le donne domina il tumore della mammella (23,6% del totale dei tumori femminili), seguito da colon-retto (12,0%), polmone (5,1%), stomaco (4,4%), e collo dell'utero (3,7%). In termini di mortalità fra gli uomini il tumore del polmone causa il 28% dei decessi tumorali, seguito da colon-retto (13%), stomaco (9%), prostata (8%), e fegato (5%). Tra le donne i tumori del colon-retto e della mammella causano ciascuno il 15% dei decessi oncologici, seguiti dal polmone (10%), stomaco (8%) e pancreas (7%).

Ogni anno 25mila nuovi casi fino a 84 anni

Emanuele Crocetti
Epidemiologia clinica e valutativa, Ispo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SIENA Intese siglate da Ateneo e Aou con ministero della Salute e Università di Pechino

Ricerca, ponte con la Cina



Formazione manageriale alle Scotte - Progetti di protezione ambientale

L'Università di Siena e l'azienda ospedaliera universitaria senese hanno siglato accordi in Cina con il ministero della Salute e con le Università di Pechino.

Accordi di collaborazione e scambio nell'ambito della ricerca, della didattica, della formazione specialistica dei medici sono stati raggiunti tra Università di Siena, azienda ospedaliera universitaria senese e alcune delle più importanti istituzioni universitarie e ospedaliere della Repubblica Popolare Cinese. Grazie a un solido rapporto di collaborazione instaurato da tempo tra Regione Toscana e Cina, lo staff senese rientrato dalla Cina - dove c'è stato

un incontro con alti funzionari ministeriali e rettori di Atenei - ha portato a casa concreti risultati, con ben cinque progetti innovativi.

«È stato un confronto costruttivo e produttivo - conferma Morello - la nostra Università è tra le più antiche del mondo; quelle cinesi, anche se più giovani, sono molto dinamiche, con forti margini di sviluppo e immense casistiche». In particolare sono stati sottoscritti diversi accordi con le istituzioni universitarie di Pechino. È stato ampliato il programma di formazione clinica già in essere tra la Regione Toscana e il ministero della Salute cinese per aggiungere una formazione specialistica mana-

geriale ai medici che già da un anno sono in tirocinio alle Scotte, con convenzione tra Università, ospedale e dipartimento Risorse umane e sviluppo del ministero della Sanità cinese. Sono stati stipulati inoltre due accordi-quadro per lo scambio di studenti e l'avvio di progetti di ricerca, organizzazione di convegni e percorsi formativi con partecipazione economica del Ministero cinese. Accordi siglati anche con la II Università di Pechino e con la Capital Medical University, che raggruppano ben 15 ospedali con 20mila dipendenti, mille professori ordinari e 2mila associati. Un'altra Università con cui è stato sottoscritto un accordo è quella di Medi-

cina tradizionale cinese, la più importante al mondo per i metodi tradizionali.

L'Università di Siena, infine, con il dipartimento di Scienze ambientali, parteciperà a un progetto per la protezione dell'ambiente, con particolare attenzione a valutazione e gestione degli incidenti industriali, valutazione e controllo su qualità dell'aria ed energie alternative, emissioni di mercurio, gestione dei rifiuti ospedalieri.

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou Siena

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LIVORNO

Parti indolore per tutte le mamme: analgesia epidurale garantita sempre

Dal 15 febbraio anche a Livorno è stato introdotto un nuovo sistema di parto analgesia, comunemente chiamato «epidurale», che pur mantenendo la piena collaborazione della gestante, permette di ridurre il dolore del travaglio. Era uno degli obiettivi che la direzione si era prefissata fin dal suo arrivo e grazie allo sforzo congiunto dei molti professionisti coinvolti è finalmente possibile. Il servizio sarà gratuito e disponibile per tutte le 24 ore grazie alla presenza costante di anestesisti all'interno del reparto di Ginecologia. «Si tratta di un grande salto di qualità per il nostro reparto - spiega Lucia-

calare quello dei cesarei. Sono molte, infatti, le donne che si rivolgono ad altre strutture proprio alla ricerca della cosiddetta epidurale».

L'introduzione del parto analgesia è stata l'occasione anche per ripensare l'intero «Percorso nascita» che offre alle donne un accompagnamento fin dalle fasi precedenti al concepimento a quelle successive al parto. «Abbiamo voluto arricchire di contenuti e possibilità - annuncia Daniela Vac-

Riprogrammato l'intero schema del percorso nascita

cai, responsabile aziendale delle ostetriche - i percorsi offerti alle donne che si rivolgono ai nostri consultori. Per questo sono state realizzate anche due nuove brochure. «Aspetti un bambino? Aspettiamolo insieme» e «Il controllo del dolore nel travaglio di parto». I nuovi percorsi prevedono, inoltre, diversi momenti di contatto con le strutture del reparto necessari per sviluppare un rapporto che, in una fase così delicata come quella del parto, deve essere di assoluta fiducia».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PISA

Parte progetto pilota: pacemaker per gli ipertesi farmaco-resistenti

L'ospedale di Pisa sarà il primo in Italia ad avviare lo studio sui pazienti ipertesi resistenti ai farmaci utilizzando una terapia biotecnologica chiamata «Bat» (Rheos Baroreflex Activation Therapy). Pisa farà da apripista e sarà il primo, fra gli 11 Centri ipertensione di riferimento europeo che operano in Italia, ad avviare il protocollo su alcuni pazienti già individuati. Successivamente, saranno attivati i percorsi anche presso i centri ospedalieri universitari di Firenze e Siena.

Si tratta di utilizzare un pacemaker «abbassa-pressione» ideato per i pazienti refrattari alle cure farmacologiche, già sperimentato con risultati estremamente positivi negli Usa nel 2009 e in procinto di partire con i test in Italia e in Europa. Il dispositivo consiste in un generatore di impulsi, collegato al seno carotideo bilateralmente con elettrodi, impiantabile con un intervento chirurgico miniminvasivo.

L'effetto della stimolazione provoca la riduzione

dell'attività nervosa simpatica (reni e circolo periferico), vasodilatazione, rallentamento della frequenza cardiaca e, di conseguenza, abbassamento della pressione arteriosa. Tradotto in termini di impatto sociale, l'impiego del dispositivo equivale alla possibilità concreta di una migliore aspettativa e qualità della vita per oltre due milioni di italiani resistenti alle terapie farmacologiche standard.

Il protocollo basato sulla terapia biotecnologica Bat

«Per noi è significativo - ha detto il direttore generale dell'AouP **Carlo Rinaldo Tomassini** - il rigore con cui le aziende ospedaliere-universitarie intraprendono l'avvio di sperimentazioni e di nuovi protocolli terapeutici, e questo vale per la terapia Bat, per la robotica, l'Haifu, la risonanza magnetica 3 Tesla e tantissime altre apparecchiature diagnostiche o chirurgiche ad alta tecnologia coinvolte nei nostri percorsi assistenziali».

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PISTOIA

La spesa farmaceutica è in calo: aumenta l'utilizzo dei «generici»

Per la prima volta l'anno scorso nell'azienda Usl 3 di Pistoia la spesa farmaceutica convenzionata ha registrato una riduzione del -1,64% con una diminuzione maggiore nella zona pistoiese (-1,79%) rispetto alla zona Valdinievole (-1,42%). Un traguardo che viene da anni inseguito, per la precisione dal 2002 quando l'azienda sanitaria pistoiese conquistò la maglia nera in Toscana, per l'elevata spesa farmaceutica convenzionata. A fronte di un'elevata appropriatezza prescrittiva dei farmaci nel 2009 il miglioramento dell'anno passato si è ripetuto, anzi si è risparmiato ancora di più rispetto al 2008.

Nel 2008 si erano spesi 50.642.138 mentre nel 2009 si sono spesi 49.810.511 con un risparmio del 2% rispetto all'anno precedente pari a 831.627.00. In relazione all'utilizzo dei generici il dato regionale migliore è quello delle aree montane. I cittadini residenti in montagna per comprarsi i farmaci hanno speso meno (166,91 euro) che nel resto dell'azienda sanitaria (176,67). La spesa procapite a livello aziendale è risultata di 176,67 euro. Nelle due zone è così suddivisa: in quella pistoiese ogni cittadino ha

speso 174,89 euro e in Valdinievole 179,27 euro. Se si considera l'aumento della popolazione, che è risultato del 2,16%, la riduzione della spesa pro-capite diventa -3,72% per cui il differenziale di spesa rispetto al 2008 è stato migliore rispetto a quello medio regionale (-2,09%).

Sempre nel 2009 il costo per ricetta è ulteriormente diminuito (-2,94%) rispetto all'anno precedente e vede l'Ausl 3 con un dato migliore (16,99 euro) rispetto a quello regionale (17,28 euro), anche se con un differenziale più ristretto che nel passato.

Il confronto fra le due zone dimostra un dato sensibilmente migliore nella zona di Pistoia, per cui nella zona Valdinievole è da incoraggiare maggiormente l'uso dei cosiddetti generici. Alcuni farmaci hanno avuto nel corso del 2009 incrementi per ragioni cliniche come il dato di oltre +15% degli inibitori della pompa acida (antiacidi, antiulcera) che vengono prescritti per la prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN BREVE

VIAREGGIO

L'azienda Usl 12 di Viareggio ha aderito a un progetto internazionale in materia sanitaria definito «Family Choice» per informare i turisti, che si recano in Versilia, dei servizi sanitari offerti nel territorio. L'adesione è motivata dal fatto che in questi ultimi anni il «Turismo Sanitario» - in continua crescita - offre l'opportunità di combinare la vacanza con ogni tipo di trattamento sia medico che chirurgico. In accordo con l'Apt Versilia verranno presentate ai cittadini inglesi che si recano in Versilia, attraverso un sito e un annuario cartaceo stampato in circa 30mila copie e diffuso in tutto il Regno Unito, informazioni relative ai servizi offerti. «Siamo molto convinti di questa collaborazione - ha detto il direttore dell'Apt Versilia, Massimo Lucchesi - il servizio sanitario offerto soddisfa in modo egregio residenti e turisti».

GROSSETO

Nuove opportunità per combattere i problemi legati all'uso di alcol, grazie alla collaborazione fra l'Unità funzionale Dipendenze - distretto «Area grossetana» della Asl 9 e l'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento (Acat): a fianco dell'ambulatorio alcologico, operativo dalla fine del 2007 all'ospedale Misericordia, è stato attivato di recente anche un Centro cui possono rivolgersi le persone e le famiglie per consulenze e informazioni sui possibili trattamenti. Il nuovo Centro di ascolto offre un servizio gratuito, ad accesso libero, garantisce l'anonimato e la tutela della privacy. Un'importante collaborazione visti i dati sull'utenza forniti dall'Unità funzionale Dipendenze del distretto «Area grossetana», che rilevano un costante aumento del numero di pazienti che si rivolgono all'ambulatorio alcologico.

SIENA

Nuove prospettive di cura per i pazienti colpiti da stenosi aortica grazie all'utilizzo di innovative valvole artificiali a Siena. L'Emodinamica del Policlinico Santa Maria alle Scotte ha reso disponibile un nuovo sistema per trattare quei pazienti che, per età o particolari patologie, non possono subire un intervento chirurgico tradizionale. Grazie alla preziosa collaborazione dei reparti di Cardiocirurgia, Chirurgia dell'aorta toracica e Terapia intensiva cardiotoracica, il trattamento è disponibile per tutti i pazienti con specifiche caratteristiche cliniche. La malattia valvolare aortica rappresenta un importante problema di salute pubblica anche per la sua alta prevalenza legata all'invecchiamento della popolazione. Negli ultimi otto mesi di applicazione della metodica nel Policlinico sono stati effettuati 16 impianti di protesi aortiche percutanee.

EMPOLI

Nei primi quattro mesi di vita del dipartimento di Ortopedia protesica in Area vasta Centro a Fucecchio, sono stati eseguiti 217 interventi. Sono stati 140 gli utenti operati a Fucecchio provenienti dalle aziende sanitarie afferenti all'Area vasta Centro, 18 quelli provenienti dall'Area vasta Sud-est e 12 quelli dall'Area vasta Nord-ovest. In 30 sono confluiti nella struttura fucecchiese dal territorio dell'Asl 11 e in 17 da altre regioni. Oltre all'avvio degli interventi chirurgici, i primi quattro mesi del dipartimento di Ortopedia protesica hanno comportato una fase costitutiva e organizzativa dal punto di vista giuridico-amministrativo e medico-assistenziale delicate, che hanno raggiunto il definitivo assestamento. Il Dipartimento è diventato in poco tempo sede di iniziative scientifiche e di sperimentazioni assistenziali.



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



**MA DOVE?
IN BIBLIOTECA.**

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

IN CONTRI
STUPE
FACENTI

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN GRESSO
LIBERO

INTER
NET
PER
TUTTI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

MUSICA
E
FILM

IN CONTRI
STUPE
FACENTI

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN GRESSO
LIBERO

MUSICA
E
FILM

IN CONTRI
STUPE
FACENTI

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN GRESSO
LIBERO

INTER
NET
PER
TUTTI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua
www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche