

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 36 anno XIII del 28 set. - 4 ott. 2010 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.Toscana.it

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

L'ambito ideale per "produrre" benessere

di Daniela Scaramuccia *

Le Società della salute hanno superato il periodo della sperimentazione e sono ora in una fase di consolidamento in tutta la Toscana, coprendo l'88% della popolazione. Il Laboratorio MeS presenta i primi risultati della valutazione della performance e l'occasione pare opportuna per fare una riflessione sugli obiettivi delle Società della salute.

Il principio ispiratore ha origine nella definizione di stato di salute che l'Oms fornisce nella sua Costituzione, ovvero: «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia», nonché «diritto fondamentale dell'individuo».

L'analisi scientifica mostra che la salute intesa in questo modo è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non il semplice prodotto di una organizzazione sanitaria. In particolare, secondo vari studi internazionali, i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono per il 40-50% allo stato di salute della popolazione, le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un ulteriore 10-20% e i servizi sanitari per il 15-25 per cento. Infatti l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute, il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, secondo

CONTINUA A PAG. 2

VALUTAZIONE Pronto il report 2009 del Laboratorio MeS della Scuola S. Anna di Pisa

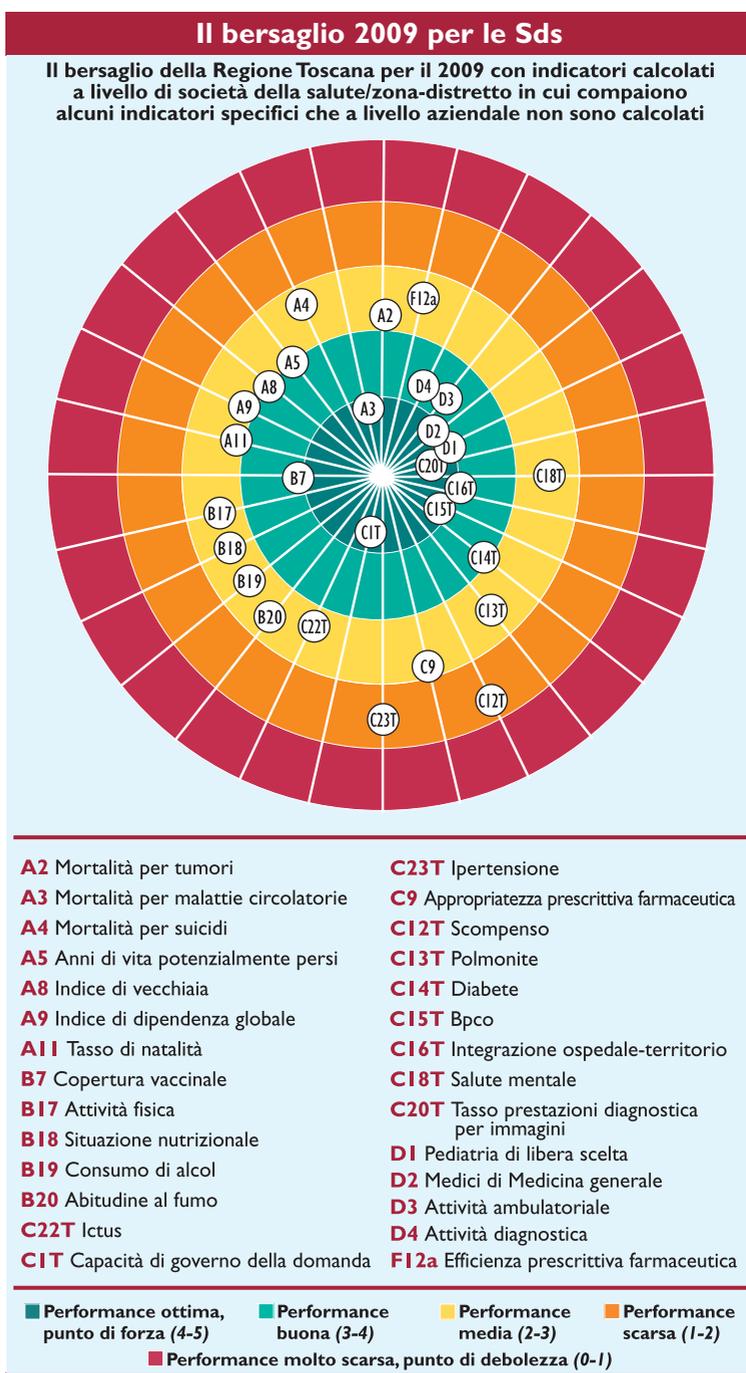
Società della salute al check

Debuttano tra gli indicatori la non autosufficienza e gli stili di vita

Affiancare la valutazione dei risultati alla programmazione quale strumento sistematico per garantire un'adeguata governance del sistema sanitario è stata negli ultimi cinque anni una priorità strategica della Regione Toscana, declinata anche attraverso la revisione della legge 40 attraverso l'adozione di un unico Piano sanitario sociale integrato regionale.

Il sistema di valutazione della performance, già implementato in tutte le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere-universitarie della Toscana a partire dal 2005, è stato sviluppato in maniera sperimentale dal 2007 anche per le Società della salute/zone-distretto. Il report 2009 verrà presentato in questi giorni alla Conferenza regionale dei presidenti delle Società della salute (Sds). Intenso è stato il lavoro di implementazione e condivisione con i professionisti e i manager degli indicatori specifici a livello di zona-distretto/Società della salute. A oggi il sistema sviluppato per le Società della salute/zone-distretto conta circa quaranta indicatori di sintesi che analizzano le performance secondo diverse dimensioni di valutazione, in maniera analoga alla valutazione delle aziende sanitarie locali: la salute e le caratteristiche socio-demografiche della popolazione, la capacità di perseguimento delle strategie regionali, la parte socio-sanitaria, la soddisfazione dei cittadini, la soddisfazione dei dipendenti, la gestione economico-finanziaria ed efficienza operativa.

In particolare nel corso del 2009 sono stati sviluppati per la prima volta indicatori particolarmente connessi alla valutazione dei servizi di integrazione socio-sanitaria. È il caso dell'indicatore relativo alla non autosufficienza, di quello riguardante le famiglie e i minori e dell'indicatore relativo alla salute mentale. Specifica attenzione, inoltre, è data alla promozione della salute attraverso l'utilizzo di indicatori sugli stili di vita provenienti dal sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia). Se il governo della domanda e



il presidio delle determinanti sociali di salute sono, infatti, le funzioni cardine che le Società della salute sono chiamate a esercitare, tali funzioni possono essere sviluppate anche attraverso un sistema di indicatori che sia confrontabile in termini di benchmarking sia a livello geografico, quindi tra zone-distretto differenti all'interno della Regione e/o all'interno delle stesse aziende sanitarie locali, sia a livello di trend, confrontando eventuali miglioramenti o peggioramenti nel tempo. A oggi la variabilità evidente tra gli indicatori selezionati a livello di azienda è ancora più marcata se si considerano le zone-distretto/Società della salute.

Lavorare in termini di "media aziendale" in un contesto complesso come quello sanitario e ancora di più come quello socio-sanitario e sociale, spesso non è più sufficiente: è ormai condiviso, infatti, che per migliorare la salute e il benessere dei cittadini, sia necessario offrire l'accesso e l'erogazione dei servizi garantendo un approccio integrato socio-sanitario. È infatti dimostrato che i fattori della salute sono fortemente influenzati dai comportamenti adottati e dagli stili di vita e che questi, a loro volta, sono in buona misura dipendenti dal livello socio-culturale.

Il sistema di valutazione della performance delle Società della salute/zone-distretto vuole essere uno strumento di governance complessiva indispensabile anche quale meccanismo per orientare la programmazione e la gestione dei servizi distrettuali sistematicamente verso un concreto presidio dell'equità, attraverso un sistema di governance integrato che permetta di valutare le azioni intraprese dal soggetto pubblico in termini congiunti.

Sabina Nuti
Direttore Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa
Sara Barsanti
Ricercatrice Laboratorio MeS

ALTRO SERVIZIO A PAG. 2

INTERVENTO

Una sfida nel segno della partecipazione

di Adriano Amadei *

Le Società della salute già in sé - possono essere annoverate fra le molteplici sfide (Sanità d'iniziativa, ristrutturazione ospedaliera per intensità di cure, esperienze pilota in salute mentale, centro sulle criticità relazionali...) che la Regione Toscana ha intrapreso. Non tanto nell'ambito della Sanità quanto

in quello, appunto, della salute. O, forse, più precisamente: per la salute.

Una sfida che ha preso le mosse dalle scelte istituzionali e dagli attori chiamati in causa, prima ancora che dalle disponibilità materiali (e le attuali angustie dicono con quanta lungimiranza...),

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Accreditamento/ Fondi alle Asl

La Giunta regionale della Toscana ha approvato il finanziamento, per l'anno 2010, alle aziende sanitarie locali in relazione ai compiti attribuiti ai Dipartimenti di prevenzione nell'ambito dell'accreditamento istituzionale. La Regione destinerà dunque 220mila euro alle 12 aziende sanitarie locali toscane a copertura degli oneri connessi all'attività di verifica e controllo ai fini del rilascio dell'accreditamento istituzionale per quanto di competenza dei Dipartimenti di prevenzione. (Delibera n. 695 del 26/07/2010)

Accreditamento/ Esperti in pista

Confermate anche per il 2010 le disposizioni per il funzionamento delle Commissioni regionali di accreditamento, impartite con le Dgr 1431/2001, 633/2002 e 1217/2004, a eccezione di quanto stabilito per gli esperti membri delle Commissioni, in quanto non più previsti dalla legge regionale 8/99. Lo ha deciso la Giunta che finanzia con circa 560mila euro le Aou pisana, senese e Careggi, sedi di Commissione regionale, per gli oneri afferenti a personale di segreteria, beni e servizi, nonché per l'indennità di funzione e i rimborsi spese ai componenti. (Delibera n. 696 del 26/07/2010)

ALL'INTERNO

A Pisa trapianti col robot

A PAG. 3

Iperensione «appropriata»

A PAG. 4-5

Così il clima ci cambierà

A PAG. 6

VALUTAZIONE Tra gli indicatori usati dal MeS ci sono i ricoveri psichiatrici ripetuti



Salute mentale sotto la lente

Grande variabilità tra le zone-distretto: il territorio avanza al ralenti

Un'attenzione sempre crescente, in tutti i Paesi industrializzati, è dedicata alle patologie mentali, sia per il numero dei soggetti colpiti, sia per l'elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che comportano. Anche nel sistema di valutazione della performance delle Società della salute/zone-distretto sono stati inseriti alcuni indicatori specifici relativi al fenomeno.

Il ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla dimissione di pazienti con patologie mentali, a esempio, è indice di una scarsa integrazione tra servizi

ospedalieri e territoriali ed evidenzia spesso problemi legati alla presa in carico dei pazienti da parte dei servizi di salute mentale a livello territoriale. Notevole è la variabilità nella gestione del paziente psichiatrico che si registra fra le zone-distretto toscane nel corso del 2009. I dati oscillano tra l'1,5% nella SdS della Val di Chiana Aretina, al 24,9% di ricoveri ripetuti nella zona di Firenze. Tuttavia il dato di Firenze merita una riflessione specifica, in quanto evidenze in letteratura che dimostrano come nelle aree metropolitane il tasso di ospedalizzazione

per patologie psichiatriche e, di conseguenza, anche i ricoveri ripetuti, è più elevato rispetto alle altre aree.

A ogni modo una tale variabilità fra le zone di una stessa Regione, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, può essere spiegata in parte con le differenti modalità che vengono attuate nel trattamento dei pazienti e nella durata della degenza a livello ospedaliero, e nella presa in carico sul territorio. Il trend, in diminuzione a livello regionale, presenta per alcune zone - Alta Val di Cecina, Val di Cornia, Pratese, Versilia,

Colline Metallifere, Valle del Serchio e Pistoiese - rilevanti miglioramenti rispetto all'anno precedente, confermati anche dai valori più stabili delle relative aziende sanitarie.

La Regione Toscana con gli ultimi Psr si impegna nel garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale.

L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali pertanto, dovrebbe essere limitata ai soli casi più gravi, garan-

tendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare e integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.

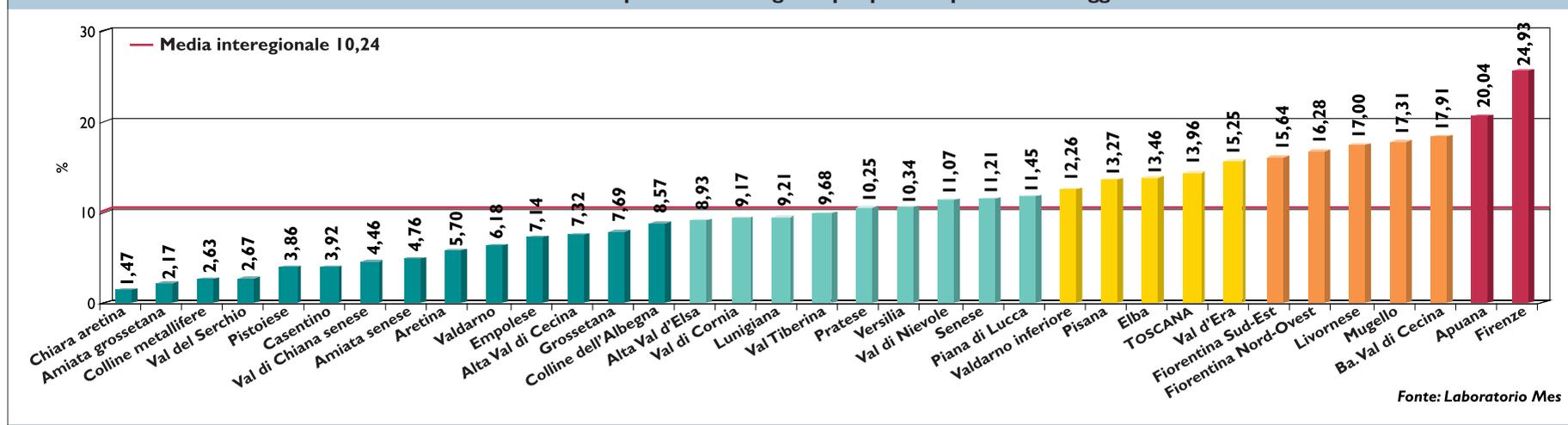
Una lettura più approfondita dell'indicatore di cui sopra è possibile grazie alla presenza di alcuni indicatori di contesto presenti nel sistema di valutazione delle zone-distretto.

La percentuale di ricoveri ripetuti indica la tendenza dei malati psichiatrici a tornare in ospedale per problemi analoghi al precedente ricovero.

Tuttavia, è interessante anche sapere quante volte i pazienti che si re-ricoverano rientrano mediamente in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione precedente. Infine entrambi gli indicatori vanno letti alla luce del tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche sulla popolazione residente, che permette di sondare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico, in termini di prevenzione di emergenze ed episodi di acuzie della patologia.

Barbara Lupi
Ricercatrice Laboratorio MeS

Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni



RILEVATO ANCHE IL NUMERO DI MINORI CHE VIVE FUORI DAL PROPRIO NUCLEO

Focus sugli under 18 "fuori famiglia"

In Toscana, al 31 dicembre 2008, la rilevazione condotta dal settore Cittadinanza sociale della Regione contava 2004 minori collocati al di fuori del proprio nucleo familiare. I minori fuori famiglia sono all'interno del sistema di valutazione delle performance perché - siano essi in carico a una struttura o accolti all'interno di una famiglia affidataria - in Toscana e su tutto il territorio nazionale possono costituire una significativa cartina al tornasole del reale stato di integrazione tra i servizi territoriali preposti ad affrontare il problema e dell'efficacia dei percorsi da essi attivati. Quando

un minore viene allontanato dal proprio nucleo familiare si è giunti a un livello di criticità non più gestibile dai servizi, ed è quindi inevitabile pensare che gli interventi di tipo sociale o socio-sanitario che potevano scongiurare tale esito non sono stati sufficienti e vadano ripensati.

Il panorama regionale registra per tutti gli indicatori (il tasso di minori fuori famiglia ogni 1000 residenti, con la percentuale di dettaglio di minori in affido e minori accolti nelle

strutture, e ai minori stranieri in affido familiare, con la percentuale di dettaglio di minori stranieri in affidamento e minori stranieri non accompagnati in affido familiare; tali indicatori, raccolti dal settore regionale Cittadinanza sociale, si riferiscono all'anno 2008) - una significativa variabilità tra le 34 zone-distretto: la media regionale è di 3,60 minori fuori famiglia ogni 1000 residenti.

Particolare attenzione, poi, è dedicata ai minori stranieri: i minori stran-

ieri non accompagnati rappresentano un problema sociale rilevante per la fragilità che caratterizza la loro posizione. Si tratta di bambini e ragazzi giunti in Italia illegalmente, senza genitori o altri familiari, costantemente a rischio di non essere intercettati dai servizi e di vivere quindi in una pericolosa invisibilità, difficili da inserire in percorsi di integrazione sociale: basti pensare che nel 2006 ben il 62% dei minori stranieri accolti in strutture residenziali si è allontanato

rendendosi irreperibile (Rapporto Anci 2007).

Sul tema della protezione sociale dei minori molto si è fatto in questi anni ma molto resta ancora da fare, soprattutto in termini di integrazione tra i servizi sociali e sanitari: in quest'ottica, confidiamo che un'attività sistematica di valutazione delle performance di tali servizi possa dare un utile contributo.

Giulia Capitani
Ricercatrice Laboratorio MeS
Sara Barsanti
Ricercatrice Laboratorio MeS

INTERVENTO (segue dalla prima pagina)

fuori di dubbio, ritenendo che le istituzioni e gli attori citati costituissero le risorse basilari.

Si è trattato, e si tratta, per ciò, di una competizione che promuove inedite istituzioni democratiche, che, mentre utilizzano le non nuove forme consortili, chiamano alla collaborazione e alla corresponsabilizzazione tutte le forze vive, attive e attivabili delle comunità locali. Non una sterile competizione con le altre Regioni, quindi, ma una sfida che la Toscana e i toscani hanno rivolto e stanno rivolgendo soprattutto a se stessi. Fino dall'impianto sperimentale delle Società della salute, abbiamo rilevato negli atti della Regione Toscana la determinazione di coniugare la demo-

crasia nelle istituzioni (Comuni) con la partecipazione dei cittadini, nelle sue varie forme ed espressioni.

In altre parole, abbiamo creduto di riconoscere nella Regione Toscana il disegno di un governo partecipato (governance) per dare risposte - sociali e individuali - appropriate alle istanze di salute. Come se la democrazia più vicina alle sue fonti (quella delle comunità locali) e più... democratica, in quanto partecipata, fosse salutare: cioè la più atta al perseguimento degli obiettivi di salute. Anche noi siamo convinti del binomio democrazia/salute e della reciprocità di questo rapporto, sia in riferimento alla qualità e al funzionamento dei servizi, sia al tenore delle relazioni intra ed

extra, sia ai risultati conseguiti. I riscontri sulle società della salute della Toscana, sotto una quarantina di profili, affidati al Laboratorio Management&Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, rappresentano la cartina di tornasole della volontà politica di misurarsi - facendosi misurare da un altro soggetto - con i fatti.

Come Cittadinanzattiva Toscana attendiamo di conoscere l'esito dell'indagine, aggiungendo peraltro sommamente che, praticando la partecipazione anche a questo proposito, la valutazione dei cittadini potrebbe essere declinata in maniera più diretta da quei soggetti che ne sono espressione.

* Segretario regionale di Cittadinanzattiva Toscana onlus

L'ambito ideale... (segue dalla prima pagina)

L'Oms, sono determinati da patologie che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, la scorretta alimentazione e la sedentarietà.

È quindi prioritario da un lato rafforzare la capacità del cittadino di fare scelte consapevoli a favore della propria salute, favorendo l'acquisizione di stili di vita sani, dall'altro è necessario che i diversi operatori istituzionali mettano in atto strategie integrate e intersettoriali volte a promuovere la "produzione" di salute. Le Società della salute rappresentano l'ambito ideale in cui programmare e porre in essere tali strategie e azioni. Esempi concreti del buon funzionamento delle Società della salute sono, tra gli altri, la riorganizzazione

dei servizi di assistenza agli anziani, con l'istituzione di Unità di valutazione multidisciplinare; e il progetto di Attività fisica adattata (Afa), che promuove programmi di esercizio fisico rivolti a cittadini con malattie croniche stabilizzate, con l'obiettivo di modificare lo stile di vita e prevenire o ritardare disabilità croniche.

Anche attraverso le Società della salute la Toscana può difendere sempre meglio il diritto alla salute, rispondere alle esigenze della popolazione e all'aumento costante del fabbisogno sanitario, migliorando i servizi pur a fronte di risorse pubbliche sempre più contenute.

* Assessore al Diritto alla salute Regione Toscana

INNOVAZIONE All'Aou di Pisa rene impiantato con tecnica chirurgica mininvasiva

Ora il trapianto lo fa il robot



Un primato europeo - L'organo è stato donato da madre vivente a figlia

Pisa stacca il traguardo del primo trapianto in Europa di rene con tecnica mini-invasiva, utilizzando il robot «Da Vinci». L'intervento, pionieristico nel suo genere - i due soli precedenti al mondo sono stati effettuati negli Usa, al Saint Barnaba Medical Center (New Jersey) e alla University of Illinois at Chicago (Chicago) - è stato possibile grazie a una consolidata esperienza a Pisa in chirurgia mini-invasiva avanzata e alla disponibilità, all'ospedale di Cisanello, all'interno del Dipartimento Cardiotoracico, del robot chirurgico Da Vinci SHDi. Si tratta di un sistema robotico di ultima generazione che consente di eseguire operazioni complesse attraverso piccoli fori.

Il trapianto di rene è stato infatti eseguito attraverso tre millimetriche incisioni, che hanno consentito di introdurre gli strumenti robotici, a cui si è aggiunta una piccola incisione di circa 5 cm sopra il pube (nella stessa posizione dell'incisione di un taglio cesareo) attraverso la quale è stato introdotto il rene. Il rene è stato donato da una madre di 56 anni alla figlia di 37, affetta da insufficienza renale cronica, in dialisi tre volte a settimana. Il trapianto è perfettamente riuscito. Le suture, che hanno permesso al sangue di tornare a circolare nel rene trapiantato, sono state ultimate in circa 50 minuti. Il rene ha ripreso a funzionare istantaneamente rendendo da subito la paziente libera dalla dialisi. Il decorso post-operatorio è stato sorprendentemente rapido, essendo stato praticamente privo di dolore.

Se non fossero state necessarie le terapie anti-rigetto e gli altri trattamenti farmacologici richiesti, nel primo periodo dopo il trapianto, la paziente avrebbe potuto essere dimessa anche dopo sole 48 ore dall'intervento.

Il trapianto di rene, e il prelievo dell'organo dalla madre, sono stati eseguiti dal professor Ugo Boggi, direttore dell'Unità operativa di Chirurgia generale e trapianti nell'uremico e nel diabetico dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana, coadiuvato dall'équipe chirurgica composta da Carlo Moretto, Stefano Signori, Fa-



bio Vistoli, Marco Del Chiaro, Chiara Croce, Simone D'Imporzano, Giuseppe Pellicano, Mario Belluomini e Daniele Tassinari. Fondamentale il supporto dell'équipe anestesiológica, che presiede ogni volta agli interventi multidisciplinari eseguiti con il robot, coordinata dal dottor Fabio Guarracino, direttore dell'Unità operativa di Anestesia e rianimazione cardiotoracica, e composta da Giovanni Consani e Gabriella Amorese, specialisti di anestesia nei trapianti. L'équipe sanitaria, coordinata dalla caposala Patrizia Di Vecchio, era invece composta dagli infermieri Giuseppe Alderigi, Federica Ambrosini, Antonio Carlino, Lino De Leo, Valeria Martelli, Letizia Cecconi, Antonietta Trotta, Patrizia Vottero, Stefano Niccolai e Gaetano Verdigi.

Un lavoro di squadra che è stato fondamentale e che rinnova la storica tradizione di avanguardia dell'Aou nel settore dei trapianti. L'attività di trapianto di rene da donatore vivente, in particolare, iniziò infatti a Pisa il 15 febbraio 1972 grazie ai professori Mario Selli (chirurgo), Sergio Giovanetti (nefrologo) e Marino Bargagna (medico legale).

Successivamente, grazie alla professionalità e alle energie profuse dal

professor Franco Mosca, l'attività di trapianto renale diventò standard a partire dal 1987 potendosi basare, prima in Italia, anche su una lista di attesa unica regionale.

A oggi, a Pisa, sono stati eseguiti oltre 1.300 trapianti di rene (da donatore vivente e da donatore cadavere) e oltre 300 trapianti di pancreas. Altri due primati assoluti in Italia il Centro di Pisa li ha ottenuti nell'aprile del 2000, con il primo prelievo renale con tecnica laparoscopica e nel novembre 2008, con il primo prelievo di rene con il sistema robotico «Da Vinci».

Da allora queste tecniche sono divenute standard a Pisa e i chirurghi dell'Aou stanno contribuendo alla loro diffusione in altri centri di trapianti in Italia e nel bacino del Mediterraneo. Nel maggio scorso, ad esempio, Boggi è volato all'Ismett di Palermo per prelevare, con tecnica laparoscopica, parte di fegato da una madre ventenne che è stato poi trapiantato nella figlioletta di appena 10 mesi. Anche questo è stato il primo intervento di questo tipo eseguito in Italia.

pagina a cura di
Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

L'AVVENTURA CHIAMATA «DA VINCI»

Un automa in evoluzione

La prima versione del sistema robotico «Da Vinci» fu installata a Pisa nel febbraio del 2001, all'interno del Dipartimento cardiotoracico di Cisanello diretto da Alfredo Mussi, che coordina tutte le attività del Centro multidisciplinare di chirurgia robotica con la collaborazione di Franca Melfi, chirurgo toracico. L'Azienda ospedaliero-universitaria pisana è stata il secondo centro in Italia a dotarsene, un mese dopo l'ospedale San Raffaele di Milano.

Poi progressivamente esemplari del «Da Vinci» si sono diffusi più capillarmente sul territorio italiano ma il Centro di robotica di Pisa ha mantenuto la peculiarità che lo ha contraddistinto sin dall'inizio, ossia l'utilizzo multidisciplinare e riservato solo a interventi chirurgici ad alta complessità.

Dal 2001 al 2007 il robot è stato utilizzato principalmente in chirurgia toracica, e per alcuni interventi di cardiocirurgia, per un totale di circa 500 casi. Nel 2008, dopo l'acquisto della seconda versione del sistema robotico Da Vinci (Da Vinci S), è stato dato il via libera vero e proprio al progetto di utilizzo multidisciplinare.

Nel primo anno di attività sono stati eseguiti circa 200 interventi. Quest'anno è stata acquisita l'ultima versione del sistema robotico Da Vinci (Da Vinci Shdi) e, nei primi sei mesi del 2010, sono già stati eseguiti 190 interventi robotici nelle diverse specialità.

Scopo dichiarato del Centro multidisciplinare di chirurgia robotica è quindi di utilizzare il «Da Vinci» al massimo delle sue potenzialità, solo in interventi ad alta complessità e, nell'ambito di questi, nel maggior numero possibile di pazienti. Naturalmente un suo utilizzo così intenso e focalizzato su interventi complessi non sarebbe possibile se, oltre a competenze mediche e chirurgiche, non fossero disponibili anche altre competenze sanitarie specialistiche.

È per questo che, a partire dal 2008, sono state organizzate due edizioni del primo corso europeo di formazione specialistica per infermieri di sala operatoria componenti di équipe che eseguono interventi di chirurgia robot-assistita.

Si è trattato del primo programma di formazione di questo tipo, promosso dal colosso informatico americano ideatore del software che sta alla base del robot chirurgico «Da Vinci», la Intuitive Surgical, Inc.

Dieci gli infermieri professionali formati a Pisa con 81 ore di tirocinio teorico e pratico che, al termine dei corsi, hanno ricevuto un attestato riconosciuto ufficialmente dalla Comunità europea, diventando i primi abilitati in Europa a tutorare la formazione del personale non medico impegnato negli interventi di chirurgia robotica. E l'intenzione è di proseguire su questa strada di formazione e aggiornamento professionale.

Il primo sistema robotico è stato installato nel 2001

TECNOLOGIE DI NUOVA GENERAZIONE

Già superati i limiti della videochirurgia

È noto che il problema principale dei trapianti d'organo, e soprattutto di quelli di rene, è la limitata disponibilità di donatori. Tutti i miglioramenti che si possono tradurre in un prolungamento della durata della funzione degli organi trapiantati sono quindi importanti, per valorizzare al massimo ogni donazione e limitare il numero di pazienti che hanno bisogno di un secondo trapianto.

Il minor trauma chirurgico di un intervento di trapianto robotico e l'altissima precisione delle suture potrebbero contribuire al raggiungimento di questo scopo. In particolare, potrebbero trarre maggior vantaggio da un trapianto renale robotico i pazienti che hanno un rischio aumentato di sviluppare complicanze locali (come gli obesi, coloro che sono o che sono

stati sottoposti a trattamenti steroidei cronici ecc.), i pazienti che hanno una limitata disponibilità di accessi vascolari (come i pazienti già sottoposti a precedenti trapianti) e i pazienti in cui è opportuno l'utilizzo di alcuni farmaci immunosoppressori, che ritardano particolarmente la guarigione delle incisioni chirurgiche. La validità di queste premesse teoriche sarà verificata, con metodo scientifico, nel prosieguo delle attività di trapianto robotico presso l'Aou.

D'altronde, proprio sulla validazione scientifica dell'innovazione chirurgica è impostato tutto di lavoro del Centro multidisciplinare di chirurgia robotica dell'Aou dove il siste-

ma da Vinci Hds è utilizzato ogni giorno per interventi complessi di chirurgia addominale (pancreas, fegato, intestino ecc.), di chirurgia toracica (sia sul mediastino che sul polmone), di chirurgia ginecologica e di chirurgia urologica (nephrectomia parziale, prostatectomia radicale, plastica di stenosi del giunto pielo-ureterale ecc.). È proprio questo modello di utilizzo multidisciplinare del robot Da Vinci, specificamente per gli interventi ad alta complessità, che consente sia di formare un'équipe specialistica, medica e paramedica, di alta affidabilità, sia di utilizzare a pieno regime questa sofisticata e costosa tecnologia basata su sistemi computerizzati, che evolve molto rapidamente e richiede quindi un continuo update tecnologico.

Ma perché il robot supera la chirurgia mini-invasiva convenzionale

come la laparoscopia o la toracosopia? Perché elimina alcuni suoi limiti di ordine tecnico come la visione bidimensionale delle telecamere e il ridotto numero di gradi di movimento della strumentazione, che provoca anche innaturali tremori della mano. Con il robot, invece, il chirurgo può manipolare, seduto alla consolle, quindi lontano dal lettino operatorio, due «joy-stick» i cui movimenti vengono trasmessi in segnali elettrici filtrati, scalati e trasmessi alle tre braccia dell'unità operatoria. A loro volta le tre braccia sono collegate rispettivamente a due strumenti chirurgici e a un'ottica introdotti nella cavità toracica o addominale.

Grazie al controllo robotico, questi strumenti sono in grado di avere 7 gradi di libertà di movimento anziché 4 come in videochirurgia convenzionale. Inoltre, grazie alla visione binoculare in tre dimensioni, il chirurgo ha l'impressione di essere immerso nel campo operatorio senza avere distrazioni visive esterne. Tutto ciò consente una perfetta percezione della profondità «di campo» durante complesse manovre chirurgiche e un'ottima coordinazione occhio-mano. E l'ultima versione del «Da Vinci» in dotazione a Pisa, proprio perché dispone di due consolle,

consente di effettuare un training anche per i chirurghi sotto la supervisione diretta di un operatore esperto, pronto a intervenire in qualsiasi momento, in modo simile a quanto avviene per le auto nella scuola guida.

Eliminato il vincolo della visione bidimensionale

Si ottimizza la coordinazione occhio-mano

DOCUMENTI

Recepte con una delibera della Giunta le indicazioni redatte dalla Commissione terapeutica regionale con il consenso delle società scientifiche



Indirizzi appropriati per l'ipertensione sostenibile

Obiettivo: sfruttare a vantaggio del Ssr la forte variabilità del costo dei farmaci del sottogruppo chimico-terapeutico di riferimento

Nei primi sei mesi del 2010 il Ssr ha erogato, in Toscana, in regime convenzionale, attraverso le farmacie pubbliche e private 34,8 milioni di confezioni di medicinali per una spesa pari a 318,5 milioni di euro. Dalla scomposizione della spesa fra farmaci coperti da brevetto (patented) e farmaci a brevetto scaduto (off-patent) emerge che il costo medio per confezione dei farmaci off patent è pari a 5,7 euro mentre per i farmaci patent il costo medio a confezione è di 13,6 euro (+138%).

L'elevata variabilità di prezzo fra i due gruppi di farmaci è dovuta alla perdita

della copertura brevettuale. Infatti quando un farmaco perde la copertura brevettuale molte aziende farmaceutiche richiedono all'Aifa l'autorizzazione alla commercializzazione e alla rimborsabilità, con oneri a carico del Ssn, del farmaco stesso. In questi casi l'Aifa concede la rimborsabilità a fronte di riduzioni di prezzo, rispetto al farmaco originatore che oscillano, sulla base di vari fattori, non ultimo il fatturato che il prodotto originatore aveva fatto registrare nell'anno precedente, dal 40 a oltre il 60 per cento.

A questo deve aggiungersi il fenomeno

della concorrenza prodotto dall'art. 7 della legge 405 del 2001 che prevede che il Ssn rimborsi i farmaci non coperti da brevetto fino al prezzo più basso del prodotto disponibile nel ciclo distributivo. Dal momento che la differenza fra il prezzo al pubblico del medicinale e il prezzo più basso del prodotto disponibile in commercio viene posta a carico dell'assistito le aziende farmaceutiche sono notevolmente avvantaggiate, in termini commerciali, ad avere un prodotto con prezzo al pubblico più basso degli altri.

Tutto questo, come prima evidenziato, produce una forte variabilità nel co-

sto dei farmaci che è ancora più evidente se osserviamo il fenomeno all'interno di un sottogruppo terapeutico/chimico. Nel caso degli inibitori del HMG CoA ridotti si rileva, sempre sulla base dei dati relativi al primo semestre 2010, che il costo medio ponderato per unità posologica delle stentine a brevetto scaduto (simvastatina, lovastatina, pravastatina e fluvastatina) oscilla fra 0,34 € della simvastatina e 0,53 € della lovastatina mentre per le stentine coperte da brevetto il prezzo è di 0,98 € per la rosuvastatina e 1,28 € per la atorvastatina (+280% rispetto alla simvastatina).

Farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina: costo medio terapia

Principio attivo	Costo medio per giornata di terapia	Costo medio per tratt. annuo
Losartan e diuretici	0,32	115,1
Losartan	0,37	135,5
Eprosartan	0,66	239,5
Telmisartan e diuretici	0,75	273,9
Valsartan e diuretici	0,80	292,5
Eprosartan e diuretici	0,81	294,5
Olmesartan medoxomil	0,82	298,1
Olmesartan medoxomil e diuretici	0,82	299,6
Valsartan	0,83	302,1
Irbesartan	0,86	315,0
Candesartan e diuretici	0,87	316,6
Candesartan	0,89	323,1
Telmisartan	0,89	324,5
Irbesartan e diuretici	0,95	345,9

Il costo medio per giornata di terapia è stato calcolato utilizzando, anche per i farmaci non associati, la Ddd dei farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina associati (una compressa al giorno)

Loredano Giorni

Responsabile del settore farmaceutica Regione Toscana

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 802 del 6 settembre 2010 con cui la Giunta regionale ha recepito le «Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione» redatte dalla Commissione terapeutica regionale in collaborazione con alcuni esperti del settore.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'articolo 32 comma 9, della legge 27 dicembre 1997 n. 449 il quale, fra l'altro, prevede che le Regioni, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute ad assicurare una attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse attraverso una analisi sistematica dei dati concernenti l'attività ospedaliere e le attività relative agli altri livelli di assistenza e i relativi costi;

Preso atto altresì che lo stesso articolo 32 comma 9, della legge 27 dicembre 1997 n. 449 dispone che le Regioni, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute ad adottare, tempestivamente, azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali o locali anche sotto il profilo della qualità, dell'appropriatezza, dell'accessibilità e del costo delle prestazioni erogate anche attraverso interventi di formazione indirizzato e coordinamento degli operatori e dei medici del Servizio Sanitario Regionale;

Visto l'art. 87 comma 5-bis della legge 388/2000 che prevede l'adozione da parte delle Regioni delle iniziative per attivare, nel proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche specialistiche e ospedaliere;

Considerato che l'incidenza dei farmaci sartani sulla classe dei farmaci per la terapia dell'ipertensione è in continuo aumento (a gennaio dell'anno 2007 l'incidenza delle unità posologiche dei farmaci sartani sul totale dei farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina era pari al 36,8% mentre a maggio 2010 detta percentuale è stata pari al 42,0%);

Visto l'art. 11 comma 7 lettera b) del decreto legge 31 maggio 2010 n. 78 convertito con modificazioni nella legge 30 luglio 2010 n. 122 che dispone che l'Aifa, entro 30 giorni dall'adozione del presente provvedimento predisponga tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole Regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente.

Preso atto che al secondo periodo dell'art. 11 comma 7 lettera b) del citato D.l. n. 78/2010, convertito con modificazioni nella legge 30 luglio 2010 n. 122, è previsto che gli

strumenti di programmazione e controllo di cui al punto precedente sono idonei a realizzare un risparmio, su base annua a livello nazionale, non inferiore a 600 milioni di euro;

Visto l'art. 81 della Lr 24 febbraio 2005 n.40 e successive modifiche che ha istituito la Commissione terapeutica regionale allo scopo di garantire lo sviluppo e il raggiungimento di elevati livelli di sicurezza, appropriatezza e di economicità nell'impiego dei medicinali;

Viste le linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione redatte dalla stessa Commissione terapeutica regionale in collaborazione con alcuni esperti del settore;

Ritenuto di recepire le linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, contenute nell'Allegato A, facente parte integrante del presente provvedimento;

a voti unanimi delibera

1. di recepire le linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, contenute nell'Allegato A, facente parte integrante del presente provvedimento, redatte dalla Commissione terapeutica regionale in collaborazione con alcuni esperti del settore;

2. di incaricare la Direzione generale diritti di cittadinanza e coesio-

ne sociale di dare la massima diffusione al documento, di cui al punto 1), e di mettere in atto tutte le iniziative ritenute necessarie per monitorare l'applicazione delle linee di indirizzo in esso contenute;

3. di incaricare i Direttori generali delle Aziende Usl e delle Aziende ospedaliere della Toscana di attivare, entro 15 giorni dall'adozione del presente atto, Tavoli di confronto tra i medici di medicina generale e i medici dipendenti del Ssr, per la condivisione e l'applicazione delle linee di indirizzo di cui al punto 1) della presente delibera.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul Burt, ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera f) della Lr

Tavoli di confronto con i generalisti e i medici del Ssr

23/2007, e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 18 comma 2 della medesima Lr 23/2007.

ALLEGATO A

LINEE D'INDIRIZZO SULLA TERAPIA FARMACOLOGICA DELL'IPERTENSIONE

Premessa

Secondo il Codice deontologico, l'appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del sistema.

La Commissione terapeutica regionale (Ctr) in collaborazione con alcuni esperti del settore, ha ritenuto opportuno affrontare alcuni aspetti della terapia farmacologica dell'ipertensione, dando priorità alle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Sra), e in particolare agli antagonisti dell'angiotensina II (sartani), con l'intento di migliorare i risultati delle terapie farmacologiche garantendo, al tempo stesso, la sostenibilità economica del sistema.

La Commissione terapeutica regionale (Ctr) in collaborazione con alcuni esperti del settore, ha ritenuto opportuno affrontare alcuni aspetti della terapia farmacologica dell'ipertensione, dando priorità alle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Sra), e in particolare agli antagonisti dell'angiotensina II (sartani), con l'intento di migliorare i risultati delle terapie farmacologiche garantendo, al tempo stesso, la sostenibilità economica del sistema.

La Commissione terapeutica regionale (Ctr) in collaborazione con alcuni esperti del settore, ha ritenuto opportuno affrontare alcuni aspetti della terapia farmacologica dell'ipertensione, dando priorità alle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Sra), e in particolare agli antagonisti dell'angiotensina II (sartani), con l'intento di migliorare i risultati delle terapie farmacologiche garantendo, al tempo stesso, la sostenibilità economica del sistema.

Quadro della prescrizione nella Regione Toscana

Sulla base dei dati relativi al consumo di farmaci con onere a carico Ssr, nell'anno 2009 i pazienti toscani trattati con sostanze attive sul sistema renina-angiotensina sono stati 715mila, pari a circa un quinto della popolazione toscana. Nello stesso periodo sono state erogate a carico Ssn oltre 200 milioni di unità posologiche pari a circa 10 milioni di confezioni per una spesa di 110 milioni di euro, cioè il 18% della spesa farmaceutica convenzionata. Nel 2009 gli Ace-inibitori, rispetto al totale delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina hanno rappresentato il 69,8% in termini di confe-

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

zioni e il 37% in termini di spesa, la differenza è spiegata dal diverso costo medio ponderato per confezione che è stata pari a 5,99 euro per gli Acei e a 23,70 euro per i sartani.

Utilizzo dei bloccanti del sistema renina-angiotensina (Ace-inibitori e Sartani) nella pratica clinica quotidiana rispettando l'etica prescrittiva e i principi della farmacologia clinica.

Nonostante, secondo i dati dell'Oms, l'ipertensione arteriosa rappresenta la prima causa di morte al mondo, non più del 40% della popolazione ha la pressione arteriosa ben controllata (<140-90 mmHg).

Uno dei principali motivi che impediscono di ottenere un adeguato controllo dei valori pressori è il dosaggio non adeguato dei farmaci. Troppo spesso la scelta della molecola sembra sia il solo aspetto importante per una corretta terapia antipertensiva. Al contrario, la conoscenza della farmacologia clinica dei diversi farmaci è fondamentale per raggiungere gli obiettivi del controllo pressorio, che non sono rappresentati solo dall'entità della riduzione della pressione arteriosa, ma anche dal fatto che questo effetto deve essere omogeneo nelle 24 ore. Questo concetto è estremamente importante soprattutto per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori e i sartani, infatti, svolgono un ruolo fondamentale nella terapia del paziente iperteso, non tanto per l'efficacia nella riduzione dei valori pressori, che è simile per tutte le classi di farmaci antipertensivi, ma per gli effetti specifici su molte complicanze d'organo caratteristiche dell'ipertensione arteriosa (ipertrofia ventricolare sinistra, microalbuminuria, rigidità arteriosa), su patologie associate (post-infarto, scompenso cardiaco, insufficienza renale diabetica e non diabetica, prevenzione della fibrillazione atriale) e con un favorevole profilo metabolico, soprattutto prevenzione del diabete mellito.

Un'altra caratteristica fondamentale di questi farmaci è l'elevata tollerabilità, simile per le due classi con l'eccezione della tosse, che caratterizza più frequentemente la somministrazione di Ace-inibitori rispetto

Nella pratica clinica l'Ace-inibitore resta di prima scelta

ai sartani, con un'incidenza comunque che non supera il 20 per cento. Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra Ace-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli Ace-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si decide di bloccare il Sra. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre secondaria alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un Ace-inibitore in quanto non esiste una condizione clinica per la quale i sartani siano da preferirsi agli Ace-inibitori. Nella somministrazione di un Ace-inibitore bisogna fare attenzione al dosaggio. Questi farmaci, infatti, presentano una curva dose-risposta piatta, e la differenza tra le varie dosi non è nell'efficacia ipotensiva, ma nella durata d'azione; in altri termini, l'entità assoluta della riduzione della pressione arteriosa indotta da una dose bassa di Ace-inibitore è simile a quella di una dose alta, mentre la differenza è nella durata d'azione. Ad esempio, se si somministra enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

gli Ace-inibitori si osserva dopo 3 ore dall'assunzione (tempo di picco) e lo stesso che si osserva se si somministra l'enalapril alla dose di 5 mg, l'effetto ipotensivo per quanto riguarda la terapia con

Documento redatto da: Commissione terapeutica regionale

Presidente: **Assessore Daniela Scaramuccia**Vice Presidente: **Dr. Antonio Pantì**

Componenti:

- **Prof. Giancarlo Berni** Responsabile Osservatorio permanente sul sistema emergenza-urgenza
- **Dr. Vittorio Boscherini** Medico di Medicina generale, Firenze
- **Dr. Siro Chiaraboli** Dir. Dipartimento logistica e magazzini Estav Sud Est
- **Dr. David Coletta** Medico di Medicina generale, Ospedale di Continuità, Empoli
- **Dr. Tiberio Corona** Dir. Dipartimento del farmaco Azienda Usl Pisa
- **Prof. Mario Del Tacca** Ordinario di Farmacologia Università di Pisa
- **Dr. Saffi Ettore Giustini** Medico di Medicina generale, Pistoia
- **Prof. Franco Laghi Pasini** Prof. Di Medicina interna Università di Siena
- **Prof. Alfonso Lagi** Dirigente I° Divisione Medicina, Ospedale S.Maria Nuova, Firenze
- **Dr. Carlo Manfredi** Medico di Medicina generale, Massa Carrara
- **Prof.ssa Teresita Mazzei** Prof.ssa di Chemioterapia Dipartimento farmacologia preclinica chemioterapia Aou Careggi
- **Dr. Andrea Messori** Estav Centro
- **Dr. Marco Nocentini Mungai** Rappresentante Urtofar Farmacie private
- **Dr. Claudio Pedace** Dir. Uo Medicina geriatria Azienda Usl Arezzo
- **Prof. Alessandro Rosselli** Primario di Medicina generale Osp. S. M. Annunziata - Fi
- **Dr. Sergio Zingoni** Rappresentante Cispel Farmacie pubbliche

In collaborazione con:

- **Prof. Gianfranco Gensini** Preside della facoltà di Medicina e chirurgia, Università degli Studi di Firenze
- **Prof. Stefano Taddei** Professore straordinario di Medicina interna, Università degli Studi di Pisa

Al documento hanno dato il proprio consenso le seguenti società scientifiche:

- **Anmco** - Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri
- **Sic** - Società italiana di cardiologia
- **Fadoi** - Federazione associazione dirigenti ospedalieri internisti
- **Sin** - Società italiana di nefrologia
- **Simg** - Società italiana medicina generale

nel mese di maggio 2010 si evidenzia, come da tabella (vedi in alto a destra), una forte variabilità del costo annuo per terapia.

Considerazioni di carattere economico

Come già evidenziato i sartani dovrebbero essere utilizzati al massimo nel 20% dei casi trattati. Dal momento che, nell'anno 2009, il consumo ha superato abbondantemente tale incidenza (32%), l'allineamento di detto valore al valore massimo ipotizzato comporterebbe un risparmio di circa 17 milioni di euro all'anno.

Inoltre, considerata l'alta variabilità del costo medio per giornata di terapia dei farmaci sartani, dovuta alla "generazione" del losartan, l'utilizzo di questa molecola potrebbe essere fonte d'ingenti economie. Se ipotizziamo un consumo di losartan pari al 60% della categoria dei sartani, si otterrebbero economie valutabili in oltre 20 milioni di euro l'anno.

Conclusioni

1. Non esiste una condizione clinica in cui i sartani siano da preferirsi agli Ace inibitori; vi è equivalenza clinica. Quindi, nel rispetto dell'uso appropriato delle risorse, gli Ace inibitori sono farmaci di prima scelta nella terapia di gran parte delle ipertensioni, raccomandandosi il dosaggio pieno.

2. In presenza di documentata non tollerabilità di un Ace inibitore si utilizzano i sartani, raccomandando il dosaggio pieno.

3. Il losartan, rappresenta la scelta logica tra i diversi sartani nel rispetto dell'uso appropriato delle risorse, dato il costo notevolmente inferiore.

4. Resta ferma la possibilità per il medico di prescrivere, in scienza e coscienza, qualsiasi farmaco ritenuto utile in una situazione particolare, in base alle evidenze disponibili tenendo presente l'appropriatezza economica. ●

Sanità Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Aldo Ancona
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Luca Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 36 del 28/09 - 4/10/2010 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

AMBIENTE

L'impatto dei cambiamenti climatici nel rapporto dell'Oms Europa



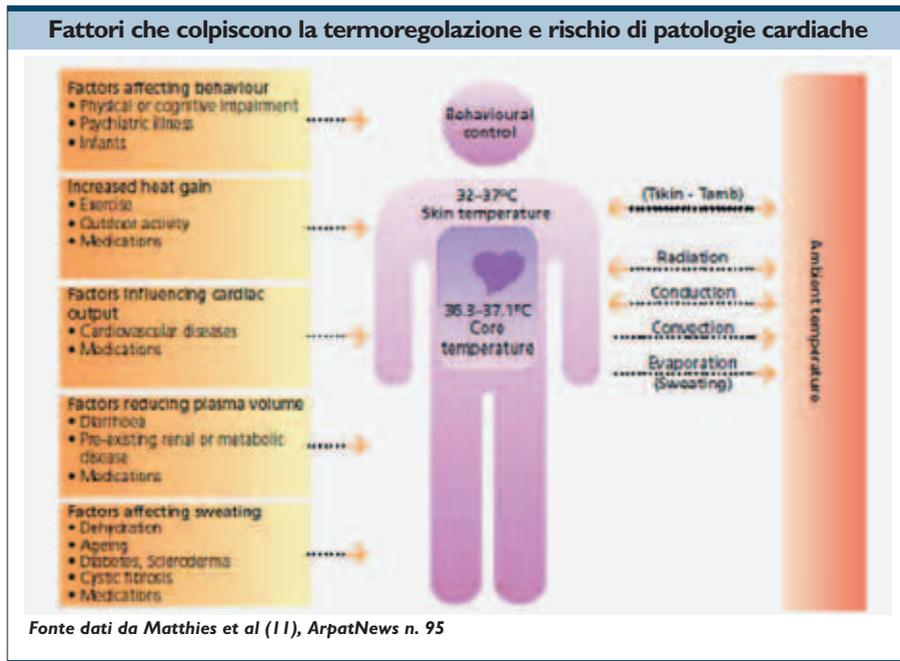
Salute, pesa l'effetto clima

L'aumento di un grado della temperatura fa crescere la mortalità del 3%

Ormai sono tutti d'accordo sul fatto che i cambiamenti climatici colpiscono la salute. Intervengono direttamente sui modelli meteorologici (a esempio con l'aumento della frequenza e dell'intensità degli eventi estremi) e indirettamente modificano la qualità di acqua, aria, quantità del cibo, ecosistemi e agricoltura. I sistemi sanitari si stanno dunque attrezzando. L'Oms Europa ha pubblicato il rapporto «Protecting health in Europe from climate change» per fornire informazioni sulla situazione attuale, fare previsioni e stimolare a prepararsi.

Negli ultimi anni molti Paesi dell'Unione europea hanno registrato un aumento di episodi legati ai cambiamenti climatici: ondate di calore, alluvioni e siccità a cui si collegano frequenza e gravità. In futuro ci si aspetta un ulteriore incremento della temperatura, con conseguenze come lo scioglimento dei ghiacciai e del permafrost (terreno dove il suolo è perennemente ghiacciato), la crescita del livello del mare e l'aumento degli episodi di precipitazioni violente. In particolare, il rapporto prevede che in nord Europa si verifichi un aumento delle temperature minime invernali, delle precipitazioni annuali e della frequenza delle precipitazioni estreme. In Europa meridionale e centrale invece che ci sia un aumento delle temperature estive superiori alla media, una diminuzione delle precipitazioni annuali e un aumento del rischio di eventi siccitosi e delle condizioni di stress idrico. In Asia centrale è atteso un anticipo del riscaldamento al di sopra della media globale, il rischio di un aumento della frequenza degli eventi di siccità e lo stress idrico. Nell'Artico un anticipo del riscaldamento al di sopra della media globale e, secondo alcune previsioni, la fusione quasi totale dei ghiacci marini estivi verso la fine del XXI secolo con un rapido scioglimento dei ghiacci permanenti.

Secondo l'Oms tutto questo comporterà una perdita per ogni anno di 5 milioni di anni di vita in buona salute e un incremento del 3% della mortalità per ogni grado di aumento della temperatura della terra. La popolazione italiana non sarà immune da tutto questo. Già nel 2003 è successo di essere colpiti da ondate di calore eccezionali, tanto che si è verificato un aumento



Fonte dati da Matthies et al (11), ArpatNews n. 95

Allarmi ambientali, round di convegni ad Arezzo

A settembre la città di Arezzo è diventata centro nazionale di confronto e di studio su ambiente e salute. Il merito è stato di tre convegni dedicati ad altrettanti temi caldi che riguardano il nostro presente e, soprattutto, il nostro futuro. Hanno affrontato nell'ordine, i mutamenti climatici e il ruolo delle città e dei territori (10-12 settembre), l'origine epigenetica delle malattie (Quinte giornate italiane mediche dell'ambiente, 17-19 settembre) e le malattie rare (20 settembre). Il massimo comune denominatore di tutti gli incontri: la trasformazione progressiva e drammatica dell'ambiente fisico-chimico, degli ecosistemi biologici e dei singoli organismi a ogni livello. Effetti che inevitabilmente influiscono sulla vita e la salute di ciascuno di noi fin dalla nostra presenza nell'utero materno.

medio della mortalità, in particolar modo in individui a rischio come gli anziani. Come è ormai noto inoltre, il cambiamento del pattern climatico può aumentare la frequenza e la durata dei

picchi di concentrazione dell'ozono troposferico (particolarmente nella stagione calda), causando ulteriori problemi a causa del possibile effetto sinergico esercitato dall'esposizione all'ozono in-

sieme a quella all'inquinamento atmosferico da polveri sottili.

«Sono aumentate anche le patologie allergiche - ricorda Mariagrazia Petronio, vice-presidente dell'Associazione medici per l'ambiente - Isde Italia centro, organismo di medici da tempo impegnato sulla questione -, si tratta di patologie legate principalmente a fattori di rischio emergenti, quali un'alterazione significativa della stagione pollinica, che si è allungata accompagnandosi a una anticipazione della fioritura delle specie vegetali, ma anche un aumento della circolazione transfrontaliera che porta all'insediamento di specie alloctone allergizzanti, favorite dalle mutate condizioni ambientali e meteo-climatiche. Per quanto riguarda la sicurezza alimentare, è stata documentata la possibilità di contaminazione delle derrate alimentari con nuovi tipi di micotossine, prosegue Petronio, e la possibile influenza sulla crescita di parassiti nocivi per alcuni generi di piante coltivate, con un conseguente impatto sulla disponibilità di cibo».

«Le intense precipitazioni con conseguenti fenomeni di inondazione - aggiunge - potrebbero portare alla diffusione di patologie legate alla dispersione di contaminanti chimici nell'ambiente nonché alla contaminazione microbiologica di acque costiere, ricreative, di superficie e delle aree di ricarica delle falde: a esempio l'aumento della temperatura è stato associato anche a un aumento dei casi di salmonellosi». Cosa fare? «Nel loro complesso - conclude Petronio - gli impatti descritti impongono un atteggiamento proattivo, che comporta una riorganizzazione dei sistemi di prevenzione ambientale e sanitaria, sia dal punto di vista tecnologico che operativo e organizzativo. Ciò prevede quindi, da parte dei sistemi di prevenzione, la definizione e la messa a punto di adeguati piani e programmi di adattamento che vadano a integrarsi con i sistemi di allarme e di risposta, in modo da ridurre le conseguenze negative dei cambiamenti climatici».

pagina a cura di
Chiara Bini
Agenzia Toscana notizie

PARLA IL PRESIDENTE DI ISDE ITALIA

Città Ue alleate contro il riscaldamento

La salute che parte dalle città per affrontare la sfida del cambiamento climatico è il senso della convenzione internazionale sul clima - svoltasi a Copenhagen su iniziativa dell'Onu - dove è stato raggiunto un accordo per l'immediata adozione di un approccio globale e sistemico ai cambiamenti climatici tramite un patto internazionale concordato.

Per le città e chi le governa «rispettare» quel patto è un impegno e un lavoro al quale male non fanno strumenti di studio e di confronto, come sottolinea Roberto Romizi, Presidente dell'Associazione medici per l'ambiente, Isde Italia, tra gli organizzatori del workshop internazionale che si è tenuto dal 10 al 12 settembre ad Arezzo («Mutamenti climatici e danni alla salute: il ruolo delle città e dei territori»). «Se non si ridurranno le emissioni carboniche entro la fine del XXI secolo - avverte Romizi -, il riscaldamento della Terra potrà salire da 1,8° a 4° C. Il tempo per evitare la catastrofe ambientale fisica e chimica, degli ecosistemi biologici e dei singoli organismi viventi, è stimato in 5-10 anni. L'Oms ha stimato la perdita per ogni anno di 5 milioni di anni di vita in buona salute (Daly) e un incremento del 3% della mortalità per ogni grado di aumento della temperatura terrestre».

Bimbi vittime dell'inquinamento: 100mila le sostanze "velenose"

Sono oltre 100mila le sostanze che "inquinano la vita", presenti nell'aria, nell'acqua, nel cibo, sugli oggetti che tocchiamo. Prodotti che "avvelenano" soprattutto i bambini, anello debole della catena, che in termini di salute pagano il prezzo maggiore, spiega Roberto Romizi, presidente dell'Associazione medici per l'ambiente - Isde Italia. Nei più piccoli, infatti, sono in aumento malformazioni e tumori a causa dell'ambiente "malato".

«Nelle aree ad alto rischio industriale, a esempio - spiega l'esperto - l'ipospadia, un'anomalia genitale maschile dovuta a un incompleto sviluppo dell'uretra, è aumentata negli ultimi anni del 200-300%. Eppure delle 100mila sostanze che mettono sotto assedio la salute di tutti «si conoscono poco. Soprattutto - continua Romizi - si conoscono poco le intera-

zioni tra i diversi "veleni" con cui ogni giorno conviviamo». Ma gli effetti, soprattutto nei bambini sono evidenti. «Negli ultimi anni tra le patologie in aumento nei più piccoli al primo posto, purtroppo - dice Romizi - ci sono i tumori. In Italia registriamo, ogni anno, un aumento medio di casi del 2% nei bimbi sotto ai 4 anni. Nel giro di 25 anni si rischia un raddoppio di queste patologie. Una crescita particolarmente evidente è quella delle leucemie e dei tumori cerebrali, aumentate di oltre il 4%. Aumentano anche le malattie respiratorie banali e non, dalle faringiti all'asma. In Europa, ricorda l'esperto, un terzo delle malattie dai zero ai 18 anni è legato a fattori ambientali ma, attraverso interventi mirati per ridurre l'inquinamento, gran parte di questi rischi potrebbero essere evitati.

Le città sono tra le principali responsabili del riscaldamento del pianeta

Sì, le città d'Europa consumano circa il 70% del fabbisogno energetico del continente e producono la maggior parte delle emissioni di gas serra. La mobilità nelle città non coinvolge più solo l'asse casa-lavoro e periferia-centro e i cittadini, per i loro sp-

stamenti, investono uno spazio sempre più ampio estendendo al territorio urbano ed extraurbano i suoi effetti negativi sulla qualità dell'aria, sul comfort acustico, sulla sicurezza stradale, sulla gestione del tempo, sul complesso dei fattori determinanti la qualità della vita.

Ma le città e chi le governa possono anche «agire» in modo da in-

vertire la tendenza?

È il messaggio che vogliamo dare. I centri urbani, se adeguatamente pianificati a dimensione metropolitana, possono offrire opportunità per la riduzione della mobilità motorizzata privata, tramite lo sviluppo dei trasporti pubblici, e ridurre i consumi energetici degli edifici ricorrendo a una nuova regolamentazione edilizia.

Nuove tecnologie per l'efficienza energetica e fonti rinnovabili sono altrettanto importanti, come la possibilità per gli individui e le organizzazioni di cambiare il loro comportamento.

Insomma, le città possono fare la differenza globale?

Una città da sola non può affrontare la sfida. Il Patto dei sindaci è l'iniziativa più ambiziosa della Commissione europea, che coinvolge città e cittadini nella lotta contro il riscaldamento globale. Le autorità locali e regionali che aderiscono a questo patto si impegnano formalmente a ridurre le loro emissioni di CO₂ di oltre il 20% entro il 2020. Per farlo devono sviluppare e attuare piani d'azione per l'energia sostenibile e comunicare le misure e le azioni degli attori locali.

In concreto, in che modo?

Coinvolgendo le amministrazioni locali e i decisori politici per pianificare e gestire insieme questi temi. Creando occasioni di dibattito e condivisione e favorendo l'integrazione dei servizi e degli interventi tra settori diversi. Infine va favorita l'informazione e la comunicazione sullo stato dell'ambiente ma anche promuovere la partecipazione dei cittadini, delle associazioni scientifiche e di tutte le associazioni di categoria.

LIVORNO Tessera sanitaria e "totem" consentono di tagliare le file del ritiro referti

Analisi, risultati con la card



Il meccanismo nel poliambulatorio è frutto di una partnership pubblico-privato

L'Asl 6 Livorno è la prima in Italia a mettere a disposizione dei cittadini un nuovo servizio di stampa in autonomia dei referti di laboratorio. «Da oggi - spiega Andrea Belardinelli, direttore dell'Unità operativa Innovazione e sviluppo - chiunque potrà stamparsi per conto proprio e senza dover fare alcuna coda il referto delle analisi. Sarà sufficiente avere con sé la nuova tessera sanitaria elettronica, quella arrivata recentemente per posta, e dopo averla attivata, utilizzare il nuovo totem informativo presente al piano terra del poliambulatorio».

Un'innovazione importante visto che dei circa

1.400 utenti che ogni mattina si recano al poliambulatorio, circa 200 vengono per ritirare referti: dare a questi la possibilità di fare da soli vuol dire eliminare per loro le attese e ridurle notevolmente anche per chi accede per altri servizi.

L'unico elemento davvero necessario è la tessera sanitaria elettronica e il relativo codice. «La garanzia della privacy e la sicurezza dei propri dati - dice Francesco Niccolai, direttore Uo Comunicazione - è assicurata dalle nuove tessere sanitarie con microchip e codice segreto. Per accedere al servizio è però necessario averla attivata, una procedura che, lo ricordo, può essere

fatta dal lunedì al sabato dalle 8:30 alle 13 al primo piano del poliambulatorio in accesso diretto o fissando un appuntamento al numero verde 800-016.009. A oggi sono circa 17mila le tessere già attivate a livello aziendale (9mila solo a Livorno), ma contiamo, grazie anche a novità come queste di poter incrementare tali risultati».

Il totem informativo è un'idea nata completamente all'interno dell'Asl 6. «Lo spunto è arrivato direttamente da Luca Bianciardi, direttore del presidio ospedaliero - continua Belardinelli - ed è stato poi sviluppato con la collaborazione di alcuni partner privati come la Erre Effe per il softwa-

re, la H&S per il supporto tecnologico e la Telecom. Per adesso il totem si occupa di stampare i referti, ma le possibili applicazioni sono infinite: dal cambio del medico alla prenotazione del ritiro delle cartelle cliniche. Crediamo davvero che possa rappresentare una svolta nei rapporti tra aziende sanitarie e utenti, per questo abbiamo deciso di brevettarlo, in modo che l'eventuale esportazione del modello avrà anche immediati ritorni per l'Asl 6».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

SIENA

Dolore cronico e postoperatorio: ora ci pensa l'«acute pain service»

Si moltiplicano i percorsi per combattere il dolore grazie alle strategie messe a punto dalla Uoc di Anestesia e Terapia del dolore del policlinico Santa Maria alle Scotte. Per garantire la continuità delle cure dei pazienti affetti da dolore "inutile" sono state attivate due tipologie di intervento: una rivolta ai pazienti che soffrono di dolore acuto postoperatorio e una per chi soffre di dolore cronico ricattizzato.

«Abbiamo attivato l'Acute

pain service - spiega l'anestesista Pasquale D'Onofrio, referente del reparto - il servizio che si occupa della cura e del controllo del dolore postoperatorio. Chirurghi, an-

Formazione e informazione per i pazienti

quanto riguarda la lotta al dolore cronico ricattizzato - aggiunge l'anestesista Stefano Lippi - abbiamo cercato di dare una risposta alla continuità assistenziale nei giorni festivi. Il nostro reparto è centro di riferimento del dolore oncologico per l'utenza senese e, a tutti i pazienti oncologici, è garantito un canale preferenziale di accesso che consente la visita in un arco temporale di 24 ore. I pazienti affetti da dolore benigno accedono al servizio attraverso l'agenda Cup».

Allo scopo di fornire un'adeguata continuità assistenziale a pazienti particolarmente esposti a gravi disturbi del dolore, è stato istituito un numero telefonico aziendale che consente di reperire, anche nei giorni festivi, l'anestesista della terapia antalgica. «Il nostro obiettivo - conclude il direttore generale del policlinico, Paolo Morello Marchese - è la presa in carico e la continuità assistenziale di pazienti deboli e particolarmente esposti ed è il requisito essenziale di un sistema pubblico efficiente».

Ines Ricciato
Ufficio stampa Policlinico Santa Maria alle Scotte, Siena

EMPOLI

Vaccinazione antinfluenzale al via per categorie e attività a rischio

Partirà il prossimo mese di ottobre la campagna di vaccinazione contro l'influenza stagionale. La campagna 2010 parte in anticipo rispetto al passato vista l'esperienza dello scorso anno in cui, inaspettatamente, il picco epidemico si è avuto nel mese di novembre.

L'Asl 11 ha già previsto l'acquisto di 50mila dosi, necessarie per affrontare la campagna che sarà condotta per la stragrande maggioranza dai medici e pediatri di famiglia, e sarà rivolta in particolare ai soggetti individuati a rischio di complicanze severe, e alle persone non a rischio che svolgono attività di particolare valenza sociale.

In particolare, il vaccino sarà gratuitamente offerto alle seguenti categorie: tutte le persone di oltre 65 anni di età; soggetti con patologie a carico dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato respiratorio, diabete o altre malattie metaboliche, tumori, insufficienza renale, malattie del sangue, deficit del sistema immunitario ecc.; soggetti per cui siano programmati importanti interventi chirurgici; donne al secondo e ter-

Si parte a ottobre con un occhio anche alla "suina"

zo trimestre di gravidanza; soggetti ricoverati in strutture di lungodegenza; medici e personale sanitario di assistenza; familiari di soggetti a rischio; soggetti che svolgono servizi pubblici essenziali; veterinari, allevatori, macellatori, addetti al trasporto di animali vivi.

Il ministero della Salute ha recentemente emanato la circolare per la vaccinazione stagionale 2010-2011. I vaccini saranno costituiti come di consueto da tre ceppi virali: infatti, ai due virus di tipo "australiano" già presenti nel vaccino stagionale dell'anno passato, si aggiunge quest'anno il ceppo "californiano" A/H1N1v. Si avrà cioè il virus pandemico inserito nel "normale" vaccino stagionale, con un'unica iniezione.

Come forse si saprà lo scorso 10 agosto l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) ha dichiarato la conclusione della pandemia da virus A/H1N1 e ci stiamo preparando per la prossima stagione influenzale.

Maria Antonietta Cruciatà
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

LUCCA

Progetto «Arcimboldo 2010»: gli alimenti nella lotta ai tumori

Si sono svolti nei giorni scorsi gli appuntamenti del progetto «Arcimboldo 2010» che si è articolato in quattro momenti nel periodo tra il 17 e il 25 settembre. Il progetto, promosso dal reparto di Oncologia medica dell'Asl 2 Lucca e dall'associazione Onlus Fiore di Maria di Lucca, con la collaborazione di Amolucca (Associazione lucchese malati oncologici), è rivolto a donne operate di tumore alla mammella e in seguito verrà esteso a tutti i pazienti che afferiscono agli ambulatori di oncologia dell'ospedale di Lucca.

Le quattro iniziative si sono svolte con l'obiettivo di fornire informazioni qualificate e basate sull'evidenza riguardo al ruolo dell'alimentazione nella prevenzione dei tumori della mammella, durante il periodo dei trattamenti chemio-ormonoterapici. Si punta inoltre a favorire nelle donne operate un atteggiamento attivo, partecipativo e consapevole durante le cure e a stimolare l'attenzione verso le esigenze del proprio corpo per migliorare la cura di sé.

In questo ambito è stata an-

che avviata una collaborazione con l'ambulatorio di omeopatia dell'azienda sanitaria di Lucca e con la Rete toscana di medicina integrata, con l'istituzione dal mese di settembre di uno specifico ambulatorio che fornisce informazioni qualificate e verificate scientificamente su medicine complementari e alimentazione in oncologia. Il progetto è stato finanziato dalla Regione Toscana. I pazienti che accedono

all'ambulatorio riceveranno innanzitutto indicazioni di tipo alimentare, sul ruolo della dieta nella prevenzione dei tumori solidi e in particolare delle recidive

Indicazioni alle donne con cancro alla mammella

del tumore mammario. Fornite anche indicazioni sulla alimentazione come adiuvante della terapia del tumore, prevenzione e consigli alimentari in caso di effetti collaterali da chemioterapia quali nausea, vomito, secchezza della bocca, alterazione del gusto, difficoltà alla masticazione, muco-siti del cavo orale, diarrea, stipsi, astenia, diminuzione dell'appetito, anoressia.

Sirio del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

IN BREVE

EMPOLI

Si è tenuto a Certaldo l'incontro su «La salute della popolazione e i servizi per i cittadini». Durante l'iniziativa informativa, organizzata e promossa dall'Asl 11 Empoli in collaborazione con le Società della salute di Empoli e del Valdarno inferiore e con i Comuni del territorio, si sono affrontati vari temi. In particolare si è parlato dei risultati degli indicatori sullo stato di salute della popolazione, dell'organizzazione della rete specialistica e territoriale e dei nuovi strumenti di accesso ai servizi. Scopo degli incontri è fornire un approfondimento e aggiornamento sui temi clinici, assistenziali ed etici in un'ottica che privilegi informazione, accesso ai servizi, orientamento dei cittadini, riflessione, scambio di opinioni tra i partecipanti.

VERSILIA

All'ospedale «Versilia», è in funzione il servizio di interpretariato telefonico attivo 7 giorni su 7 per 24 ore. Venti le lingue parlate: inglese, hindi, spagnolo, francese, cinese, tigrino, arabo, albanese, bengalese, rumeno, tedesco, croato, urdu, russo, serbo, portoghese, ucraino, singalese, polacco, punjabi. Il servizio consente una comunicazione perfetta tra personale sanitario e utenti stranieri: basta selezionare una lingua tra quelle presenti nel display perché venga attivata la traduzione simultanea, grazie alla presenza di un traduttore che risponde dall'altro capo del filo. L'utente straniero illustra al traduttore il problema; il traduttore, poi, spiega in italiano all'operatore sanitario la richiesta.

LIVORNO

Otto posti per giovani da 18 a 28 anni sono disponibili per il nuovo progetto di Servizio civile finanziato dalla Regione Toscana all'Asl 6 Livorno. È uscito il nuovo bando per la selezione dei volontari da impiegare nel progetto «Il Filo d'Arianna» che si occupa delle dimissioni dei malati dall'ospedale e dell'attivazione dei percorsi domiciliari anche in collaborazione con alcune associazioni di volontariato. Alla selezione possono partecipare i cittadini italiani, maschi e femmine, che alla data di presentazione della domanda, abbiano compiuto 18 e non superato 28 anni di età. Per la durata del progetto - 12 mesi al termine dei quali sarà rilasciato un attestato - i vincitori riceveranno un compenso di 433 euro mensili.

CALENDARIO



AREZZO

Congresso Simg Toscana e 1° Congresso nazionale area prevenzione l'1 e 2 ottobre presso la Sala dei Grandi della Provincia di Arezzo. Tema sarà la prevenzione dalle situazioni di rischio ai pazienti fragili. Info: 055 233881, www.aimgroup.it/2010/simgtoscana



VIAREGGIO

Si terrà al Versilia Centro Congressi Principe di Piemonte la V Conferenza di organizzazione Istituto toscano tumori «Patologie oncologiche rare e/o complesse: criteri per la definizione di un sistema di competenze specifiche nell'Itt». Info: 055 7963842, info@ad hoc-eventi.it



FIRENZE

Nella Sala riunioni della Piastra dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi si terrà il Local meeting «Nursing in Ards (sindrome da stress respiratorio)» organizzato dal «Tuscany critical care group». Obiettivo è approfondire le basi e il trattamento nursing in Ards. Info: www.tuscanycriticalcaregroup.org

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

SERATE
ALTERNATIVE

INTER
NET
PER
TUTTI

GIORNI
NALLI
E
RIVISTE

CONTEMPORANEI

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

CONTEMPORANEI
E
MUSICA

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

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