

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 34 anno XVII del 23-29 settembre 2014 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

Il benessere da adulti nasce in grembo

Fabio Voller*
Franca Rusconi**

Un'evidenza ormai ben consolidata è che la salute degli adulti si gioca fin da quando siamo bambini, anzi fin già dall'utero materno. Sufficiente a far anticipare fin dalla prima infanzia l'impegno per la prevenzione delle malattie croniche, che negli scenari futuri domineranno la vita di un numero sempre maggiore di persone.

C'è infatti il rischio concreto che l'aumento di durata della vita non si accompagni a un parallelo aumento di vita in buona salute. I principali attori della salute collettiva hanno invece l'ambizione di riuscire a far guadagnare alla popolazione altri anni di vita, ma solo quelli vissuti in buona salute. Per fare questo, oggi sappiamo che bisogna agire presto. Nelle fasi di accrescimento e sviluppo psicofisico, con attenzione alle esposizioni ambientali e all'instaurarsi di abitudini e stili di vita corretti. Già e soprattutto in gravidanza e nei primissimi mesi e anni di vita.

Ecco allora che riemergerà in questi anni l'interesse alla salute dei bambini, che aveva raggiunto il suo apice nel secolo passato, quando vaccinazioni e migliori condizioni di vita con il boom economico avevano marcato i successi sulle malattie infettive. La transizione epidemiologica da una salute condizionata da singoli agenti identificabili, aggregevoli e prevenibili, a quella dovuta a più fatto-

CONTINUA A PAG. 2

RAPPORTO ARS L'identikit di salute tracciato dall'Agenzia in collaborazione con il Meyer

Come stanno i nostri ragazzi

Indicatori migliori rispetto alla media nazionale - In calo le nascite

I bambini toscani presentano condizioni di salute e stili di vita migliori rispetto alla media nazionale. È quanto emerge dal Documento dell'Agenzia regionale di Sanità "La salute dei bambini e dei ragazzi in Toscana" frutto della collaborazione con l'Aou Meyer.

Nel 2013 in Toscana sono nati 29.822 bambini, come in Italia in costante calo dal 2008, anno di picco in cui si erano registrati 33.166 nati. Per la prima volta si assiste a un calo delle nascite anche nella popolazione straniera che comunque rappresenta più di un quarto dei nati. I nuovi nati nascono da madre di età sempre più elevata (32 anni), e sempre più spesso da procreazione medicalmente assistita e di conseguenza sono in aumento i nati da gravidanza gemellare (3,5%). Nonostante questo i nati pretermine e sottopeso rimangono costanti intorno al 7%, indicatore di un buon livello dell'assistenza ostetrico-perinatale. I programmi della Regione Toscana si sono rivelati efficaci anche per la promozione dell'allattamento al seno e per la prevenzione della Sids (Sudden infant death syndrome). Il 77% dei bambini è allattato al seno in modo esclusivo o predominante alla dimissione dall'ospedale e il 72% viene messo a dormire in posizione supina, ritenuta corretta per prevenire la morte in culla.

Il 58,1% dei bambini e adolescenti toscani svolge attività fisica in modo continuativo contro il 47,7% di quelli italiani, e sono meno frequentemente in sovrappeso od obesi (24,5% vs 27,2%). In Toscana, rispetto agli anni '90, si stanno riducendo le frequenze di consumo di pasta, pane, carne, latte, frutta, mentre aumenta il consumo di ortaggi che, insieme alla verdura, è più elevato rispetto al dato italiano, pur rimanendo inferiore a quanto raccomandato.

Tra gli adolescenti, l'abitudine al fumo presenta valori superiori alla media nazionale soprattutto nelle ragazze. Il 33% dei ragazzi tra 14 e 17 anni consuma alcolici, proporzione analoga a quella dei coetanei italiani. Il consumo fuori pasto sta diminuendo conformandosi a quello italiano suggerendo l'allinea-



mento al modello mediterraneo caratterizzato dal bere ai pasti.

Venendo alle patologie e alle cause di morte, la mortalità infantile (primo anno di vita) in Toscana si è dimezzata dal 1995 ed è di 3,1 per 1.000 nati, tra le più basse in Europa. Le cause più frequenti sono le condizioni morbose di origine perinatale, legate principalmente alla grave prematurità, e le malformazioni congenite. La mortalità si è dimezzata nel tempo anche dopo il primo anno di vita. I tumori rappresentano la prima causa di morte tra 1 e 9 anni, principalmente leucemie e tumori del sistema nervoso centrale. L'andamento dell'incidenza di tumori in età pediatrica è stabile o in riduzione e la sopravvivenza è in aumento e superiore all'80%.

Le cause traumatiche, in particolare gli incidenti stradali, costituiscono la prima causa di morte a partire dai 10 anni, anche se i tassi di incidentalità e mortalità per incidente sono in riduzione. Nella fascia di età 14-17 anni il 32% dei ragazzi è guidatore abituale e di questi il 42,5% ha dichiarato di aver avuto almeno un incidente.

Grazie alle vaccinazioni oggi in Toscana come in Italia, non si parla più di mortalità per malattie infettive. Le coperture vaccinali a due anni di età sono superiori al 90% e in particolare quelle contro poliomielite, difterite, tetano e pertosse superano il 95% ed è importante che rimangano a questi livelli. Le vaccinazioni previste dal calendario regionale, come offerta attiva e gratuita, proteggono da malattie gravissime, oggi quasi scomparse grazie alle vaccinazioni, come poliomielite, tetano, difterite, meningiti o da malattie ancora diffuse come l'epatite B o infine da malattie che possono portare a gravi esiti come la pertosse, il morbillo, la parotite o la rosolia. Anche la vaccinazione da virus del papilloma umano (Hpv) ha superato la copertura dell'80% nelle dodicenni, obiettivo importante per la prevenzione del tumore della cervice uterina.

Monia Puglia e Monica Da Frè
Settore sociale Osservatorio di epidemiologia Ars Toscana

ALTRI SERVIZI A PAG. 2-3-6-7

LA PARTNERSHIP TRA AGENZIA E AOU FIORENTINA

Report in 4 capitoli per «fare il punto»

Nel documento aspetti demografici, nuovi nati, stili di vita e vaccini

Il rapporto "La salute dei bambini e dei ragazzi in Toscana" realizzato dall'Agenzia regionale di sanità (Ars), è stato presentato in occasione di uno specifico convegno che si è svolto il 29 maggio scorso presso l'Istituto degli Innocenti a Firenze. Il documento, diviso in quattro parti principali, è frutto della collaborazione fra l'Ars e l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, e fa il punto sulla salute dei bambini e dei ragazzi in Toscana, con informazioni su aspetti demografici, nascite, stili di vita e alcune tematiche di salute.

Al rapporto - che esplora i molti ambiti che coinvolgono la salute della popolazione nella fascia 0-17 anni - hanno collaborato Francesco Cipriani, Tommaso Langiano, Franca Rusconi, Fabio Voller, Carolina Amador, Laura Aversa, Chiara Azzari, Silvia Baldacci, Emanuela Balocchini, Simone Bartolacci, Gabriella Bernini, Alice Berti, Fabrizio Bianchi, Stefano Bravi, Clementina Canessa, Elisabetta Chellini, Emanuele Crocetti, Monica Da Frè, Raffaele Domenici, Gianpaolo Donzelli, Valeria Dubini, Eleonora Fanti, Sara Gallicchio, Lisa Gnautati, Francesco Innocenti, Francesca Lippi, Andrea Martini, Stefano Masi, Lucia Matteucci, Nadia Olimpi, Elisabetta Pasquini, Anna Pierini, Federica Pieroni, Raffaele Piumelli, Monia Puglia, Teresa Repetto e Caterina Silvestri.

CONTROCANTO

Ora il focus su cronicità e psichiatria

Massimo Resti*

Il documento "La salute dei bambini e dei ragazzi in Toscana" contiene numerosi dati utili alla riflessione, ma altri aspetti, a nostro avviso importanti, attendono di essere studiati.

Tra questi ci sembra prioritario il problema dei bambini clinicamente complessi.

Negli ultimi anni anche in Italia, come in tutto il mondo industrializzato, si è assistito a

un inarrestabile incremento di questi casi (in Usa sono circa 3 milioni con un tasso di incremento del 5% annuo: il 4% della popolazione pediatrica che secondo alcune analisi assorbe il 40% delle risorse) e anche al Meyer ormai la maggior parte delle giornate di degenza erogate sono indirizzate a bambini affetti da patologie

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI E DELIBERE

Trapianti, organizzazione rivisitata

Approvato l'aggiornamento dell'impianto procedurale relativo alla organizzazione delle attività di donazione e trapianto in Toscana. La giunta, appresi i cambiamenti operativi intervenuti, ha operato modifiche alle linee procedurali per favorire sia la selezione di programmi formativi adattati ai bisogni provenienti dal sistema della donazione e del trapianto sia la determinazione di indicatori di efficienza del sistema. Le procedure saranno verificate da parte di tutti gli operatori nella loro fase applicativa al fine di costruire un sistema regionale di sorveglianza. (Delibera n. 576 del 14/07/2014)

Alle farmacie rurali 300mila euro

La giunta regionale ha approvato per l'anno 2014 i requisiti, criteri e modalità per l'ottenimento del contributo previsto a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione Toscana. Saranno 300mila euro le risorse da destinare per l'anno in corso. Il contributo, in considerazione della continua deruralizzazione delle zone più disagiate che può creare gravi problemi di carattere economico alle farmacie e mettere in discussione la continuità dell'esercizio farmaceutico, è finalizzato a garantire la capillarità dell'assistenza farmaceutica territoriale. (Delibera n. 575 del 14/07/2014)

ALL'INTERNO

Amianto: check pisano sugli esposti

DOCUMENTI A PAG. 4-5

Pazienti fragili, innovazione protagonista

DOCUMENTI A PAG. 5

RAPPORTO ARS Ricambio generazionale a rischio: registrati 1,4 figli per donna nel 2012



Minore il 15% dei residenti

La «nati-mortalità» al 2,7 per mille in linea con la media nazionale

Il rapporto Ars, per fare il quadro generale e per dare già i primi dati, ha riportato i dati delle dinamiche demografiche e le condizioni alla nascita. Secondo i dati più aggiornati delle anagrafi comunali, nel 2013 i bambini e ragazzi di 0-17 anni in Toscana sono 565.886, il 15,3% dei 3.692.828 residenti.

Nell'ultimo quarantennio (1971-2012), a fronte di un aumento del totale della popolazione toscana (+6,2%), si osserva una drastica diminuzione nel numero assoluto degli 0-17enni che sottolinea il rapido processo di invecchiamento che interessa il nostro Paese. La percentuale dei giovani toscani dai 0-17 anni sul totale della popolazione generale passa dal 23,1% del 1971 al 15,3% del 2012.

Negli ultimi sessant'anni, in Toscana, il tasso di fertilità, che esprime il numero

medio di figli per donna in età feconda, ha registrato una certa variabilità: nel decennio tra il 1965 e il 1975 ha raggiunto i livelli più alti (2 figli per donna), ma dalla fine degli anni '70 fino a metà degli anni '90 ha subito un graduale decremento, fino a dimezzarsi toccando un valore pari a 1,0. Nel 2012, una donna toscana ha avuto in media 1,4 figli; questo valore risulta inferiore al livello di sostituzione (2 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale.

Nel 2011, in Toscana, una nuova nata può aspettarsi di vivere 85 anni (84,5 media italiana), mentre un maschio 80 anni (79,4 anni a livello nazionale). Il numero di nati vivi nelle strutture toscane è passato da 27.675 nel 2001 a 31.714 nel 2012. Sempre nel 2012 il 67,2% dei nati vivi nasce con un parto spontaneo, il 27,6%



con taglio cesareo e il 5,2% con un parto operativo per mezzo di forcipe o ventosa. In Toscana, così come in Italia, negli ultimi anni, si è verificato un progressivo aumento delle nascite da parto plurimo (dal 2,6% dei nati vivi nel 2001 al 3,5% nel 2012).

In questa Regione le porzioni di nati vivi pretermine sono intorno al 7%,

con un andamento sostanzialmente stabile nel tempo. L'andamento dei nati di basso peso (<2.500 grammi), vede un lieve aumento (sono il 7,0% nel 2012), come si è verificato anche in altre Regioni italiane, e la proporzione di neonati con peso superiore a 4.000 grammi è stata, nel 2012, del 5,4% e si è mantenuta stabile negli anni.

Nel rapporto viene ripor-

tato anche il dato sulla nati-mortalità, che fa parte del più vasto capitolo della mortalità fetale che comprende anche l'aborto spontaneo. I nati morti nel 2012 sono stati 86, facendo registrare un tasso di natimortalità (nati morti/nati vivi per 1.000) di 2,7 per 1.000, in linea con la media nazionale di 2,72 nel 2010. Nel triennio 2010-2012, i nati morti da parto gemellare sono stati 25 facendo registrare un tasso di natimortalità di 7,6 per 1.000, 3 volte superiore rispetto a quello per i nati da parto singolo (2,4 per 1.000), a indicare il maggior rischio di natimortalità dei nati da gravidanza plurima.

Secondo i dati dell'Archivio Tin Toscare on-line, che raccoglie tutti i dati dei punti nascita della Regione Toscana, in 4 anni, dal 2009 al 2012, sono nati pretermine 1.549 neonati, pari all'1,2% dei nati vivi, una proporzione stabile negli anni

considerati e di questi 1.288 (83,2%) sono gravemente pretermine. I restanti 261 sono neonati di peso inferiore a 1.500 grammi ma di Eeg superiore alle 32 settimane che sono, perciò, di basso peso per la loro Eeg, indice, questo, di una sofferenza intrauterina. In Toscana, prendendo in considerazione gli anni dal 2009 al 2011 (ultimo anno per cui sono disponibili dati di mortalità Istat), i neonati nati gravemente pretermine o di peso molto basso registrati in Tin Toscare on-line sono responsabili del 57% di tutte le morti nel primo anno di vita.

Secondo il rapporto il sistema di sorveglianza attivo in Toscana risulta in grado di fornire dati conoscitivi utili sia a fini di sanità pubblica che di ricerca, che merita lo sforzo fino a oggi profuso dai tanti operatori coinvolti, richiedendo, al tempo stesso, un suo ulteriore rafforzamento.

FOCUS SU MALATTIE RARE, ONCOLOGIA E MALATTIE PSICHIATRICHE

Tumori al primo posto tra le cause di decesso fino ai nove anni

Quali malattie rare si presentano nell'età evolutiva? Quanti bambini e ragazzi sono affetti da tumore, quali sono le cause di mortalità durante l'infanzia e l'adolescenza in Toscana? Quale diffusione dei disturbi psichici all'interno della popolazione? Il rapporto elaborato da Ars ha raccolto dati utili per rispondere a queste domande partendo dal Registro toscano malattie rare (Rtmr), aggiornato al 24 gennaio 2014.

Su 2.583 pazienti arruolati nell'Rtmr al gennaio 2014, Ars evince che la maggior parte dei pazienti è registrata nel gruppo malformazioni congenite (33%). Il maggior numero di casi ha un'età compresa tra 0 e 4 anni, ma un discreto numero di pazienti si situa anche tra i 5 e i 9 anni; seguono pazienti con malattie rare diverse, comprese nel sistema nervoso centrale e organi di senso (514 pari al 20% circa). In questo raggruppamento, la fascia d'età più colpita è quella tra 1 e 4 anni. Al terzo posto sono le malattie rare del sistema endocrino e nutrizionale con 396 pazienti (15% circa). Il gruppo malattie tumorali comprende 368 pazienti pari al 14,24%, un numero non indifferente.

Proprio riguardo a questo punto l'Agenzia regionale di Sanità sottolinea che per la Toscana è possibile stimare che l'ordine di grandezza del numero di nuovi tumori diagnosticati ogni anno sia di circa 80 per i bambini e circa 40 per gli adolescenti. La tipologia di tumori cambia radicalmente fra la classe d'età 0-14 e quella 15-19. Sulla base dei dati Istat, sulla mortalità per tumori in Toscana, guardando il periodo di osservazione 1987-2010, si registra una riduzione di circa il 2,5-3% ogni anno tra i bambini e dell'1-2% all'anno tra gli adolescenti. Nel 2010 sono deceduti per tumore 13 bambini e 8 adolescenti. Il rapporto precisa che "nel Centro Italia la patologia oncologica presenta, per motivi non noti, frequenze superiori, almeno per l'età 0 anni e per il totale 0-14 anni, a quelle di altre parti d'Italia, mentre il quadro relativo agli adolescenti è molto più omogeneo".

Per ciò che riguarda il disturbo psichico, in linea con i dati nazionali, in Toscana, nel

2012, sono stati ricoverati 2.389 minori (di cui 1.484 maschi e 905 femmine) che corrispondono a un tasso grezzo di 4,3 per 1.000 residenti della stessa fascia di età (5,2 nei maschi e 3,3 nelle femmine). Nel 2011 hanno avuto almeno un contatto con i Dipartimenti di salute mentale 25.038 bambini e ragazzi, corrispondenti al 4,5% della popolazione residente in Toscana di età compresa fra 0 e 17 anni.

Nei 16 anni di osservazione, in Toscana il tasso di mortalità infantile si è più che dimezzato: da 6,1 per 1.000 nati vivi nel 1995 a 3,1 per 1.000 nati vivi nel 2010. Tale riduzione è a carico prevalentemente della mortalità neonatale che rappresenta circa il 66,3% di tutta la mortalità infantile. I decessi in Toscana dopo il primo anno di vita fino al 19° anno sono stati mediamente nell'ultimo quinquennio pari a 88.

La mortalità da 1 a 4 anni vede come cause principali i tumori con il 22,7%, malformazioni congenite con il 21,2% e tra-

matismi e avvelenamenti con il 19,7%. La mortalità tra 5-9 anni vede come cause di decesso i tumori (30,5%), poi i traumatismi e gli avvelenamenti con il 27,9%. Per la classe 10-14, le prime cause di decesso sono i traumatismi e avvelenamenti con il 35,3%, seguiti dai tumori con il 27,4%. Per la classe 15-19 i traumatismi e avvelenamenti con il 67,4% (gli incidenti stradali sono il 77,6% di tutti i traumatismi, ma cominciano ad aver un peso anche le cadute e i suicidi che risultano il 9,7% e l'8,6% rispettivamente); la seconda causa sono i tumori con il 12,7%.

Il rapporto evince che la presa in carico da parte della rete specialistica onco-ematologica pediatrica toscana appare ottimale per la fascia d'età infantile, come dimostrato anche dalla modesta quota di migrazione sanitaria in questa fascia d'età verso altre Regioni italiane. Al contrario, la copertura da parte di strutture pediatriche è parziale, anche se maggiore che nel resto d'Italia, per gli adolescenti, per i quali è necessario uno sforzo organizzativo per indirizzare il loro trattamento presso la rete specialistica che è ben sviluppata nella nostra Regione.

Pazienti adolescenti: presa in carico tutta da potenziare

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

croniche complesse. Questi bambini si differenziano da quelli con patologia cronica identificata proprio perché non hanno un'unica malattia, e quindi non hanno uno specialista di riferimento, ma hanno una serie di problemi che necessitano di team clinici multispecialistici e della presenza di una rete assistenziale regionale ospedaliera e domiciliare, medica e infermieristica.

Vorremmo sapere quanti sono questi bambini, in Toscana, a chi si rivolgono per le cure, quali sono i flussi degli spostamenti, quale forma assistenziale funziona per loro. La percezione che abbiamo è che la maggior parte di questi bambini sia attualmente assistita quasi esclusivamente in regime di ricovero ordinario e in ospedali pediatrici di terzo

livello, per la complessità dei loro quadri clinici e per l'inesistenza di una assistenza domiciliare pediatrica capace di farsi carico delle complesse questioni sollevate.

Di tutt'altro tipo, ma ugualmente importante, sarebbe la conoscenza del problema relativo allo scompenso acuto psichiatrico. Quali sono le reali dimensioni del problema nei bambini? Chi se ne fa carico nella fase acuta in tutto il territorio regionale? Quanto tempo occorre, dopo il loro ricovero in un ospedale o reparto pediatrico per una presa in carico specialistica in struttura adeguata? La risposta a queste domande è fondamentale per verificare l'efficienza delle strutture esistenti.

Un ultimo aspetto, ma non certo meno importante, è l'analisi degli

effetti della "marginalità" sulla salute dei bambini. Le difficoltà socio-economiche, linguistiche delle famiglie extracomunitarie, o comunque con disagio sociale, incidono sulla possibilità di accesso ai normali canali di prevenzione, controllo e cura per i loro figli? Quanto è vera la sensazione che per molti di questi bambini l'unica possibilità di valutazione sanitaria è quella effettuata in occasione di episodi acuti e magari al pronto soccorso? Solo la conoscenza dei numeri relativi a questo fenomeno consentirebbe di analizzarne le cause e proporre soluzioni.

Massimo Resti
Presidente Sezione Toscana
Società italiana di Pediatria
Aou Meyer Firenze

Il benessere da adulti (segue dalla prima pagina)

ri che agiscono nel lungo periodo è giunta oggi a maturazione e impone politiche di prevenzione e cura intersettoriali che agiscano contemporaneamente su fattori sia sanitari che sociali. Ciò è chiaro per l'adolescente sui cui comportamenti e stili di vita è dedicata una parte consistente del rapporto ma è vero anche per le altre età pediatriche: la salute del neonato e del bambino dipende anche dalle scelte dei genitori, e quindi è importante disporre di dati su dinamiche demografiche, composizione delle famiglie, e stili di vita di madri e padri.

Dobbiamo essere in grado di produrre informazioni sufficienti per valutare politiche e interventi sanitari, disponendo contempora-

neamente di informazioni aggiornate che provengano da diverse fonti (possibilità di "record linkage", in termine tecnico) su esiti di salute, esposizioni ambientali in senso ampio del termine, dati socio-economici. Il documento di Ars-Meyer cerca di rispondere a queste esigenze, presentando un'analisi sistematica di molte delle tematiche di salute e/o assistenziali che gravitano attorno alla salute del bambino e dell'adolescenza con dati puntuali, di trend e aggiornati che mettono anche a confronto la Toscana con l'Italia.

* Epidemiologia sociale
Ars Toscana
** Unità di Epidemiologia
Aou Meyer

RAPPORTO ARS Copertura superiore al 90% per il siero anti morbillo-parotite-rosolia

Vaccini, numeri da primato



Ridotti drasticamente i casi di malattie potenzialmente invalidanti

La Regione Toscana si è posta, tra i suoi primi obiettivi, quello di migliorare la salute e ridurre la mortalità e morbosità per mezzo delle vaccinazioni. Ars ha quindi riportato tutti i dati di molte vaccinazioni tra cui morbillo, varicella, rosolia, epatite B, anti Hpv.



Riguardo al morbillo, in Toscana, la copertura vaccinale è andata progressivamente crescendo fino a superare, nel 2006, il 90% dei bambini: con andamento inversamente proporzionale, mentre aumentava la copertura, diminuivano i casi di infezione e il numero dei morti. Per ciò che riguarda la varicella, invece, si denota che la maggior parte delle vaccinazioni avviene sotto forma di vaccino tetravalente Mprv, pertanto la copertura è risultata essere, nel 2012, dell'84%.

La rosolia invece, malattia lieve, è estremamente grave

quando si presenta durante la gravidanza e può avere come conseguenza la morte fetale, ma anche la sindrome da rosolia congenita. L'obiettivo della vaccinazione per rosolia non è quindi quello di ridurre i casi di malattia, ma di ridurre i casi di rosolia congenita: il vaccino viene somministrato insieme al vaccino del morbillo (trivalente morbillo-parotite-rosolia) a 15 mesi e a 5-6

anni (2 dosi), così che le coperture vaccinali per la rosolia (e per la parotite) sono identiche a quelle del morbillo.

Poi ci sono le complicanze polmonari (polmonite da pertosse) che, nel lattante, sono frequenti (22% dei casi). Le encefalopatie si aggirano intorno a 1-5 casi su 1.000 bambini lattanti ammalati. Il tasso di mortalità è 1% nei bambini

nei primi due mesi di vita e circa la metà nei bambini tra 2 e 11 mesi. Dopo l'introduzione del vaccino in Toscana, il numero dei casi si è ridotto progressivamente: dalle centinaia di casi che si registravano negli anni '90 attualmente si registra un'incidenza di circa 30 casi su 100.000 all'anno.

La copertura per epatite B invece si presenta come elevata

e il vaccino è somministrato nella formulazione esavalente: circa il 95% dei bambini è vaccinato. Il vaccino è distribuito gratuitamente a tutti i nuovi nati da oltre 20 anni (ottobre 1991) e da allora il numero dei casi si è quasi azzerato. Sulle infezioni pneumococche invece l'inserimento del nuovo vaccino ha determinato già nel primo anno di utilizzo una netta ridu-

zione dei casi di ricoveri: la copertura vaccinale in Toscana ha raggiunto nel 2012 il 92,1%.

Per quanto riguarda invece la vaccinazione anti-Hpv l'immunizzazione in Toscana è offerta in modo attivo e gratuito a tutte le ragazze nel dodicesimo e nel sedicesimo anno di vita. Sempre in regime di gratuità, ma su richiesta dei genitori, la vaccinazione anti-Hpv è offerta anche alle adolescenti nel tredicesimo, quattordicesimo, quindicesimo, diciassettesimo e diciottesimo anno di vita, anni in cui non sono chiamate attivamente a vaccinarsi. Il documento Ars riporta che al 30 giugno 2013 la copertura vaccinale anti-Hpv - terza dose - per la coorte di nascita del 1997 è dell'84,3%, per la coorte di nascita del 1998 dell'81,5%, per la coorte di nascita del 1999 dell'81,4% e per la coorte di nascita del 2000 del 79,6%.

Coorte di nascita	% vaccinate con 1 dose	% vaccinate con 2 dosi	% vaccinate con 3 dosi
2001 *	81,7	78,7	61,2
2000	86,3	83,8	79,6
1999	85,8	84,4	81,4
1998	85,9	84,6	81,5
1997	88,6	87,2	84,3

* Chiamata ancora in corso

SINDROME DELLA MORTE IN CULLA

Sids, l'informazione funziona

La Sindrome della morte improvvisa del lattante, internazionalmente conosciuta come *Sudden infant death syndrome* (Sids) viene definita come la morte improvvisa e inattesa di un lattante di età inferiore a un anno che si verifica apparentemente durante il sonno e che rimane inspiegata dopo un'indagine accurata. Le diagnosi sono spesso presuntive e non consentono un'esatta quantificazione del fenomeno.

La Regione Toscana ha promosso la creazione di una rete organizzativa interistituzionale che vede la partecipazione del Centro regionale Sids dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, di tre Istituti di Anatomia patologica regionali, dei pediatri di famiglia, dei Servizi di emergenza, delle Procure della Repubblica e dell'Associazione genitori "Semi per la Sids-Onlus".

Dati significativi. I risultati dal 2009 al 2013 in Toscana mostrano che il riscontro diagnostico viene ormai eseguito in circa il 90% dei casi e sulla base di un protocollo condiviso. Inoltre, è emerso che la mortalità per Sids nel quinquennio è attestata allo 0,11 per mille nati a tutta dimostrazione dell'effici-

	2009	2010	2011	2012	2013	Tot.
Sids	4	7	0	5	1	17
Sudi da causa nota	0	0	5	4	1	10
Usid	2	2	3	1	0	8
Totale	6	9	8	10	2	35

Sids: Sudden infant death syndrome; **Sudi:** Sudden unexpected death in infancy; **Usid:** Unclassified sudden infant death

cazia della campagna di riduzione del rischio.

Le evidenze della letteratura dimostrano che il principale fattore modificabile associato alla Sids è la posizione in cui è posto a dormire il bambino. Il rischio è maggiore nei bimbi che vengono messi a dormire in posizione prona, e, in misura minore, sul fianco, rispetto a quelli messi a dormire in posizione supina. L'adozione di questa e delle altre misure di riduzione del rischio rappresentano quelle «regole d'oro» che hanno consentito di abbattere la mortalità specifica di oltre il 50%.

LE INDAGINI NEI PUNTI NASCITA

Le madri allattano poco al seno

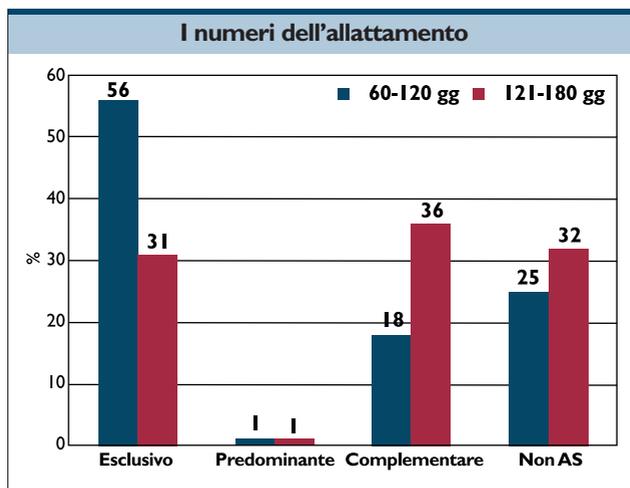
Il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno alla dimissione dal punto nascita al terzo e sesto mese è una delle priorità del Piano socio-sanitario integrato 2012-2015 della Regione Toscana che, a partire dal 2004, ha messo in atto diverse azioni per la promozione dell'allattamento.

L'Agenzia regionale di sanità della Toscana, con la collaborazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, è stata coinvolta in tre indagini sull'allattamento al seno: l'indagine sul "Percorso Nascita" del 2002, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, che ha interessato un campione di 1.657 donne che avevano partorito l'anno precedente; l'indagine "Essere mamma informata", svolta nel 2007, su 2.324 partorienti nei Punti nascita toscani, ricontattate a due-tre mesi dal parto; un'indagine condotta nel 2010 in cui sono stati somministrati 5.885 questionari ai genitori che hanno accompagnato i bambini a effettuare la prima (a 60-120 giorni di vita) o la seconda (a 121-180 giorni) dose dei vaccini obbligatori, in 44 centri vaccinali campionati nelle Asl della Regione.

L'allattamento esclusivo al seno. Dal confronto temporale si osserva un incremento dell'allattamento esclusivo alla dimissione dall'ospedale dal 66% nel 2001 al 76% nel 2010. La pratica di allattare in modo esclusivo, sottolinea il rapporto, diminuisce grandemente fin dai primissimi mesi di vita. Infatti, nella rilevazione del 2010, alla prima vaccinazione (61-120 giorni), i bambini alimentati al seno in modo esclusivo o predominante sono il 57,5%, il 17,8% è allattato in modo complementare e il 24,7% non è allattato al seno. Alla seconda vaccinazione (121-180 giorni), la proporzione di bambini alimentati al seno in modo esclusivo o

predominante diminuisce al 31,4%. Aumentano i bambini allattati in modo complementare (36,2%) e quelli non allattati al seno (32,3%), per inizio dello svezzamento, ossia l'introduzione dei primi cibi solidi.

A 121-180 giorni, infatti, il 51% dei bambini è già stato svezzato; il 45,7% di questi bambini riceve, oltre al latte, la frutta, il restante anche pappa dolce o salata e biscotti. Il capitolo sull'allattamento inserito nel documento Ars precisa che nonostante le raccomandazioni dell'Oms, secondo le quali i bambini dovrebbero essere allattati esclusivamente per 6 mesi e, in seguito, fino a 2 anni ed oltre, questo modello di allattamento è ancora lontano dall'essere la norma.



DIAGNOSTICA AVANZATA

Screening neonatale al top: scelta vincente dal 1981

In Toscana, gli screening neonatali hanno avuto da sempre un importante impulso. Dal 1981 sono stati introdotti lo screening per fenilchetonuria e per ipotiroidismo congenito e dal 1982 è stato introdotto lo screening per la fibrosi cistica; tali screening sono stati resi obbligatori su tutto il territorio nazionale con la legge 104 del 5 febbraio 1992.

Nel rapporto Ars è stato quindi introdotto un capitolo in cui è stata presentata l'esperienza regionale in termine di dati disponibili sulla copertura degli screening, conferma diagnostica e presa in carico dei pazienti. In Toscana viene utilizzata la tecnica fluorimetria con determinazione associata di Tsh più T4 (Firenze) e solo Tsh (Pisa). Tutti i dati inerenti ai casi confermati vengono inviati all'Istituto superiore di sanità per essere inseriti nel registro nazionale. I dati italiani mostrano che circa un bambino ogni 2mila nati vivi è affetto da ipotiroidismo congenito.

A oggi, in Toscana, sono stati analizzati circa 400mila neonati ed è stata effettuata una diagnosi di malattia metabolica in circa uno su 1.800 neonati esaminati. Se includiamo anche i neonati positivi al test aggiuntivo colorimetrico per il deficit di biotinidasi, un neonato su 1.500 è risultato affetto da malattia metabolica.

Guardando l'esperienza maturata in Toscana, una più elevata incidenza di alcune patologie ritenute molto rare o inesistenti nella popolazione italiana, come per esempio quella provocata dal difetto di Mcad (Difetto di acil-CoA deidrogenasi a catena media) che può essere responsabile di esordio acuto con exitus per Sudden infant death syndrome o per sindrome di Reye.

In Toscana e Umbria il difetto Mcad ha mostrato un'incidenza pari a circa 1 su 27mila neonati. In Toscana sono stati infatti identificati dal 2008 a oggi 18 neonati con aciduria metilmalonica secondaria a difetto di Vitamina B12 materna, uno ogni 12mila nati, rispetto a uno su 136mila negli anni precedenti il 2008.

Nel rapporto elaborato da Ars vengono anche riportati due capitoli specifici sullo screening per la fibrosi cistica, la più frequente malattia genetica auto-somica recessiva a grave impatto sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita, e lo screening per le immunodeficienze, un gruppo di malattie tutte caratterizzate da un grave deficit del sistema immunitario.

DOCUMENTI

Delibera regionale sulla sorveglianza sanitaria degli ex esposti che approva il progetto della Ausl 5 di Pisa



L'attacco toscano all'amianto in tre mosse

Sono 30mila i lavoratori interessati e colpiti per sovraesposizione - Una dote di 50mila euro per gli studi

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 590 del 14/7/2014 dal titolo "Approvazione progetto sulla sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto" e il relativo allegato.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Digs 15 agosto 1991 n. 277 recante "Attuazione delle direttive n. 80/1107/Cee, n. 82/605/Cee, n. 83/477/Cee, n. 86/188/Cee e n. 86/642/Cee" in materia di protezione dei lavoratori...

Visto il Digs 502/92 e successive modifiche e integrazioni, inerente al riordino del Sistema sanitario nazionale, che conferma la competenza delle Regioni in materia di assistenza sanitaria...

Visto il Digs 19 settembre 1994 n. 626 recante "Attuazione delle direttive n. 89/391/Cee, n. 89/654/Cee, n. 89/655/Cee, n. 89/656/Cee, n. 90/269/Cee, n. 90/270/Cee, n. 90/394/Cee, e n. 90/679/Cee riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro"...

Vista la Delibera di Giunta regionale n. 692 del 26/06/2001 recante le "Linee di indirizzo su sorveglianza sanitaria dei lavoratori "ex-esposti" a cancerogeni occupazionali", con la quale è stato approvato il documento elaborato dai Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende UsI toscane in collaborazione con l'allora Cspo (oggi Ispo) recante le indicazioni operative per l'assistenza sanitaria dei soggetti in condizioni di esposizione professionale a cancerogeni occupazionali in corso o pregressa;

Visto il Digs 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione

dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e successive modifiche e integrazioni, che stabilisce contenuti, modalità e attuazione del nuovo sistema di prevenzione;

Vista la Seconda Conferenza governativa sull'amianto, organizzata ai sensi della citata legge 257/1992 (Venezia, 22-24 novembre 2012), che ha focalizzato lo stato dell'arte sulle conoscenze scientifiche sui rischi da amianto e sulle possibilità di diagnosi e terapia, nonché sui meccanismi di tutela assicurativa e previdenzistica in Italia;

Visto il "Piano Nazionale Amianto. Linee di intervento per un'azione coordinata delle amministrazioni statali e territoriali", scaturito dalla sopracitata conferenza governativa, il quale identifica le linee di azione per le diverse problematiche connesse alla presenza attuale e pregressa dell'amianto, inclusa la sorveglianza sanitaria sia dei lavoratori addetti alle attività di bonifica e degli altri addetti potenzialmente esposti sia dei soggetti con cessata esposizione professionale;

Vista la legge regionale 19 settembre 2013, n. 51 "Norme per la protezione e bonifica dell'ambiente dai pericoli derivanti dall'amianto e promozione del risparmio energetico, della bioedilizia e delle energie alternative", la quale all'art. 6, c. 2 prevede che la Giunta regionale definisca con propria deliberazione gli indirizzi per lo svolgimento dei controlli sulla salute dei lavoratori esposti all'amianto e degli ex esposti per la prevenzione delle patologie connesse all'amianto;

Visto il decreto dirigenziale n. 1826 del 26/04/2012 recante la costituzione del "Gruppo di lavoro regionale per la definizione di linee di indirizzo per la realizzazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori con pregresse esposizioni ad amianto", composto da rappresentanti dei servizi Pisl dei Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende UsI toscane e delle Uu.Oa. di Medicina del Lavoro delle Aziende ospedaliere-universitarie di Careggi, di Pisa e di Siena, e dell'Istituto per lo studio e la prevenzione sanitaria agli ex esposti ad amianto;

Visto il documento predisposto dal gruppo di lavoro costituito con il sopra richiamato decreto dirigenziale n. 1826/2012, "Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto", il quale ha evidenziato alcuni aspetti critici che necessitano di essere approfonditi, al fine di poter implementare un eventuale protocollo che adotti le linee di indirizzo delineate;

Visto il progetto "Messa a punto e validazione delle soluzioni in merito ai punti critici principali di cui al documento "Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto" presentato dalla Azienda UsI 5 di Pisa in qualità di soggetto capofila, nostra nota protocollo AooGr11/1596710.100.100 del 7/05/2014, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Analizzato tale progetto, della durata di sei mesi e di costo complessivo quantificato in euro 50.000,00, il quale propone di analizzare e risolvere tre delle principali criticità evidenziate dal documento sopracitato con i seguenti sotto-progetti di cui si compone:

- A) "Predisposizione di uno strumento per l'anamnesi professionale e dei criteri classificativi dell'esposizione" (da utilizzare ai fini delle successive prestazioni sanitarie da fornire), con coordinamento affidato all'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana (Aoup) e costo stimato in euro 15.000,00;
B) "Stima dei costi del protocollo di sorveglianza sanitaria proposto nel documento linee di indirizzo", con coordinamento assegnato all'Istitu-

to per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) e costo stimato in euro 15.000,00;

C) "Definizione dei percorsi di follow-up e degli strumenti di comunicazione", con coordinamento in capo all'Azienda UsI 5 di Pisa e costo stimato in euro 20.000,00;

Valutato tale progetto di interesse regionale, in relazione alle specifiche finalità perseguite e agli obiettivi più generici dell'eventuale programma di sorveglianza sanitaria da adottare, i quali sono:

- erogare ai soggetti ex esposti ad amianto e ai lavoratori ancora in servizio e con pregressa esposizione professionale ad amianto, le appropriate prestazioni sanitarie tramite un'offerta di servizi a rete sul territorio che si avvale delle Aziende UsI e delle Aziende ospedaliere-universitarie, con definizione del programma di follow-up;
- effettuare il riconoscimento dell'esposizione professionale pregressa con valutazione di durata e intensità, in modo da poter stimare i rischi per la salute, e informare il soggetto ex esposto sulle patologie derivanti dall'esposizione ad amianto, sugli eventuali rischi aggiuntivi e sulle possibilità di diagnosi e cura;

- fornire supporto per il riconoscimento di malattia professionale;

Rilevato che, da parte delle Organizzazioni sindacali, di altre Istituzioni e organismi di tutela dei diritti del cittadino, sono state avanzate richieste all'Assessorato alla Sanità di assumere un ruolo attivo nell'approfondimento delle pregresse esposizioni all'amianto, nell'assistenza agli ex esposti e nel coordinamento delle iniziative poste in essere dalle Aziende sanitarie;

Considerato che il Piano nazionale amianto (Pna) è stato approvato il 21 marzo 2013 dal Consiglio dei ministri e che tuttora permane all'esame della Conferenza Stato-Regioni; Ritenuto opportuno procedere, nelle more dell'approvazione del Pna, con la sperimentazione prevista dal piano mirato "Messa a punto e validazione delle soluzioni in merito ai punti critici principali di cui al documento "Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto"», presentato dalla Azienda UsI 5 di Pisa in qualità di soggetto capofila;

Ritenuto pertanto di voler approvare il progetto di "Messa a punto e validazione delle soluzioni in merito ai punti critici principali di cui al documento "Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto"», presentato dalla Azienda UsI 5 di Pisa in qualità di soggetto capofila;

È stato preliminarmente stilato un documento specifico che è stato sottoposto a una consultazione allargata regionale che ha incluso:
- la sua presentazione all'Articolazione Pisl e la consultazione dei suoi componenti;
- la consultazione di altri operatori del Ssr individuati dal Gruppo tecnico.

Nel documento sono state evidenziate alcune criticità a cui è necessario dare una risposta prima di poter prevedere l'attivazione della sorveglianza sanitaria degli oltre 30.000 soggetti residenti in Toscana stimati essere ex-esposti ad amianto e pertanto suscettibili di usufruire delle prestazioni sanitarie previste nelle Linee di indirizzo sopra citate. Si tratta di soggetti che risultano aver lavorato in aziende anche di grandi dimensioni che nel passato hanno fatto uso di amianto, e in particolare addetti:

- alla costruzione di carrozze ferroviarie alla Breda di Pistoia o alla Sacem di Arezzo;
- alla manutenzione delle carrozze ferroviarie alle Ogr di Firenze o alla Fervet di Viareggio;
- agli isolamenti termici alla Siri di Sesto F.no;

- di grandi aziende del vetro industriale come Borma a Livorno e Saivo a Firenze;

2. di assegnare all'Azienda UsI 5 di Pisa, per la realizzazione del progetto di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, la somma di euro 50.000,00, importo da prenotarsi sul capitolo 26164 (extra fondo) "Proventi da sanzioni per potenziamento attività di prevenzione sui luoghi di lavoro (Dlgs n. 758/94 - Dgr 83/09)" del bilancio gestionale 2014, che presenta la necessaria disponibilità;

3. di precisare che dovrà essere presentata, da parte della Azienda UsI 5 di Pisa, la relazione conclusiva e la rendicontazione delle spese sostenute per la realizzazione del progetto di cui all'Allegato A della presente delibera, parte integrante e sostanziale del presente atto;

4. di incaricare il dirigente del settore competente della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale a predisporre i successivi atti per l'attuazione del progetto di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto.

ALLEGATO A

Messa a punto e validazione delle soluzioni in merito ai punti critici principali di cui al documento Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto

Data presentazione progetto 7 maggio 2014
Data prevista inizio progetto 1 giugno 2014
Data prevista fine progetto 31 dicembre 2014
Soggetto proponente Azienda UsI 5 di Pisa
Soggetto attuatore Ausl 5 Pisa, Aoup, Ispo eventuali altri soggetti coinvolti

Responsabile del progetto Dott.ssa Maria Lemmi (Responsabile UF Psl Azienda UsI 5 di Pisa tel 050 954480 m.lemmi@usl5.toscana.it)
Referente del progetto Dott.ssa Lucia Turini (dirigente medico UF Psl Azienda UsI 5 di Pisa tel 050 954601 lturini@usl5.toscana.it)

Analisi situazione iniziale
Il decreto dirigenziale n. 1826 del 26/4/2012 ha istituito un gruppo di lavoro regionale per la predisposizione di Linee di indirizzo per la sorveglianza degli ex-esposti ad amianto.

È stato preliminarmente stilato un documento specifico che è stato sottoposto a una consultazione allargata regionale che ha incluso:
- la sua presentazione all'Articolazione Pisl e la consultazione dei suoi componenti;
- la consultazione di altri operatori del Ssr individuati dal Gruppo tecnico.

Nel documento sono state evidenziate alcune criticità a cui è necessario dare una risposta prima di poter prevedere l'attivazione della sorveglianza sanitaria degli oltre 30.000 soggetti residenti in Toscana stimati essere ex-esposti ad amianto e pertanto suscettibili di usufruire delle prestazioni sanitarie previste nelle Linee di indirizzo sopra citate. Si tratta di soggetti che risultano aver lavorato in aziende anche di grandi dimensioni che nel passato hanno fatto uso di amianto, e in particolare addetti:

- alla costruzione di carrozze ferroviarie alla Breda di Pistoia o alla Sacem di Arezzo;
- alla manutenzione delle carrozze ferroviarie alle Ogr di Firenze o alla Fervet di Viareggio;
- agli isolamenti termici alla Siri di Sesto F.no;
- di grandi aziende del vetro industriale come Borma a Livorno e Saivo a Firenze;

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

l'attivazione di attività di prevenzione e di giustizia sociale. Le associazioni del privato sociale presenti in Toscana hanno già palesato il loro interesse a riguardo ma devono essere definite le procedure di interazione con le strutture del Ssr che svolgeranno le attività di sorveglianza sanitaria.

... di fronte a qualsiasi proposta di creazione e conservazione di registri nominativi di persone, compreso il caso dei registri di ex-esposti ad amianto, va verificata la conformità con la normativa sulla tutela della riservatezza e vanno definiti i vincoli degli operatori deputati alla manutenzione dei registri; in primo luogo è da chiarire se sarà possibile invitare i soggetti identificati da liste predisposte per altre finalità (amministrative, assicurative ecc.).

Descrizione sintetica del progetto e dell'obiettivo generale

Questo progetto intende affrontare i tre aspetti critici principali evidenziati, di cui all'analisi della situazione e trovare soluzioni per superarli. Il progetto infatti prevede lo sviluppo di 3 specifici sottoprogetti:

Sotto-progetto A) Predisposizione di uno strumento per l'anamnesi professionale e dei criteri classificativi dell'esposizione da utilizzare ai fini delle successive prestazioni sanitarie da fornire

Sotto-progetto B) Stima dei costi del protocollo di sorveglianza sanitaria proposto nel documento di Linee di indirizzo

Sotto-progetto C) Definizione dei percorsi di follow-up e degli strumenti di comunicazione

Come atto conclusivo del progetto è previsto un seminario/work shop finale aperto all'articolazione Pisl e ad altri operatori esperti per la discussione del lavoro prodotto e alla condivisione delle procedure e della documentazione da utilizzare sul campo.

Obiettivi specifici
Di seguito sono indicati gli obiettivi generali e specifici dei singoli sottoprogetti che saranno poi sinteticamente dettagliati nell'allegato A:

1. Obiettivo del primo sottoprogetto è quello di effettuare una comparazione tra le varie metodiche disponibili e individuare quella con la migliore performance sia in termini di efficacia (migliore classificazione dell'esposizione) e di efficienza (tempo-risorse necessarie). In particolare:

- sarà definito il questionario da utilizzare a partire da quelli usati in precedenti esperienze toscane e non toscane. Tali questionari saranno sperimentati laddove sono attivi ambulatori nei quali si accolgono passivamente le eventuali richieste di valutazione da parte degli ex-esposti ad amianto (Asl 2 Lucca, Asl 3 Pistoia, Asl 5 Pisa, Asl 6 Livorno, Asl 8 Arezzo, Asl 10 Firenze, Asl 12 Versilia, Aou Pisana, Aou Senese);
- sarà individuato il criterio di definizione dell'esposizione a partire dalle classificazioni già utilizzate e riportate in premessa.

2. Obiettivo del secondo sottoprogetto è quello di analizzare i costi per le attività di 1° e di 2° livello e fare una stima dei costi complessivi di un sistema di sorveglianza sanitaria di tipo attivo. In particolare:

- saranno analizzati i costi delle attività già svolte di 1° livello alla luce dell'esperienza svolta dalle Asl nel corso degli ultimi anni e 2° livello prendendo come riferimento quelle svolte presso l'Aoup;
- sarà effettuata una stima dei costi delle prestazioni previste per la sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto sulla base delle nuove Linee di indirizzo a partire dai risultati conseguiti al punto precedente.

- sarà predisposto un percorso di follow-up che dovrà rispondere a requisiti di efficienza nell'ambito del Ssr tenendo conto del ruolo assistenziale del Mmg nei confronti di soggetti ormai in pensione;

- saranno definiti strumenti comunicativi rivolti ai singoli partecipanti alla sorveglianza sanitaria e alla comunità di cui fanno parte, in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

Il seminario finale intende perseguire la condivisione nell'ambito della rete del Ssr delle procedure da attuare per la sorveglianza sanitaria sugli ex-esposti ad amianto.

Attività previste e risultati attesi

Sottoprogetto A: Su almeno 50 ex-esposti afferenti agli ambulatori di primo livello saranno utilizzate contestualmente le varie metodiche.

Sottoprogetto B: Saranno definiti i criteri di classificazione dell'esposizione da utilizzare ai fini delle successive prestazioni sanitarie da fornire

Sottoprogetto C: Saranno definiti i percorsi di follow-up e degli strumenti di comunicazione

Una scheda ad hoc sarà predisposta in collaborazione con il Gruppo tecnico regionale per la registrazione delle prestazioni effettuate e del personale e dei tempi di lavoro necessari.

Il protocollo operativo sarà messo a punto da Ispo e sarà condotto dai servizi Pisl individuati e dall'Aoup; l'analisi dei dati sarà svolta da Ispo. Il Gruppo tecnico regionale collaborerà alla predisposizione del progetto e alla redazione del rapporto finale.

Sotto progetto C:

A partire dai dati acquisiti durante la recente esperienza di sorveglianza sanitaria maturata dalla Asl 5 Pisa su 637 ex esposti del settore geotermico in Alta Val di Cecina sarà predisposto un programma di follow-up che sarà sperimentato nell'ambito di un progetto pilota che coinvolgerà almeno 50 ex-esposti già esaminati. Il programma dovrà prevedere forme di comunicazione: (i) tra la struttura di primo livello e quella di secondo individuata, nonché con i Mmg dei soggetti richiamati; (ii) nei confronti dei soggetti stessi e della comunità di cui fanno parte se ritenuto di interesse.

Saranno definiti gli aspetti di privacy specifici di questa attività di sorveglianza sanitaria. Il protocollo operativo sarà messo a punto dalla Asl 5 Pisa e sarà condotto dalla stessa Asl 5 Pisa. Il Gruppo tecnico regionale collaborerà alla predisposizione del progetto e alla redazione del rapporto finale.

Seminario conclusivo:

Completamento del lavoro dei tre sottoprogetti è previsto un seminario/workshop finale aperto all'articolazione Pisl e ad altri operatori regionali e extraregionali per la discussione del lavoro prodotto e la definizione collegiale delle procedure e della documentazione da utilizzare sul campo.

Questo lavoro potrà fare parte integrante della discussione e del lavoro previsto nell'ambito dei due progetti Ccm in corso, di cui uno coordinato dalla Regione Veneto e l'altro coordinato da Asp Lazio.

Piano finanziario

Seguono allegati piani finanziari.

(...omissis...)

L'ASSISTENZA ALLA FRAGILITÀ

Anziani, disabili e minori: la Regione «apre» ai progetti sperimentali

Avviso pubblico mirato a migliorare gli interventi e a sostenere le famiglie

Pubblichiamo la delibera n. 594 del 21 luglio 2014 "Avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse per l'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori".

LA GIUNTA REGIONALE

... (omissis) ...
A voti unanimi
DELIBERA

- di approvare l'avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse all'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori secondo le indicazioni e le procedure contenute nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;

- di dare mandato ai competenti uffici della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale a mettere in atto gli adempimenti amministrativi necessari all'attuazione della presente deliberazione;

- di dare mandato alla Commissione regionale istituita con Dgr n. 56/2011, ai sensi del punto 3.3.1. del Pslr 2007-2010, di valutare l'ammissibilità dei progetti pervenuti;

- di procedere a dare concreta applicazione all'utilizzo del titolo di acquisto di cui all'articolo 2 della legge regionale n. 82/2009, attraverso l'elaborazione di un atto che disciplinerà, in particolare, i seguenti aspetti: 1) determinazione della quota alberghiera in relazione alle condizioni strutturali e di autorizzazione, nonché di ulteriori servizi rispetto a quelli previsti nell'accertamento, che saranno corrisposti direttamente dagli ospiti in virtù di rapporti contrattuali privati; 2) adeguamento da parte di ogni struttura della carta dei servizi con indicazione delle relative tariffe per i servizi aggiuntivi; 3) inserimento in apposito sito regionale di ogni struttura che ha aderito al sistema dei titoli di acquisto con indicazione delle condizioni di servizio e delle disponibilità di posti in tempo reale;

- di precisare che l'attuazione dell'articolo 2 citato con la modalità sopra descritte prescinde dall'attivazione e dalla realizzazione dei progetti di sperimentazione innovativa di cui al presente atto costituendo due autonomi interventi regionali specifici seppur orientati al comune obiettivo di migliorare l'efficienza, la flessibilità, l'appropriatezza assistenziale e trasparenza del sistema assistenziale socio-sanitario;

- di dare atto che il processo di sperimentazione non comporta oneri a carico del bilancio della Regione Toscana.

ALLEGATO I

Avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse per l'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori

I. Obiettivi

Partendo da una visione d'insieme del bisogno della persona e della famiglia è oggi sempre più indispensabile coordinare gli interventi sanitari, socio-sanitari e sociali a favore delle persone, al fine di rendere più appropriata l'offerta dei servizi rispetto alle specifiche necessità della persona.

Per questo motivo si rende necessario avviare un processo di revisione del sistema attraverso proposte sperimentali provenienti dal territorio e basate sulla sua capacità di ripensare la programmazione e i propri servizi in una logica di sistema e di sostenibilità. Gli elementi chiave su cui dovranno basarsi le sperimentazioni sono:

- studio epidemiologico e analisi dei bisogni con una prospettiva di medio e lungo periodo;
- coerenza e funzionalità quali concetti ispiratori della programmazione territoriale;
- governo di tutti gli elementi del sistema attraverso l'analisi dei costi;
- ridefinizione dei servizi in una logica di percorso assistenziale incentrato sui bisogni della persona e della comunità, secondo criteri di qualità e sicurezza;

- monitoraggio, raccolta e sistematizzazione dei dati al fine di avviare un'attività strutturata di monitoraggio e valutazione;
- condivisione con il livello regionale dei risultati;
- introduzione ragionata e condivisa di eventuali correttivi;
- appropriatezza delle soluzioni offerte rispetto alla diversa tipologia di bisogno

A tale proposito appare fondamentale avvalersi di una programmazione territoriale coerente e condivisa che identifichi le risposte assistenziali adeguate e calibrate al bisogno territoriale esistente e rilevato, anche al fine di consolidare e ottimizzare i livelli occupazionali del settore residenziale.

Tale processo di ideazione, pianificazione, attuazione, monitoraggio e valutazione vede la concertazione, la cooperazione e l'integrazione tra gli enti territoriali coinvolti (Aziende Uu.Ss.Ll., Comuni, Società della Salute) e le parti sociali e di rappresentanza dei bisogni (terzo settore, associazioni sindacali, volontariato, profit e non profit ecc.), portatrici di esigenze differenziate nella formulazione e regolazione dei percorsi di sviluppo del territorio. Ciò consente di sottoporre al livello regionale proposte operative ragionate e condivise, realmente

rappresentative dei bisogni e delle esigenze degli attori territoriali, tenendo conto dei criteri di appropriatezza e sostenibilità degli interventi.

Infine, altrettanto importante sarà assicurare un sistema di monitoraggio delle sperimentazioni, partendo dai dati relativi all'offerta assistenziale presente, in modo da verificare l'efficiente utilizzo delle risorse, il rispetto della normativa vigente e la completa trasparenza nella gestione dei percorsi assistenziali.

2. Ambiti di sperimentazione

a. Area anziani; b. Area disabilità; c. Area minori.

3. Soggetti proponenti

Le proposte di sperimentazione dovranno essere elaborate all'interno di un'analisi del contesto territoriale di riferimento che trova la sua naturale collocazione nella Zona-distretto, e saranno oggetto di una formulazione progettuale condivisa fra Conferenza zonale dei sindaci (o Società della Salute laddove costituita) e Azienda Uu.Ss.Ll., anche su proposta degli operatori del sistema sociale e sanitario coinvolti, delle organizzazioni sindacali, dei soggetti del Terzo settore e dei gestori privati e pubblici.

Le proposte dovranno essere presentate:
- per l'area anziani e disabilità dalle Aziende Uu.Ss.Ll. o dalle Società della Salute, laddove costituita;

- per l'area minori dai Comuni.

Il soggetto proponente è responsabile per l'intera durata progettuale del buon esito e del rispetto dei requisiti delle sperimentazioni approvate.

4. Valutazione delle sperimentazioni

Le proposte di sperimentazione, in ordine alla loro ammissibilità, saranno valutate dalla Commissione di cui al Piano integrato sociale regionale 2007-2010, punto 3.3.1, istituita con delibera di Giunta regionale n. 56/2011, secondo i seguenti criteri:

4.1 Informazioni minime di contenuto:

- (1) descrizione sintetica del progetto con esplicitazione degli elementi essenziali di innovazione della proposta rispetto all'offerta dei servizi presenti nel territorio di riferimento;
(2) definizione dei soggetti destinatari potenziali dell'iniziativa (anche in termini numerico e di identificazione del bisogno);
(3) definizione dell'ambito progettuale entro il quale si posiziona l'iniziativa (con riferimento alle aree di intervento, agli elementi qualificanti di sperimentazione di cui al presente atto e all'offerta residenziale complessiva della zona);
(4) descrizione degli obiettivi generali e specifici dell'iniziativa proposta;
(5) progettazione operativa (azioni, attività, durata complessiva, tempistiche di realizzazione e analisi dei costi);
(6) definizione dei requisiti strutturali, organizzativi, gestionali e tecnologici che verranno garantiti nel corso della sperimentazione per l'erogazione dei servizi proposti;
(7) descrizione della rete istituzionale, e non, attivata per la realizzazione del progetto, con esplicitazione di eventuali strumenti di formalizzazione adottati;
(8) identificazione della sede operativa e del territorio di riferimento (Zona distretto/Azienda UsI/Società della Salute);
(9) quantificazione dei risultati in termini di risposta al bisogno identificato, con proposta di un set di indicatori che permetta il monitoraggio e la valutazione dei risultati previsti.

Le proposte ritenute ammissibili saranno quindi valutate secondo il maggior grado di coerenza rispetto alla qualità e innovatività del progetto, in base ai seguenti criteri:

- 4.2 criteri di qualità/coerenza e innovatività progettuale
● Coerenza con la programmazione socio-sanitaria regionale e locale e con le indicazioni del presente atto;
● rispondenza delle azioni alle relative norme di settore nazionali, regionali e locali;
● coerenza degli obiettivi della sperimentazione con i contenuti, le modalità di attuazione, gli strumenti e le risorse previsti per l'attuazione degli stessi;
● rilevanza dei contenuti e sostenibilità economico-finanziaria degli interventi;
● previsione di ricadute in termini positivi sull'appropriatezza delle risposte socioassistenziali complesse e sulla flessibilità del sistema integrato;
● presenza di elementi di novità sia in riferimento agli aspetti gestionali del progetto che organizzativi, metodologici, tecnologici e di governance dei servizi;
● qualità e sicurezza dei progetti attivati in relazione sia ai processi di produzione ed erogazione dei servizi che dei risultati prodotti per le persone assistite, tenendo conto di standard di riferimento di letteratura e benchmarking regionale;
● possibilità di replicabilità dell'intervento grazie alla definizione di elementi caratterizzanti e standard prestazionali certi dei nuovi servizi;
● capacità dell'intervento di sviluppare e promuovere reti di collaborazione fra servizi socio-sanitari e altri attori territoriali anche non istituzionali.

Le sperimentazioni saranno approvate con delibera di Giunta regionale in considerazione anche della loro presenza omogenea sul territorio regionale.

(...omissis...)

Il testo integrale del documento è consultabile tra gli atti della Regione al sito www.regione.toscana.it

RAPPORTO ARS Il 68% dei ragazzi usa il pc a fronte di una media nazionale del 62%



Piccoli sempre più «digitali»

Scarsa attività fisica, poca frutta e verdura - Piacciono teatro, libri e musei

In Toscana la maggior parte dei bambini ha un fratello, ha entrambi i genitori che lavorano e quindi si ricorre spesso alle cure dei nonni, utilizzano il cellulare e il computer. Questi alcuni aspetti che il rapporto Ars ha elaborato analizzando la vita quotidiana, gli stili di vita, l'attività fisica, l'alimentazione e i fattori di rischio per fornire una cornice delle abitudini della popolazione minore toscana.

In Toscana, nel 2001, il 51,8% dei bambini e ragazzi di 0-17 anni vive con ambedue i genitori occupati e andando ad analizzare la fascia 0-13 - l'83,4% viene affidato abitualmente ad adulti (il 69,8% ai nonni). Oltre alle trasformazioni che caratterizzano il contesto familiare, forti cambiamenti riguardano anche il rapporto dei ragazzi con le nuove tecnologie: nel 2011 in Toscana più dei due terzi dei bambini e ragazzi di 6-17 anni utilizza il cel-

lulare e il 57,7% ne possiede uno tutto per sé; il suo uso nella fascia 11-17 anni è passato dal 62,9% del 2005 al 67,5% del 2011. Nel 2011 la quota di bambini e ragazzi tra i 3 e i 17 anni che usa il Pc è del 67,9% a fronte del 62,1% dell'Italia (l'uso del Pc aumenta al crescere dell'età). I bambini e i ragazzi che usano tv, radio e Pc leggono di più nel tempo libero, vanno più frequentemente al cinema, praticano maggiormente sport. Relativamente a fruizione di spettacoli, pratica sportiva, let-

tura e frequenza di corsi extrascolastici nel 2011 la percentuale di bambini e ragazzi toscani che vanno a teatro è il 34,9% (il 31,6% in Italia), l'86,3% vede film al cinema (80,2% in Italia), il 52% visita musei e/o mostre (42,1% in Italia), il 40,2% va a spettacoli sportivi (43,1% in Italia).

Proprio sull'attività sportiva praticata, nella fascia di età 3-17 anni, le femmine risultano meno attive dei ragazzi: in Toscana la quota di chi non pratica attività fisica risulta, rispettivamente, 22,8% e 17,6% nel biennio 2010-2011. Confrontando i ragazzi di 3-10 anni e 10-17 anni, osserviamo che, al crescere dell'età, aumenta la pratica di sport in maniera continuativa. Secondo l'indagine "Okkio alla salute" risulta scarsa, tuttavia, la quota di bambini che seguono le raccomandazioni, o hanno abitudini vicine a quelle raccomandate: solo il 14,9% svolge attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni a settimana e circa il 30% delle scuole elementari toscane, nel 2012, ha dichiarato che non tutte le classi svolgono normalmente le due ore di attività fisica raccomandate nel curriculum scolastico.

I dati Istat danno anche un'idea dell'alimentazione, mostrando che nel biennio 2010-2011, in Toscana, è meno frequente il consumo di salumi, carne bovina, uova, frutta, legumi in scatola, pesce, snack e dolci e si consumano più frequentemente pane, pasta, latte,

carne bianche, verdura e ortaggi. L'indagine "Okkio alla salute" indica che nel 2012 il 64,5% dei bambini di 8-9 anni in Toscana fa una colazione adeguata. Il 6,9% non fa colazione e solo il 27,7% assume una merenda di metà mattina adeguata, l'8% consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno, e il 36,3% fa consumo di bevande zuccherate una volta al giorno. In Toscana il 24,5% dei soggetti di 6-17 anni è in sovrappeso od obeso, una quota di poco più bassa rispetto all'Italia (27,2%). Secondo l'indagine "Okkio alla salute", nel 2012, all'età di 8-9 anni, il 19,6% dei bambini toscani è in sovrappeso e il 6,9% obeso.

Tra le altre abitudini anche il consumo di sigarette: nella fascia di età 11-13 anni, la quota di fumatori nel triennio 2009-2011 è pari allo 0,8%. Nel 2011 i soggetti di 14 anni o più interessa il 27,9% dei maschi e il 19,5% delle femmine. Altro punto che indica abitudini e rischi è il consumo di alcol: nel 2011 i consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'ultimo anno è del 33% nella fascia 14-17, mentre è del 4,7% nella fascia 11-13. Su questo punto il rapporto conclude che il mondo dei giovani fumatori si caratterizza per scarsa qualità dei rapporti con i genitori, che sono in genere fumatori, scarso interesse alla salute e al rendimento scolastico; questo fa ipotizzare che l'abitudine possa essere un proxy di disagio, in una età di per sé complessa, che subisce l'influenza dei comportamenti dei coetanei e della famiglia.

EDUCAZIONE SESSUALE

Adolescenti fascia a rischio

Ars ha riportato anche un'analisi dei comportamenti sessuali degli adolescenti e del loro approccio alla contraccezione con dati emersi dallo studio Edit. È stato rilevato che nel 2011 solo il 65,3% dei giovani sessualmente attivi di età compresa fra i 14 e i 17 anni usa il profilattico durante i rapporti mostrando una scarsa attenzione, non solo nel prevenire gravidanze indesiderate, ma anche nei confronti della trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili (Mts). Dato che il profilattico può essere utilizzato esclusivamente come metodo di prevenzione delle Mts, è stato chiesto ai ragazzi di indicarci i principali metodi anticoncezionali. In questo caso una percentuale molto elevata di ragazze usa la pillola anticoncezionale (23,6%), l'8,0% adotta solo il coito interrotto (rispetto al 6,1% dei maschi) e ben il 14,7% dichiara di non usare alcun metodo (13,7% nei maschi) esponendosi a un elevato rischio di incorrere in una gravidanza indesiderata.

Nel 2012 delle 7.121 interruzioni volontarie di gravidanza avvenute in Toscana, 211 (il 3,0% del totale) hanno riguardato ragazze minorenni. Nello stesso anno, si sono registrati 31.234 parti: di questi lo 0,3% (83) ha riguardato minori. Le minori registrano tassi di abortività più bassi della media toscana (4,9 per 1.000 donne <18 anni vs 10,1 per 1.000 donne 15-49 anni), ma ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza molto più spesso di quanto partoriscono. L'approccio farmacologico con mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione volontaria di gravidanza (definito anche aborto medico) è stato utilizzato nel 5,5% dei casi della popolazione generale e nel 5,6% tra le minori, dunque senza differenze sostanziali. Ci sono invece differenze importanti per quanto riguarda l'assistenza in gravidanza e l'accesso ai servizi: le minori preferiscono rivolgersi al consultorio nel 12,4% dei casi, contrariamente alle altre che scelgono il ginecologo privato nel 47,6% dei casi. Sebbene in Toscana il fenomeno delle mamme minorenni rimanga quantitativamente circoscritto - sottolinea il rapporto - le problematiche sociali e sanitarie non sono trascurabili e richiedono interventi specifici da parte della comunità.

Fari puntati su gravidanze precoci e Mst

INCIDENTI STRADALI: I DATI DELLO STUDIO EDIT

Maschi più esposti alla guida in stato di ebbrezza

L'Agenzia regionale nel rapporto "La salute dei bambini e dei ragazzi in Toscana", analizzando il flusso dati del pronto soccorso, i dati Istat/Sirss (Istat), il Registro regionale di mortalità toscano (Rmr) e lo studio Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana, ha mostrato tutti gli aspetti legati agli incidenti stradali.

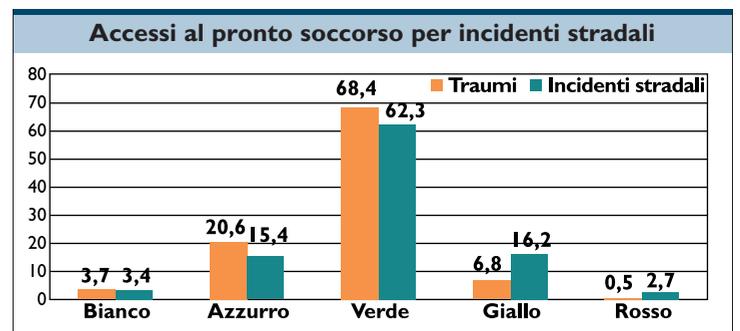
Secondo il rapporto Istat Aci, nel 2012 sono stati registrati in Italia 186.726 incidenti stradali con lesioni a persone e, nel biennio 2011-2012, in Toscana i casi di "dinamiche da trauma" sono stati 106.950. Analizzando i dati sui traumi nel loro complesso con gli incidenti stradali, in Toscana sono stati registrati 11.225 accessi nel periodo in studio: il 58,7% degli accessi per sinistri occorsi in strada, in età 0-17 anni, sono riferibili a maschi, così co-

me il 60,5% degli accessi per traumi. Andando a vedere i dati del pronto soccorso le diagnosi più frequenti di dimissione sono le contusioni (25,5%), seguite da fratture (15,5%), quindi dai traumi interni, intracranici e superficiali (14,9%). Riguardo alla percentuale di accessi ai Ps per incidenti stradali, si palesa una netta prevalenza di diagnosi riconducibili a contusioni, circa un accesso ogni tre (35,1%), seguita dai traumi interni, intracranici e superficiali (19,2%). In termini di esiti alla dimissione, la maggior parte degli accessi per cause traumatiche si conclude con una "dimissione a domicilio" (circa il 92%), mentre il 2,7% richiede un ricovero in reparto.

In Toscana pedoni, conducenti di biciclette, conducenti di ciclomotori/motocicli e passeggeri (di autovetture, ciclomotori e motocicli) presentano ele-

vate frequenze in termini di conseguenze (feriti e deceduti), in particolare per i giovani di età 16-17 anni, coinvolti in incidenti stradali mentre erano alla guida del loro ciclomotore/motociclo. Le elaborazioni riferite al periodo 2001-2010 indicano che sono stati registrati 3.469 decessi per incidente stradale (in media 347 l'anno), dei quali 162 (in media 16 ogni anno) hanno riguardato bambini e ragazzi di età minore o uguale a 17 anni (4,7% del totale). All'aumentare dell'età cresce la quota di deceduti in incidente stradale: se nella classe di età 0-13 solo il 3,6% dei decessi si riferisce infatti a un sinistro, nella classe 14-15 anni tale valore si attesta al 40,4% mentre nella classe 16-17 sale addirittura al 44,7%.

Secondo lo studio "Edit" la guida dopo aver bevuto troppo è un comportamento riscontrato nel 23,4% dei sogget-



ti e in questo ambito i maschi fanno registrare frequenze circa doppie rispetto alle coetanee femmine (maschi: 27,5%, femmine: 14,8%); la guida dopo aver assunto sostanze stupefacenti, invece, riguarda il 10,9% dei giovani. Sempre durante la guida, ha dichiarato di aver fumato una sigaretta almeno una volta nella settimana precedente l'intervista il 32,7% dei soggetti mentre il 17,9% ha dichiarato di aver parlato al

cellulare. In entrambi i casi le differenze per genere sono risultate marginali.

Il rapporto precisa che, seppur le fonti informative nazionali non permettano di conoscere quale sia in Italia la reale quota di incidenti stradali da imputare a ebbrezza da alcol, sostanze stupefacenti e distrazioni al volante, i comportamenti descritti sono da considerarsi tra i determinanti più predittivi d'incorrere in un incidente stradale.

CRESCERE L'ABUSO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Ombra ludopatia per un minore su dieci

Nel 2011 in Toscana circa il 27% dei ragazzi riferisce di aver assunto almeno una sostanza illegale nella vita, il 23,2% negli ultimi 12 mesi e quasi il 18% negli ultimi 30 giorni. Il consumo aumenta proporzionalmente con l'età, fino ad arrivare a una prevalenza d'uso una tantum di oltre il 40% per i diciassetenni. Nel rapporto Ars si sottolinea la precocità con cui i giovani entrano in contatto con le sostanze, infatti per ben il 41,5%

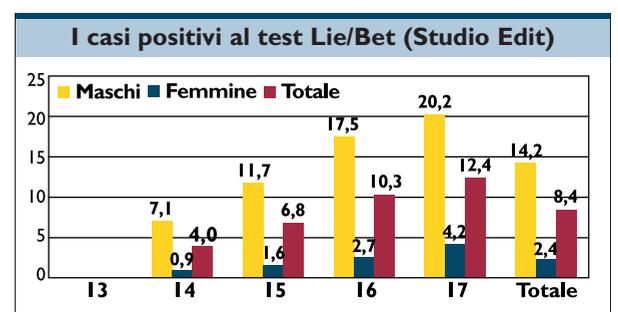
il primo uso è avvenuto a 14 anni o prima e, nell'83,3% dei casi, la prima sostanza è stata la cannabis.

Relativamente alle differenze di genere e all'andamento nel tempo dei comportamenti d'uso in Toscana, nel 2005 e nel 2008 si osservano modeste differenze di genere, mentre nel 2011 si registrano fino a 7 punti percentuali di differenza in tutti i timeframe analizzati (vita, anno e mese). Riportando i risultati dell'ul-

tima rilevazione sulla popolazione 14-17enne toscana si stima che circa 40.000 ragazzi abbiano assunto una o più sostanze nella propria vita, quasi 35.000 nell'ultimo anno e 26.500 negli ultimi 30 giorni.

Altra abitudine pericolosa è il gioco d'azzardo. I risultati del 2011 indicano che il 55,6% (quasi 83.000 ragazzi) degli adolescenti intervistati (14-17 anni) dichiara di aver giocato almeno una volta nella vita a un gioco

d'azzardo. Questa percentuale, come per la maggior parte dei comportamenti fin qui analizzati, risulta molto diversa nei due generi: il 70,9% dei maschi contro il 39,1% delle femmine, anche se, osservando il dato per singolo anno di età, con l'aumentare della stessa, la disparità va diminuendo. I giochi più frequenti sono risultati essere il Gratta e Vinci, con l'82,7%, il biliardo e le scommesse sportive (rispettivamente il 51,1% e 49,2%), probabilmente influenzati dalla forte componente maschile. I dati presentati mostrano



un importante coinvolgimento dei giovani nel fenomeno del consumo di droghe, e anche il gioco d'azzardo risulta essere un ambito di forte attrazione per gli adolescenti: quasi 1 su 10 risulta a rischio di sviluppare una dipendenza da questa attività.

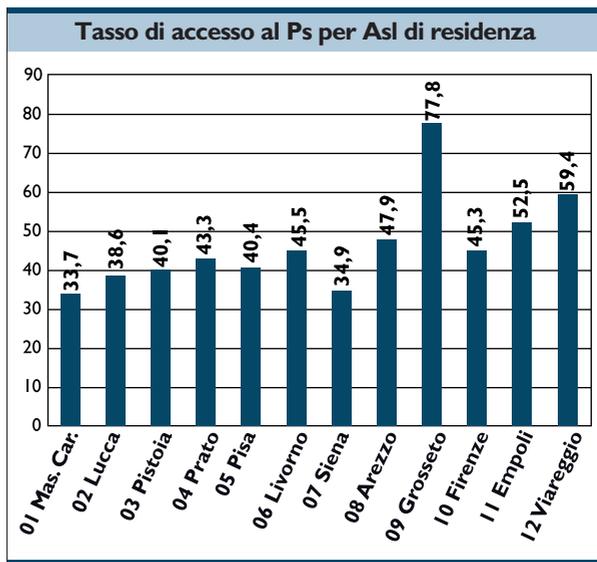
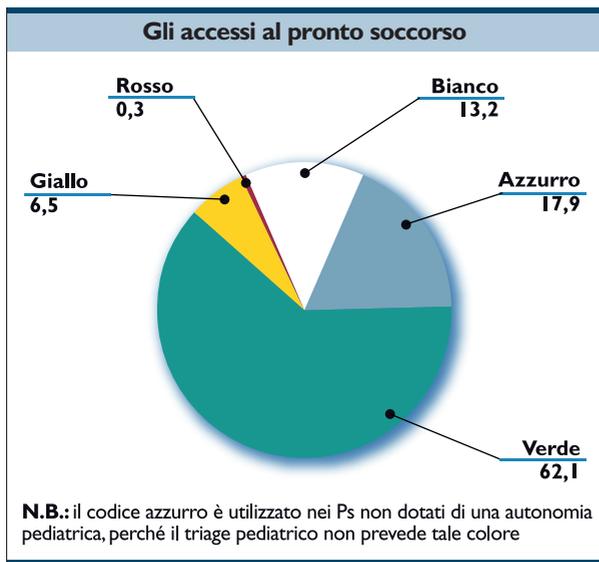
RAPPORTO ARS Prevalgono gli accessi nel fine settimana ma con gravità minore

Week end in pronto soccorso



Valori elevati a Grosseto e Viareggio, in coda Massa e Carrara e Siena

Uno dei capitoli del rapporto dell'Agenzia regionale di Sanità si concentra sul ricorso ai servizi sanitari andando a descrivere alcune statistiche che riguardano l'accesso al pronto soccorso (Ps) e l'ospedalizzazione dei bambini e dei ragazzi residenti in Toscana. Una trattazione che esula in parte in senso stretto dal tema generale della pubblicazione, ossia la salute dei bambini. Tuttavia - sottolinea il rapporto -, la rete dei servizi ospedalieri, accanto e a integrazione all'area delle cure primarie, rappresenta una risposta importante ai bisogni di salute del bambino e dell'adolescente, e in base a queste considerazioni è stato deciso di trattare, seppure brevemente, anche questo argomento.



Secondo il rapporto il ricorso alle prestazioni di pronto soccorso nella fascia pediatrica è di notevoli proporzioni, rappresentando circa un terzo del ricorso a tutte le prestazioni di pronto soccorso. Il dato riguarda soprattutto la fascia di età più giovane, in particolare di età inferiore ai 4 anni, e si può ipotizzare che sia dovuto al fatto che fisiologicamente i bambini, a questa età, si ammalano di più e i genitori non sempre sono preparati ad affrontare anche la più banale delle malattie.

rappresentano l'87% del totale, seguiti da albanesi (3,7%), romeni (2,3%) e marocchini (1,6%), e ciò rispecchia la composizione della popolazione sul territorio regionale. Il ricorso al pronto soccorso diminuisce al crescere dell'età: il tasso di accesso pari a 102,5 per 100 residenti per i bambini di età inferiore a un anno di vita, diminuisce grandemente già nei successivi 3 anni e si dimezza nella fascia d'età successiva, fino ad arrivare al valore minimo di 34,6 per 100 residenti nella classe

15-17 anni, inferiore al tasso di accesso per la popolazione adulta. Gli accessi vengono effettuati più spesso nel fine settimana e nella giornata di lunedì: i giorni di sabato e domenica coprono ciascuno più del 16% degli accessi rispetto al 13% circa nei giorni centrali della settimana. Gli accessi pediatrici registrati nel week-end, e in particolare il sabato, oltre a essere numerosi, sono anche quelli che presentano la gravità minore (alta proporzione di codici colore asse-

gnati al triage bianco e azzurro), anche se la proporzione di accessi con scarsa rilevanza clinica è alta in tutti i giorni della settimana. In termini di esito, la maggior parte degli accessi (92,6%) si risolve con una dimissione a domicilio o a strutture ambulatoriali, il 4,3% necessita di un ricovero in reparto di degenza, il 2,4% abbandona il Ps e lo 0,6% viene trasferito ad altro istituto. L'analisi dei tassi di accesso per Azienda sanitaria locale di residenza mostra valori

particolarmente elevati a Grosseto (77,8 per 100 residenti), seguita da Viareggio (59,4 per 100) ed Empoli (52,5 per 100), mentre i valori più bassi si riscontrano a Massa e Carrara (33,7 per 100) e Siena (34,9 per 100). Da notare che Grosseto e Viareggio sono gli unici due ospedali di Asl per cui è disponibile un servizio di pronto soccorso pediatrico. Il dato dell'alto tasso di Grosseto è comunque confermato anche dai dati sulla popolazione non di fascia pediatrica.

Le considerazioni del rapporto sottolineano che è sempre più necessaria una stretta collaborazione tra pediatria del territorio e pediatria ospedaliera, in modo da garantire una diminuzione dell'accesso in pronto soccorso per patologie di scarsa rilevanza clinica e che non necessitano di particolari accertamenti. Inoltre - sottolinea il documento Ars - riguardo agli incidenti in età pediatrica è di decisivo rilievo la prevenzione sia primaria che secondaria, da effettuarsi con i mezzi attualmente disponibili, dai mass media alle locandine, fino ai corsi specifici per i genitori sui rischi connessi agli stili di vita e ai pericoli della vita contemporanea.

L'ANDAMENTO DAL 2006 AL 2012

Ricoveri e day hospital, trend in calo

Nel biennio 2011-2012 in Toscana sono stati registrati - con esclusione dei ricoveri dei neonati sani - 135.375 ricoveri di bambini e ragazzi fino a 17 anni. I ricoveri sui residenti ammontano a 109.143 (89% del totale dei ricoveri) e su questi il rapporto Ars ha focalizzato l'attenzione. Per gli ultimi due anni, rispetto ai precedenti, viene registrata una diminuzione del numero dei ricoveri ordinari, in particolare con Drg di tipo medico; per i ricoveri in regime di day hospital la diminuzione ha interessato solo il 2012, di nuovo più consistente per i ricoveri con Drg medico.

L'andamento dei ricoveri per anno, a partire dall'anno 2006 e fino al 2012 mostra come nel 2012 si è confermata una diminuzione dei tassi di ricovero per ricoveri ordinari già in atto dal 2011 e, per il 2012, anche una prima diminuzione del tasso dei ricoveri in regime di day

hospital, più consistente per la fascia d'età 0-14 anni. Come per il pronto soccorso, anche i tassi di ricovero decrescono al crescere dell'età. I tassi estremamente elevati nel primo anno di vita diminuiscono grandemente se non si considerano i ricoveri per Drg neonatali (da 354 x 1.000 residenti a 124), pur rimanendo più del doppio rispetto a quelli per l'età 1-4 anni. In età 5-14 anni, i tassi di ricovero raggiungono il valore minimo e crescono di nuovo in età adolescenziale, a differenza di quanto visto per gli accessi in pronto soccorso. Con riferimento a tutte le età, il tasso è maggiore per i maschi. Nel rapporto viene precisato che "come già suggerito per gli accessi in pronto soccorso, è probabile che le differenze riportate riflettano soprattutto un ben noto svantaggio di tipo biologico nel genere maschile".

Trend dei ricoveri in regime ordinario e day hospital

		Anno di dimissione						
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ricoveri ordinari								
Età 0-14	Drg M	21.762	21.597	20.138	21.029	22.091	20.683	20.036
	Drg C	3.831	3.792	4.172	6.483	6.840	6.668	6.369
Totale		25.593	25.389	24.310	27.512	28.931	27.351	26.405
Età 15-17	Drg M	1.839	1.786	1.615	1.744	1.624	1.567	1.459
	Drg C	1.319	1.316	1.301	1.763	1.848	1.724	1.678
Totale		3.158	3.102	2.916	3.507	3.472	3.291	3.137
Ricoveri in day-hospital								
Età 0-14	Drg M	12.569	12.796	13.909	14.462	18.297	18.546	16.988
	Drg C	6.858	6.769	6.043	3.987	3.524	3.914	3.840
Totale		19.427	19.565	19.952	18.449	21.821	22.460	20.828
Età 15-17	Drg M	1.719	1.762	1.704	1.775	2.217	2.191	2.032
	Drg C	1.491	1.480	1.484	877	888	894	904
Totale		3.210	3.242	3.188	2.652	3.105	3.085	2.936

Tassi di ricovero (per 1.000 resid.) per gli under 17 - Anni 2011-12

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	Tasso	Numero	Tasso	Numero	Tasso
<1	12.218	378,9	10.073	327,9	22.291	354,0
<1 **	4.606	138,0	3.455	109,5	8.061	124,1
1-4	7.658	56,8	5.290	41,7	12.948	49,5
5-9	5.722	34,9	3.792	24,5	9.514	29,9
10-14	5.390	34,3	3.613	24,5	9.003	29,6
15-17	3.605	39,4	2.823	32,8	6.428	36,2

** Tassi di ricovero con esclusione dei Drg neonatali (da 385 a 391)

