

CAPITOLO 2

IL TERRITORIO

MEDICI DI MEDICINA GENERALE, AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Il Servizio sanitario toscano ha avviato una riorganizzazione di tutta l'assistenza territoriale e in particolare della medicina generale, pilastro portante del territorio.

Recependo quanto stabilito dalla legge n. 189/2012 nell'Accordo integrativo regionale (AIR), approvato con delibera di Giunta regionale n. 1231 del 28 dicembre 2012, sono state individuate e costituite le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) composte da tutti i medici a ciclo di fiducia nell'ambito territoriale su cui insistono e da medici di continuità assistenziale a rapporto orario. Questi ultimi sono stati assegnati alle AFT secondo i criteri e le modalità definite nel preaccordo per la continuità assistenziale di cui alla delibera di Giunta regionale n. 726 del 2 settembre 2013.

Ogni AFT è coordinata da un medico di medicina generale (MMG), eletto tra i componenti dell'AFT stessa e nominato dal Direttore generale della AUSL. Ai sensi dell'AIR 2012, il coordinatore dell'AFT, tra i vari compiti, rappresenta i medici dell'AFT nei rapporti con l'azienda sanitaria e con l'ospedale, contratta gli obiettivi di budget con l'azienda, è garante, per la parte medica, dell'attuazione dei percorsi di presa in carico nell'ambito dell'AFT del paziente con bisogni complessi.

Tra i compiti dell'AFT, oltre all'assistenza domiciliare e ambulatoriale della popolazione in carico agli MMG che la compongono e alle azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, dell'ospedalizzazione, della diagnostica, della specialistica e degli ausili, vi è l'im-

plementazione della presa in carico delle patologie croniche, anche attraverso l'estensione dei progetti di sanità d'iniziativa a tutti gli MMG e l'erogazione della diagnostica di primo livello ai pazienti dell'AFT in un'ottica di riduzione degli accessi al Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) e dell'abbattimento delle liste d'attesa.

In Toscana sono state costituite 115 AFT che coinvolgono 2.745 medici a rapporto fiduciario, suddivisi nelle diverse AUSL così come riportato in **Tabella 2.1**.

Per ogni AFT vi è un numero variabile di MMG, mai inferiore a 20, comprendendo anche i medici di continuità assistenziale, che mediamente sono in numero di 5 o 6. In tabella sono presentati anche il numero medio di residenti ultrasedicenni per MMG. In realtà il numero di assistiti in carico è soggetto a variabilità dovuta alla possibilità di scegliere tra il 7° ed il 16° anno d'età l'assistenza pediatrica. In tabella è presentata anche la distribuzione degli MMG per le diverse forme associative previste dal vigente Accordo collettivo nazionale. Al 31 dicembre 2013, in Toscana il 47% degli MMG praticano la medicina di gruppo, con punte del 79% e del 66% nelle AUSL di Lucca e di Empoli rispettivamente, contro un 16% in associazione semplice. La medicina di rete (6%) rappresenta la forma associativa meno diffusa in regione e si concentra soprattutto nelle AUSL di Grosseto (38%) e di Massa Carrara (21%).

All'interno delle AFT sono confluiti i moduli della sanità di iniziativa, team multiprofessionali che coinvolgono oltre agli MMG altre figure sanitarie secondo un innovativo modello organizzativo proattivo delle cure primarie, sperimentato a partire dal 2010 in Toscana, come descritto nel capitolo relativo della presente relazione.

Nell'AIR viene inoltre recepita un'al-

Tabella 2.1

Numero di AFT attivate in regione al luglio 2014, numero di MMG complessivo e a rapporto fiduciario (MMG AP) stratificati per AUSL e loro distribuzione percentuale nelle forme associative, numero medio di residenti ultrasedicenni per MMG – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: Monitoraggio regionale

AUSL	n. AFT	MMG	MMG AP	% MMG in associazione	% MMG in gruppo	% MMG in rete
1 - Massa	6	183	153	11,8	35,3	20,9
2 - Lucca	7	180	165	13,9	79,4	4,2
3 - Pistoia	8	237	216	15,7	49,1	9,3
4 - Prato	8	214	179	3,4	75,4	0,0
5 - Pisa	10	286	251	16,7	39,0	1,2
6 - Livorno	10	287	259	30,5	47,5	5,8
7 - Siena	9	245	200	22,0	42,5	12,0
8 - Arezzo	13	295	255	18,0	45,1	3,1
9 - Grosseto	9	215	164	1,8	47,0	38,4
10 - Firenze	22	607	612	21,9	39,2	0,0
11 - Empoli	7	186	171	6,4	65,5	0,0
12 - Viareggio	6	136	120	1,7	11,7	0,0
Toscana	115	3.071	2.745	16,1	47,0	6,3

tra tipologia di aggregazione della medicina generale, così come prevista dalla legge n. 189/2012: l'Unità complessa di cure primarie (UCCP). Si tratta di un'aggregazione strutturale multiprofessionale di cui fanno parte i medici di medicina generale insieme al personale infermieristico, agli specialisti, ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi. Le UCCP hanno tra i compiti fondamentali:

- l'erogazione dell'assistenza primaria, delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza e della diagnostica di primo livello
- la messa in atto dei principi del *Chronic Care Model* e della sanità d'iniziativa per la presa in carico globale del paziente cronico e l'effettuazione delle attività tipiche della prevenzione primaria e secondaria, tra cui educazione sanitaria,

azioni sugli stili di vita, l'attività fisica adattata (AFA)

- fornire prestazioni socio-sanitarie integrate, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare, con l'obiettivo di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzazione dei cittadini

Anche per le UCCP è prevista la presenza di un coordinatore eletto dai medici convenzionati che ne fanno parte.

Sia le AFT che le UCCP sono depositarie di budget. Ciò comporta la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento e la contrattazione degli stessi con l'azienda.

Per quanto riguarda i pediatri di libera scelta (PLS), in Toscana operano 454 PLS, distribuiti nelle diverse AUSL, come riportato in **Tabella 2.2**. In tabella sono presentati anche il numero medio

di residenti d'età inferiore ai sedici anni per PLS convenzionato e la distribuzione dei PLS per le diverse forme associative previste dal vigente Accordo collettivo nazionale. I PLS operano singolarmente o riuniti in forme associative quali la pediatria di gruppo, la pediatria di rete, la pediatria di associazione, con l'obiettivo di migliorare l'offerta e di garantire la continuità dell'assistenza. La metà dei PLS della AUSL di Firenze è in associa-

zione semplice, mentre il 56% e il 51% dei PLS delle AUSL di Lucca e Livorno ha scelto la medicina di gruppo. Nel complesso, circa il 30% dei PLS presenti sul territorio toscano ha scelto l'associazione semplice e una stessa percentuale la pediatria di gruppo. Pressoché inesistente la pediatria di rete, presente solo nella AUSL di Arezzo.

Tabella 2.2

Numero complessivo di PLS stratificati per AUSL e loro distribuzione percentuale nelle forme associative, numero medio di residenti <16 anni per PLS – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: monitoraggio regionale

AUSL	PLS	% PLS in associazione semplice	% PLS in gruppo	% PLS in rete
1 - Massa	21	14,3	28,6	0,0
2 - Lucca	25	24,0	56,0	0,0
3 - Pistoia	36	30,6	13,9	0,0
4 - Prato	34	20,6	47,1	0,0
5 - Pisa	39	33,3	20,5	0,0
6 - Livorno	39	33,3	51,3	0,0
7 - Siena	35	22,9	20,0	0,0
8 - Arezzo	41	24,4	29,3	9,8
9 - Grosseto	23	8,7	39,1	0,0
10 - Firenze	110	49,1	20,9	0,0
11 - Empoli	31	6,5	16,1	0,0
12 - Viareggio	20	25,0	35,0	0,0
Toscana	454	29,5	29,1	0,9

SANITÀ D'INIZIATIVA

Il percorso della Sanità d'iniziativa (SI) in Toscana nasce dalla necessità di rendere l'assistenza primaria più adeguata a fronteggiare l'attuale epidemia di malattie croniche.

Il progetto "Dalla Medicina d'attesa alla Sanità d'iniziativa" del Piano sanitario regionale toscano 2008-2010 si pose infatti l'obiettivo di prevenire l'evoluzione delle malattie croniche e soprattutto di gestirle adottando il modello *Chronic Care Model* (CCM) per rallentare il decorso.

Il CCM ha come elementi fondamentali:

- forte mandato di politica sanitaria per migliorare l'assistenza ai malati cronici;
- supporto all'auto-cura del malato;
- ri-organizzazione dell'erogazione delle cure primarie tramite la costituzione di team multiprofessionali e l'organizzazione di visite programmate;
- supporto alle decisioni cliniche del medico;
- sviluppo dei sistemi informativi di supporto;
- valorizzazione delle risorse della comunità.

A seguito dell'accordo con la Medicina generale e della DGR 716/2009 sono state definite le modalità di attuazione della SI a livello territoriale per quattro patologie croniche: diabete mellito di tipo II, scompenso cardiaco, pregresso ictus/attacco ischemico transitorio (*Transient Ischemic Attack* –TIA) e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Le azioni sono:

- definizione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici;

- individuazione di aggregazioni di medici di medicina generale (moduli), cui è affidata la gestione del nuovo team assistenziale;
- realizzazione di infrastrutture informative;
- formazione dei professionisti coinvolti;
- comunicazione e informazione;
- definizione di strumenti di partecipazione dei cittadini.

Per ogni patologia sono stati individuati indicatori per monitorare l'efficacia del progetto.

Nel 2013 erano attivi in Toscana 137 moduli, per un totale di 1.098 medici di medicina generale coinvolti, che seguono circa il 40% degli assistiti toscani. I primi moduli sono stati attivati nel 2010, gli ultimi ad inizio 2014.

L'ARS nel 2013 ha valutato con uno studio specifico l'impatto della SI sulla gestione e cura delle quattro malattie croniche oggetto del progetto, ad un anno di distanza dall'istituzione della SI. A tal fine, è stato stimato l'effetto su alcuni indicatori, misurando la variazione rispetto alla media dei diabetici non assistiti dalla SI. Particolare attenzione è stata posta allo studio dell'impatto sulla gestione dei pazienti con diabete, di cui forniamo una sintesi dei risultati.

I diabetici assistiti da medici della SI eseguono più puntualmente gli esami di monitoraggio raccomandati dalle linee guida. Il *Guideline Composite Indicator* (effettuazione del test dell'emoglobina glicata e di almeno due valutazioni tra microalbuminuria, colesterolo totale e visita oculistica nel corso di un anno) aumenta del 24% tra gli assistiti SI.

A fronte di ciò, come atteso, aumenta leggermente la spesa per gli esami di laboratorio (+11,4%) e per gli esami di diagnostica strumentale e per immagini (+4,3%) (**Tabella 2.3**). Tra i pazienti

con diabete assistiti da medici aderenti alla SI aumenta leggermente anche la spesa pro-capite per farmaci anti-diabe-

tici (+1,7%) e per visite diabetologiche (+8,9%).

Tabella 2.3

Impatto della Sanità d'iniziativa sulle prestazioni ambulatoriali e visite specialistiche dei diabetici – Toscana, periodo 2009-2012 – Fonte: ARS

Indicatori	Spesa media pro-capite (Euro)	Impatto % della SI
Visite diabetologiche	4,3	+8,9
Diagnostica per immagini e strumentale	26,9	+4,3
Diagnostica di laboratorio	43,0	+11,4
Farmaci antidiabetici	137,7	+1,7

I ricoveri per complicanze sono in generale diminuzione negli anni più recenti tra i diabetici (**Tabella 2.4**). In Toscana questa riduzione appare meno accentuata tra i diabetici assistiti da medici SI,

che fanno registrare un maggior numero di ricoveri rispetto ai diabetici non arruolati dalla SI, in particolare per complicanze a medio-lungo termine.

Tabella 2.4

Impatto della Sanità d'iniziativa sui ricoveri dei diabetici – Toscana, periodo 2009-2012 – Fonte: ARS

Indicatori	Ricoveri per 1.000 diabetici	Impatto % della SI
Ricoveri per complicanze a lungo termine	93,0	+7,2
Ricoveri per complicanze renali	10,5	+18,2
Ricoveri per complicanze cardiovascolari	61,1	+5,4
Ricoveri per amputazioni maggiori	0,6	+40,2
Ricoveri per amputazioni minori	0,8	+42,6

Questo effetto, apparentemente negativo, è verosimilmente imputabile all'emersione di bisogni di assistenza ospedaliera conseguenti ad una più attenta presa in carico di questi pazienti.

A fronte di un generale aumento degli accessi al pronto soccorso (**Tabella 2.5**), la SI riesce a contenerne l'entità sia in generale (escluso traumi) che per cause correlate al diabete (-48,6%).

Tabella 2.5

Impatto della Sanità d'iniziativa sugli accessi al pronto soccorso dei diabetici – Toscana, periodo 2009-2012 – Fonte: ARS

Indicatori	Accessi al PS per 100 diabetici	Impatto % della SI
Accessi PS cause correlate	1,2	- 48,6
Accessi PS tutte le cause	25,4	- 12,4

In conclusione, i diabetici assistiti dalla Sanità d'iniziativa effettuano più controlli per monitorare l'evoluzione della malattia, esami di laboratorio o di diagnostica, ricorrendo più spesso al consulto specialistico. Questa maggior attenzione previene dal ricorso al Pronto soccorso, indice in molti casi di una mancata risposta da parte dei presidi territoriali delle cure primarie. Allo stesso tempo fa però aumentare i ricoveri ospedalieri per interventi legati alla malattia, molto probabilmente dovuti all'emersione di un bisogno trascurato fino a quel momento.

Nelle altre patologie oggetto della SI i risultati sono meno chiari, a causa di una forte eterogeneità territoriale. In generale si rileva maggior attenzione al monitoraggio della malattia, ma gli effetti sull'ospedalizzazione e gli accessi al Pronto soccorso non sono sempre quelli attesi. Osservando la variabilità dei risultati nelle AUSL toscane, emerge la necessità di standardizzare i protocolli per le singole patologie e di incentivare la formazione degli operatori professionali sul territorio, per ridurre al minimo le differenze territoriali.

CASE DELLA SALUTE

Le Case della salute sono state incentivate negli anni passati da finanziamenti ministeriali e ritenute dal Ministero della salute lo spazio fisico pubblico dove i cittadini possono ricevere prestazioni sanitarie (di medicina generale e specialistica ambulatoriale) e sociali, ed il luogo in cui realizzare la prevenzione, la promozione della salute, il benessere sociale e la presa in carico globale ed integrata dei bisogni socio-sanitari del cittadino.

Successivamente con la delibera di Giunta regionale n. 625/2010 la Regione Toscana, in via sperimentale, ha introdotto la Casa della salute come un nuovo modello per la sanità territoriale per la presa in carico della domanda di salute, di cura dei cittadini e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. Quella della Casa della salute nasce in Toscana, come un'esperienza nuova che valorizza la comunità locale, l'autogestione, l'integrazione delle politiche per la salute, il coinvolgimento attivo degli operatori socio-sanitari. Un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra i servizi e i cittadini, per favorire una visione unitaria del problema salute del cittadino, non solo come diritto individuale, ma anche come interesse della collettività.

Rispetto all'ambito della Zona distretto, la Casa della salute rappresenta un nodo di una rete integrata e omogenea di presidi e di servizi, dove si stabiliscono interdipendenze, si sviluppano sinergie, si realizza la piena responsabilizzazione di tutti gli operatori. È anche il luogo dove i servizi sociali e sanitari si riorientano per passare da una cultura dell'attesa ad una cultura della promozione, della presa in carico, del rivelare la domanda inespressa.

La delibera di Giunta regionale n.

1235 del 28 dicembre 2012 ha ribadito la Casa della salute come il modello non esclusivo territoriale, in cui i professionisti lavorano in forma integrata, compatibilmente con i cambiamenti in corso negli ultimi anni (decreto legge Balduzzi n.158/2012 convertito in legge n.189/2012) ed alle attuali esigenze del Sistema sanitario nazionale. Queste includono la riduzione dei costi delle prestazioni ospedaliere, la ricomposizione delle separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, la realizzazione dell'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali, l'organizzazione e la coordinazione delle risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee. La delibera regionale n. 334 del 6 maggio 2013 è in ordine temporale l'ultimo atto collegiale che ha approvato e destinato risorse finanziarie alle 12 AUSL della Toscana per ulteriori 54 progetti attuativi dell'azione prioritaria relativa all'implementazione del modello assistenziale Casa della salute, nell'ambito delle azioni complessive di riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale di cui alla delibera Giunta regionale n. 1235/2012, incentivate dagli anni passati, continuano, dunque, a realizzarsi anche con contributi regionali.

La Casa della salute è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT ed i medici di medicina generale, nonché con i pediatri di libera scelta che le compongono, garantendo: accoglienza, collaborazione ed integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio

proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, assicurando la sostenibilità economica. Si tratta dunque di luoghi fisici punto di riferimento del territorio per l'erogazione dell'assistenza primaria, che favorisce l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

In particolare sono stati individuati i seguenti obiettivi:

- facilitare e semplificare l'accesso della popolazione ai servizi territoriali, assicurando accoglienza ed orientamento e garantendo equità di accesso in tutto il territorio;
- erogare le prestazioni previste dai LEA;
- fornire una risposta territoriale al bisogno di salute che non necessita dell'ospedale;
- sviluppare un sistema di presa in carico dei malati cronici, che ne limiti l'evoluzione clinica e le complicanze;
- costituire la sede territoriale per l'attività diagnostica di primo livello per patologie croniche;
- garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio, soprattutto per i malati cronici;
- garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale avvalendosi dei professionisti della medicina generale;
- attuare interventi di prevenzione e promozione alla salute;
- valorizzare l'assistito nella gestione del proprio processo di cura;
- favorire maggiore appropriatezza

- nell'erogazione delle prestazioni;
- ridurre il pendolarismo specialistico.

Tali finalità sono perseguite tramite:

- collaborazione tra professionisti sanitari e sociosanitari;
- integrazione informativa tra i diversi attori dell'assistenza (medicina convenzionata e rete distrettuale ed ospedaliera);
- elaborazione e condivisione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali;
- autonomia e responsabilità professionale degli operatori sanitari;
- valorizzazione delle competenze, integrazione e sviluppo innovativo dei ruoli dei professionisti in sanità;
- approccio di iniziativa nei confronti dei malati cronici;
- coinvolgimento di MMG e pediatri di famiglia (PDF) nel governo clinico dell'assistenza territoriale;
- sede lavorativa comune per gli attori dell'assistenza territoriale.

In base alle caratteristiche strutturali è possibile evidenziare 3 tipi di Case della salute nelle quali via via è più accentuata numericamente sia la presenza dei professionisti sia la presenza dei servizi forniti:

- Casa della salute base
- Casa della salute standard
- Casa della salute complessa

Ad oggi sono 38 le Case della salute aperte in Toscana (**Tabella 2.6**). La prima apertura risale al 2006, ma oltre un terzo è stato inaugurato nel 2013, principalmente presso strutture delle AUSL.

Tabella 2.6*Le Case della salute in Toscana per AUSL, zona e comune*

AUSL	ZONE	COMUNE	
1 - Massa	Apuana	Montignoso	Montignoso
	Apuana	Carrara	Carrara
	Lunigiana	Villafranca in Lunigiana	Villafranca
	Lunigiana	Aulla	Aulla
2 - Lucca	Piana di Lucca	Capannori	Marlia
	Valle del Serchio	Piazza al Serchio	Piazza al Serchio
3 - Pistoia	Pistoiese	San Marcello	PIOT S. Marcello
	Pistoiese	Pistoia	Pistoia
	Pistoiese	Agliana	Agliana
	Val di nievole	Lamporecchio	Lamporecchio
	Val di nievole	Pescia	Pescia
5 - Pisa	Alta val di Cecina	Volterra	Volterra
	Alta val di Cecina	Pomarance-Castelnuovo	Pomarance-Castelnuovo
	Valdera	Terricciola	La Rosa
8 - Arezzo	Valdarno	Bucine	Bucine
	Valtiberina	Pieve Santo Stefano	Pieve Santo Stefano
	Casentino	Poppi	Poppi
	Casentino	Castel Focognano	Rassina
	Valdichiana	Castiglion Fiorentino	Castiglion Fiorentino
	Aretina	Civitavella Valdichiana	Civitavella Valdichiana
	Aretina	Subbiano	Subbiano
	Aretina	Arezzo	Arezzo Guadagnoli
10 - Firenze	Nord - Ovest	Scandicci	Scandicci
	Nord - Ovest	Calenzano	Calenzano
	Firenze	Firenze	Le Piagge
11 - Empoli	Empoli	Castelfiorentino	Castelfiorentino
	Empoli	Montaione	Montaione
	Empoli	Empoli	Empoli Ovest
	Empoli	Certaldo	Certaldo
	Empoli	Cerreto Guidi	Cerreto Guidi
	Valdarno Inferiore	Montopoli Valdarno	Montopoli
	Valdarno Inferiore	Castelfranco di Sotto	Galleno
12 - Viareggio	Versilia	Viareggio	Torre del Lago
	Versilia	Viareggio	Tarabacci
	Versilia	Forte dei Marmi	Forte dei Marmi
	Versilia	Seravezza	Querceta
	Versilia	Seravezza	Seravezza
	Versilia	Pietrasanta	Pietrasanta Lucchesi

EMERGENZA-URGENZA

IL CONTESTO INTERNAZIONALE

Nel periodo 2009-2013 il sistema dell'emergenza-urgenza ha sviluppato una rete costituita da 12 centrali operative del 118, una per ogni AUSL, da punti di primo soccorso e da 40 strutture di Pronto soccorso. A livello internazionale esistono due modelli organizzativi del sistema di emergenza-urgenza territoriale: quello franco-tedesco, più ampiamente diffuso in Europa, adottato anche in Italia, e quello anglo-americano. Il primo si fonda sul principio "stay and play", ovvero trattare il paziente sul posto e stabilizzarlo per poi trasportarlo in un presidio ospedaliero. Il secondo si basa invece sul principio dello "scoop and run", ovvero sul trasporto del paziente nel minor tempo possibile senza intervenire sul luogo dell'accaduto.

In tutto il mondo occidentale si è verificata una crescita quantitativa e qualitativa nel ruolo assistenziale dei Pronto soccorso (PS).

I problemi di sviluppo, con le conseguenti difficoltà organizzative, sono assimilabili a livello internazionale. Un report statunitense degli anni '10 curato dall'Institute of medicine of the National Academies sull'emergenza-urgenza ospedaliera e un recente report UK (2013) del Royal College of Physicians in collaborazione con il College of Emergency Medicine e l'NHS Confederation hanno evidenziato nell'iperaffollamento (overcrowding) il principale ostacolo allo svolgimento di cure efficaci e sicure.

LA TOSCANA NEL PANORAMA NAZIONALE: RISULTATI E PIANI DI SVILUPPO

A fronte di linee organizzative regionali omogenee, vi sono differenti caratteristiche geografiche, di densità

di popolazione e di attualizzazione dei modelli organizzativi, tali da suggerire cautela nell'interpretazione e confronto dei dati.

Negli ultimi anni più del 50% delle chiamate alle centrali operative italiane hanno dato origine ad interventi di soccorso (sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR, aprile 2013). In Toscana per l'anno 2013, tale percentuale è pari al 53%. A livello nazionale nel 2012 il 18% dei soccorsi sono stati interventi ad alta priorità (codice rosso), in Toscana tale percentuale è stata del 18% e del 15% per il 2012 e 2013 rispettivamente. Questi risultati collocano la Toscana sulla mediana nel confronto con le altre regioni italiane.

L'intervallo allarme-target (soglia al 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno) è incluso dal ministero tra gli adempimenti LEA, con un tempo considerato ottimale entro i 18 minuti. La Toscana nel 2013 ha avuto una performance pari a 15 minuti. (sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza EMUR, maggio 2014).

La Toscana, preceduta da Piemonte, Umbria e Lombardia, sta provvedendo alla riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza. Già il Piano sanitario regionale 2008-2010 prevedeva di ridefinire l'assetto delle centrali operative per bacini di Area vasta tramite l'elaborazione di un progetto e l'unificazione dei sistemi informativi e dei protocolli operativi. Con la delibera di Giunta regionale n. 1117 del 16 dicembre 2013 sono stati stabiliti tempi e modalità della riorganizzazione del sistema di emergenza territoriale

toscane: una fase iniziale di transizione dovrebbe vedere la riduzione delle centrali da 12 a 6 (Firenze, Pistoia, Arezzo, Livorno, Siena e Viareggio), che entro il 31 dicembre 2016 saranno ulteriormente ridotte a tre, una per Area vasta. È inoltre previsto un coordinamento a livello regionale. La nuova organizzazione dovrà aumentare i livelli di omogeneità ed efficacia del soccorso attraverso l'implementazione tecnologica e strutturale di ciascuna centrale, che disporrà anche della presenza di un medico specialista 24 ore su 24. La Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale ha intrapreso un'iniziativa per individuare strumenti e metodi per misurare e monitorare nel tempo l'impatto della riorganizzazione delle centrali operative 118 prevista nella sopra richiamata delibera n. 1117/2013. La proposta di riforma regionale prevede una prima fase di accorpamento che sarà realizzata nel seguente modo: Firenze si integra con Prato, Pistoia con Empoli, Siena con Grosseto, Viareggio sia con Lucca che con Massa Carrara, Livorno con Pisa, per Arezzo non sono previsti accorpamenti.

Il Piano sanitario regionale 2008-2010 (PSR) e la delibera di Giunta regionale n. 140 del 25 febbraio 2008 hanno segnato una svolta nello sviluppo organizzativo dei PS regionali che, come in tutto il paese, avevano assistito a una impetuosa e progressiva crescita di richieste assistenziali a partire dagli anni '90.

Il fenomeno, in Italia come nei paesi esteri, era riconducibile a due fondamentali motivi: il cambiamento culturale nella percezione dei bisogni di salute, che si è creato con lo sviluppo della medicina moderna, centrata sulle nuove tecnologie diagnostiche e sulla necessità di contenere le spese del sistema sanitario pubblico, cercando di limitare i

ricoveri ospedalieri ai casi che non possono essere trattati in altri *setting* assistenziali (*workup to admit* e non *admit to workup*).

Gli atti regionali sopra ricordati hanno preso atto di tali cambiamenti e, anche stravolgendo le precedenti linee di indirizzo per i PS (vedi PSR 2005-2007), si sono posti come obiettivo la gestione della nuova realtà.

Alla base degli atti deliberativi si affermavano alcuni principi concatenati l'uno all'altro:

- il ricorso al PS è visto come espressione di nuovi bisogni sanitari, determinati da un profondo cambiamento nel concetto di salute e della sua salvaguardia

- il PS fornisce risposte a tutte le richieste a prescindere dal giudizio di "accesso improprio"

- il PS è un luogo di cura in cui devono vivere gli stessi principi di accoglienza, presa in carico e assicurazione presenti nelle altre sedi di assistenza sanitaria

- i PS sono strutture della moderna organizzazione sanitaria ospedaliera e devono essere messi in grado di funzionare al meglio.

In sostanza, il concetto di "accesso inappropriato" al PS viene radicalmente ridimensionato e gli aspetti di accoglienza e presa in carico vengono particolarmente curati per tutti i pazienti che accedono cercando, nel contempo, di non diminuire la tempestività e l'efficacia degli interventi sulle urgenze maggiori.

La delibera prevedeva ingenti investimenti economici per strutture edilizie, tecnologie e personale, dando il via a una serie di importanti ristrutturazioni, riorganizzazioni, che hanno interessato quasi tutti i PS toscani. In diversi casi ne

sono stati costruiti di nuovi.

La delibera concretizza i principi sopradescritti in obiettivi posti alle aziende, quali:

- 1) la riduzione dei tempi di attesa e permanenza in PS;
- 2) il miglioramento della qualità di prestazione percepita dagli utenti dei PS;
- 3) raggiungimento di predefiniti livelli di appropriatezza per i ricoveri determinati dal PS.

Molte delle azioni da implementare per il raggiungimento degli obiettivi (potenziamento dei servizi diagnostici, informatizzazione, velocizzazione dei tempi di attesa del ricovero dopo il completamento del percorso di PS, miglioramento degli aspetti relativi all'accoglienza e alla presa in carico, attivazione dell'osservazione breve) sono state realizzate, anche se in modo disuguale e disomogeneo sul territorio regionale. Il quinquennio è stato anche caratterizzato dall'introduzione di alcuni indicatori, scelti e rilevati dalla Scuola superiore Sant'Anna di Pisa Laboratorio management e sanità (MeS), che periodicamente hanno monitorato i seguenti ambiti: tempi di processo, soddisfazione degli utenti e qualità assistenziale.

Tra gli obiettivi raggiunti vi sono quelli legati alla velocizzazione dei percorsi intra-PS e alla soddisfazione dei pazienti sul piano dell'accoglienza e della professionalità percepita.

I RISULTATI DEL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE IN TOSCANA

Al fine di giungere sia ad una standardizzazione della gestione dell'intervento di soccorso sanitario di emergenza urgenza su tutto il territorio regionale, che ad una omogeneizzazione dei livelli di

assistenza, nel quinquennio di riferimento, sono state primariamente realizzate le azioni di seguito riportate:

- con delibera di Giunta regionale n. 23 del 22 gennaio 2009 è stato approvato il protocollo inerente ai trasferimenti interospedalieri su mezzi gommati, che prevede l'utilizzo di criteri clinici già adottati dalla letteratura internazionale (classi di *Ehrenwerth*) al fine di pervenire ad un'adeguata correlazione fra la criticità del paziente e le risorse professionali necessarie per il suo trasferimento interospedaliero;
- con delibera di Giunta regionale n. 446 del 31 marzo 2010 sono state approvate le linee di indirizzo regionali concernenti il sistema regionale di emergenza 118, gli aspetti di miglioramento del Pronto soccorso, la gestione del paziente politraumatizzato e del paziente grande ustionato;
- con delibera di Giunta regionale n. 506 dell'11 giugno 2012 è stato approvato il "Sistema Dispatch della Regione Toscana", quale sistema integrato e complesso comprendente una serie di azioni sistematiche, standardizzate ed omogenee per gestire in maniera ottimale la richiesta telefonica di soccorso proveniente dal territorio;
- con delibera di Giunta regionale n. 237 dell'8 aprile 2013 sono state approvate le procedure infermieristiche di emergenza sanitaria territoriale della Regione Toscana, al fine di garantire l'omogeneità delle prestazioni svolte dal personale infermieristico a bordo dei mezzi di soccorso di emergenza sanitaria territoriale.

Particolare attenzione è stata posta, nel corso del quinquennio, alla diffusione

della defibrillazione precoce sul territorio regionale. Al riguardo, nel 2010, con deliberazione n. 311, la Giunta regionale ha previsto l'acquisto, per conto delle Aziende, di 153 defibrillatori semiautomatici da collocare negli impianti sportivi calcistici del territorio regionale, al fine di avviare un percorso di concerto con il Comitato regionale Toscana FIGC – Lega Nazionale Dilettanti per contrastare la morte cardiaca improvvisa durante l'attività sportiva calcistica.

Le AUSL, tramite le centrali operative del 118 hanno organizzato ed effettuato la formazione degli operatori sportivi all'uso di tali defibrillatori, secondo le modalità ed i programmi stabiliti a livello regionale.

Inoltre, nell'anno 2011, con deliberazione di Giunta regionale n. 1002, è stato approvato il programma unico regionale per la diffusione e l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni, elaborato ai sensi del decreto interministeriale 18 marzo 2011.

Tale programma si è posto, quale

obiettivo primario, il rafforzamento della capacità di risposta mediante la dotazione di 273 defibrillatori semiautomatici esterni a tutti i mezzi di soccorso di base appartenenti alle organizzazioni di volontariato ed alla Croce Rossa Italiana, che si integrano nel sistema sanitario 118.

In conformità alla successiva deliberazione di Giunta regionale n. 1030 del 26 novembre 2012, tutte le AUSL hanno effettuato specifica attività formativa per la defibrillazione precoce al personale soccorritore volontario operante nel proprio territorio di riferimento ed hanno attivato sia l'elenco dei defibrillatori semiautomatici, con l'indicazione del modello e della sede ove risultano collocati, sia l'elenco del personale abilitato all'uso di tale apparecchiatura, oltre a un sistema di gestione e raccolta dei dati mediante l'istituzione di un apposito registro epidemiologico.

Nel 2013 il sistema territoriale di soccorso, era costituito da circa 238 postazioni di emergenza territoriale, rapportate ad h24, delle quali circa 125 presidiate

Tabella 2.7

Tipologia delle postazioni di emergenza sanitaria territoriale, rapportate ad h24, presidiate da personale sanitario – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: Regione Toscana

AUSL	Ambulanza medicalizzata	Ambulanza infermieristica	Automedica	Ambulanza con medico ed infermiere	Totale Nr. P.E.T. sanitari
1 - Massa	4,5	-	2,0	3,5	10,0
2 - Lucca	4,0	1,0	2,0	-	7,0
3 - Pistoia	0,5	0,5	6,0	-	7,0
4 - Prato	5,5	1,0	-	-	6,5
5 - Pisa	7,0	-	1,0	-	8,0
6 - Livorno	10,0	-	-	-	10,0
7 - Siena	5,5	-	7,0	-	12,5
8 - Arezzo	6,5	1,5	1,5	-	9,5
9 - Grosseto	5,0	9,0	3,0	1,0	18,0
10 - Firenze	13,5	5,0	5,0	-	23,5
11 - Empoli	0,0	2,0	5,0	-	7,0
12 - Viareggio	0,5	1,0	4,0	-	5,5
Toscana	62,5	21,0	36,5	4,5	124,5

da personale sanitario (**Tabella 2.7**) e 113 presidiate da soccorritori appartenenti alle associazioni di volontariato ed alla Croce Rossa Italiana, appositamente formati in conformità a quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento e si articolava su 4 livelli di risposta, diversificati ed integrabili:

- elisoccorso;
- mezzi medicalizzati, ambulanze o automediche;
- ambulanze infermieristiche;
- ambulanze di primo soccorso con soccorritori volontari.

Nella sottostante tabella è riportato, per ciascuna AUSL, il numero delle postazioni di emergenza sanitaria terri-

toriale presidiate da personale sanitario e rapportate ad h24 e la tipologia dei mezzi di soccorso di cui tali postazioni si avvalgono.

Nel 2013 almeno un cittadino toscano su cinque (22,2%) ha avuto un contatto telefonico con il numero dell'emergenza 118 (**Tabella 2.8**), con una variabilità dal 12,9% al 39% tra centrali operative. Questo non tanto per differenze dei fenomeni sanitari, ma per differenti scelte organizzative in quanto alcune centrali operative 118 gestiscono anche l'attività di continuità assistenziale.

Più di un cittadino toscano su dieci ha utilizzato i mezzi di soccorso del sistema dell'emergenza-urgenza (13,9%), con un'ampia variabilità tra centrali.

Tabella 2.8

Chiamate, interventi e missioni del 118 – Numeri assoluti e % sui residenti – Toscana, anno 2013 (dati aggiornati al 1 aprile 2014) – Fonte: ARS su flusso dei 118 RFC 134

Centrale Operativa	Chiamate		Interventi		Missioni	
	N	% sui residenti	N	% sui residenti	N	% sui residenti
1 - Massa	42.398	21,3	23.021	11,5	26.167	13,1
2 - Lucca	87.484	39,0	42.124	18,8	46.803	20,8
3 - Pistoia	65.697	22,9	37.172	12,9	46.340	16,1
4 - Prato	47.203	19,0	26.953	10,9	26.953	10,9
5 - Pisa	52.083	12,9	35.298	8,8	40.158	10,0
6 - Livorno	77.173	22,3	35.920	10,4	36.250	10,5
7 - Siena	71.919	26,9	34.447	12,9	49.502	18,5
8 - Arezzo	49.764	14,4	31.846	9,2	37.122	10,8
9 - Grosseto	46.754	21,2	20.100	9,1	23.335	10,6
10 - Firenze	201.568	24,7	101.504	12,5	119.101	14,6
11 - Empoli	34.680	20,1	24.565	14,2	31.289	18,1
12 - Viareggio	44.722	27,3	25.070	15,3	30.409	18,5
Toscana	821.455	22,2	438.020	11,9	513.429	13,9

Rispetto al numero totale delle chiamate pervenute al 118 (821.445), il numero degli interventi di soccorso si riduce di quasi il 50% (438.020).

Il totale delle missioni (513.429), che corrisponde all'invio di mezzi di soccorso, è superiore al numero di interventi con un rapporto missioni/interventi=1,2.

Questo tasso è coerente con il fatto che per ogni intervento possono essere inviati uno o più mezzi; in particolare tale rapporto è maggiore in quelle centrali operative 118 nelle quali l'automedica costituisce il principale livello di risposta di soccorso territoriale.

Gli esiti delle chiamate al 118, mostrati in **Tabella 2.9**, sono raggruppabili in due macrocategorie: la prima si riferisce ad interventi che si esauriscono con il contatto telefonico, con counseling immediato o trasferimento della chiamata ad altro soggetto; la seconda

Tabella 2.9

Chiamate ricevute dai 118 e percentuale per centrale operativa per tipo di esito – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su flusso dei 118 RFC 134

Tipo esito	1 - MS	2 - LU	3 - PT	4 - PO	5 - PI	6 - LI	7 - SI	8 - AR	9 - GR	10 - FI	11 - Emp	12 - Viar	Toscana
Numero totale chiamate	42.398	87.484	65.697	47.203	52.083	77.173	71.919	49.764	46.754	201.568	34.680	44.722	821.445
Attivazione altre strutture SSN	0,2		0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	4,8	0,2	0,8	1,3
Attivazione continuità assistenziale	5,5	9,0	28,9	0,0	11,7	49,5	35,1	1,8	39,7	6,4	0,7	38,4	18,1
Attivazione missione con invio mezzi di soccorso	55,3	35,4	57,8	62,8	68,5	49,7	47,3	64,8	57,8	57,8	73,7	56,6	55,6
Consiglio clinico	13,8	55,6	8,3	17,0	16,8	0,7	16,5	32,6	2,1	27,7	18,9	0,4	20,5
Consiglio telefonico	0,5		0,3	17,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	2,9	0,5	0,5	1,8
Deviate ad altro ente di soccorso	0,3		0,5	2,8	2,7	0,0	1,2	0,8	0,3	0,3	5,5	0,7	0,9
Missione già attivata	0,2		3,2			0,0					0,5	2,7	0,4

tipologia si riferisce ad interventi diretti di soccorso.

Nella maggior parte dei casi viene attivata una missione, ovvero la chiamata al 118 ha come esito l'invio di mezzi di soccorso, seppur con un range che varia dal 35,4% al 73,7% a seconda della centrale operativa (con una media regionale del 55,6%). Tale range è correlato all'organizzazione della centrale operativa 118, con particolare riferimento all'eventuale gestione dell'attività di continuità assistenziale.

Alle 821.445 chiamate corrispondono 438.020 interventi sanitari di soccorso ai quali viene attribuita una valutazione di gravità presunta. La percentuale di missioni ad alta priorità (codici rossi) varia fra il 7,6% di Grosseto e il 38,1% di Livorno (**Tabella 2.10**); nella quasi totalità dei casi i codici gialli e rossi rappresentano più della metà del totale degli interventi. Tali differenze vanno attentamente considerate e sono conseguenti ai diversi modelli organizzativi.

Tabella 2.10

Codici di priorità presunta dei 118 e percentuale per centrale operativa – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su flusso dei 118 RFC 134

Criticità presunta	1 - MS	2 - LU	3 - PT	4 - PO	5 - PI	6 - LI	7 - SI	8 - AR	9 - GR	10 - FI	11 - Emp	12 - Viar	Toscana
Numero totale interventi	23.021	42.124	37.172	26.953	35.298	35.920	34.447	31.846	20.100	101.504	24.565	25.070	438.020
Bianco	0,3	43,9	0,3	6,3	0,5	0,8	5,0	0,2	4,5	5,4	7,5	0,3	7,0
Verde	25,3	15,5	19,7	27,2	29,2	20,5	35,7	40,7	38,5	31,9	50,4	29,3	29,6
Giallo	56,0	28,9	69,4	57,8	57,0	40,6	49,4	45,9	49,5	48,3	30,7	58,6	48,9
Rosso	18,3	11,6	10,6	8,7	13,2	38,1	9,9	13,3	7,6	14,5	11,4	11,9	14,5

Il trend del triennio 2011-2013 del numero di missioni (**Tabella 2.11**) risente,

per il 2011, del fatto che il flusso EMUR 118 è entrato a regime esclusivamente a far data dal 1 gennaio 2012. Pertanto,

Tabella 2.11

Trend delle missioni per centrale operativa – AUSL e Toscana, periodo 2011-2013 – Fonte: Flusso dei 118 RFC 134

Centrale Operativa	2011	2012	2013
1 - Massa	9.019	24.139	26.167
2 - Lucca	36.542	30.937	46.803
3 - Pistoia	28.278	45.363	46.340
4 - Prato	11.446	26.426	26.953
5 - Pisa	26.738	39.843	40.158
6 - Livorno	9.777	38.535	36.250
7 - Siena	51.400	52.159	49.502
8 - Arezzo	34.816	36.518	37.122
9 - Grosseto	31.480	29.813	23.335
10 - Firenze	124.216	119.981	119.101
11 - Empoli	15.631	22.984	31.289
12 - Viareggio	22.194	31.623	30.409
Toscana	401.537	498.321	513.429

le centrali che mostrano un significativo aumento del numero di missioni tra

l'anno 2011 e il 2012 (centrali di Massa, Pistoia, Prato e Livorno) evidenziano fenomeni non legati ad eventi di salute, ma piuttosto a modificate strategie nella raccolta dei dati e nella modalità di registrazione dei medesimi.

Si può rilevare che tra il 2012 e il 2013 tale incremento si è ridotto nella maggior parte delle centrali, in alcune il dato è rimasto stabile e in altre il numero di missioni risulta persino diminuito. Questo andamento suggerisce pertanto cautela nella interpretazione dei dati riferiti al trend del triennio e richiede una attenta valutazione della variabilità artificiale indotta, rispetto alla variabilità naturale dei fenomeni sanitari.

Per quanto riguarda l'esito (**Tabella 2.12**), in più dell'80% dei casi le missioni si concludono con il trasporto in ospedale dell'assistito; soltanto nel 14,6% dei casi viene effettuato il trattamento sanitario sul posto senza trasporto in Pronto soccorso.

Tabella 2.12

Missioni effettuate dai 118 per centrale operativa ed esito della missione – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su flusso dei 118 RFC 134

Esito missione	Varie	1 - MS	2 - LU	3 - PT	4 - PO	5 - PI	6 - LI	7 - SI	8 - AR	9 - GR	10 - FI	11 - Emp	12 - Viar	Toscana
Deceduto	N	581		957		767	589					475	522	3.891
	%	2,2		2,1		1,9	1,6					1,5	1,7	0,8
Missione annullata	N	123	845	1.446	285	174	244	2.975	1.498	915	3.141	435	125	12.206
	%	0,5	1,8	3,1	1,1	0,4	0,7	6,0	4,0	3,9	2,6	1,4	0,4	2,4
Missione conclusa con il trasporto in ospedale	N	18.900	42.050	36.030	23.575	32.848	31.859	46.527	27.951	19.021	87.703	22.588	25.511	414.563
	%	72,2	89,8	77,8	87,5	81,8	87,9	94,0	75,3	81,5	73,6	72,2	83,9	80,7
Conclusa con trasporto in un punto di primo soccorso	N	84	--	244	--	223	191	--	--	--	--	8	60	810
	%	0,3	--	0,5	--	0,6	0,5	--	--	--	--	0,0	0,2	0,2
Conclusa con trattamento effettuato sul posto	N	4.614	3.908	4.088	3.093	3.298	1.330	--	7.673	3.399	28.257	6.020	1.361	67.041
	%	17,6	8,3	8,8	11,5	8,2	3,7	--	20,7	14,6	23,7	19,2	4,5	13,1
Non necessita di trattamento	N	480	--	343	--	42	100	--	--	--	--	30	372	1.367
	%	1,8	--	0,7	--	0,1	0,3	--	--	--	--	0,1	1,2	0,3
Non trovato	N	180	--	255	--	412	294	--	--	--	--	105	325	1.571
	%	0,7	--	0,6	--	1,0	0,8	--	--	--	--	0,3	1,1	0,3
Rifiuto	N	1.205	--	2.977	--	2.394	1.643	--	--	--	--	1.628	2.133	11.980

SERVIZIO REGIONALE DI ELISOCORSO

Il servizio regionale di elisoccorso è parte integrante del sistema di emergenza-urgenza territoriale 118.

Dalla data del 20 aprile 2009, in conformità a quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1007/2008 è stata attivata, presso la centrale operativa 118 di Firenze, la centrale unica

regionale "Toscana Soccorso", quale esclusivo riferimento per la ricezione della richiesta di intervento ed il coordinamento delle missioni di elisoccorso.

Nel corso del quinquennio 2009-2013 il servizio è stato oggetto di una progressiva implementazione, in particolare:

- dal 2 dicembre 2009 è stata estesa alle ore notturne anche l'attività dell'elicottero Pegaso 3 di Massa, in via sperimentale per la durata di 24 mesi (delibera di Giunta regionale n. 854/2009);
- nel 2011, con deliberazione di Giunta regionale n. 536, si è consolidata l'attività 24 ore su 24 a favore delle isole dell'Arcipelago toscano. In particolare è stata prevista la proroga del servizio notturno presso la base di Massa e la sostituzione della macchina (elicottero BK 117) con un aeromobile più potente, abilitato al sorvolo del mare. Dal 1 marzo 2012 è entrato infatti in attività l'elicottero Agusta AW 139 e pertanto da tale data il servizio di elisoccorso toscano ha raddoppiato la possibilità di soccorso a favore degli abitanti delle isole dell'arcipelago toscano.

Inoltre, nel periodo di riferimento 2009-2013, il servizio è stato ulteriormente ottimizzato attraverso le seguenti azioni:

- istituzione, in linea con quanto stabilito dalla delibera di Giunta regionale n. 283/2010, di un sistema di verifica e controllo di qualità del servizio tramite un consulente aeronautico esterno, al fine di garantire un monitoraggio continuo con particolare riferimento alla qualità ed alla sicurezza
- approvazione di specifiche proce-

dure, di livello regionale, circa l'attivazione del servizio di elisoccorso, con particolare riferimento agli interventi primari, agli interventi secondari, all'attività addestrativa ed ai voli di ricognizione, agli interventi di soccorso e tecnico-logistici in montagna (decreto dirigenziale n. 1148/2010);

- adozione, con delibera di Giunta regionale n. 252/2012, delle linee di indirizzo regionali per la selezione di Area vasta del personale sanitario, medico ed infermieristico, da impiegare nel servizio di elisoccorso, al fine di uniformare a livello regionale le modalità di accesso e permanenza del personale sanitario nel servizio medesimo.

Dal 2009 al 2013 è stata implementata anche la rete di elisuperfici, sia diurne che notturne, a servizio di strutture sanitarie e di zone disagiate o difficilmente collegabili agli ospedali regionali di riferimento.

Negli anni 2009-2013 sono stati rafforzati gli accordi di collaborazione con altri enti deputati al soccorso.

In particolare, con il Soccorso alpino e speleologico toscano (SAST) è stata stipulata una nuova convenzione, approvata con delibera di Giunta regionale n. 533/2011, che ha permesso un maggiore coinvolgimento del SAST tramite la messa a disposizione del loro tecnico di elisoccorso a bordo di tutti gli elicotteri regionali 118 per le missioni di soccorso sanitario in montagna.

Per quanto attiene agli interventi di soccorso in mare, è stato definito con il corpo delle Capitanerie di porto – Guardia costiera un protocollo d'intesa, approvato con delibera di Giunta regionale n. 588/2011, per il miglioramento dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza-ur-

genza per i cittadini soccorsi nelle acque e nelle isole dell'arcipelago toscano.

Nell'anno 2013 sono state effettuate 2044 missioni delle quali 1851 per

attività HEMS (Helicopter Emergency Medical Service) (**Tabella 2.13**). Di tali missioni HEMS 1294 (63,3%) erano rappresentate da interventi primari (direttamente sul luogo di evento).

Tabella 2.13

Interventi del servizio regionale elisoccorso per base e tipologia – Toscana, anno 2013 – Fonte: Regione Toscana

Tipologia	Pegaso 1 Firenze	Pegaso 2 Grosseto	Pegaso 3 Massa	Totale
HEMS Primari	531	439	324	1294
HEMS Secondari	98	310	149	557
SAR	6	3	21	30
Addestramenti	41	36	60	137
Ricognizioni	3	11	10	24
Manifestazioni			1	1
Trasporto equipe o mat. Sanitario			1	1
Toscana	679	799	566	2044

In particolare, le missioni di elisoccorso per interventi primari effettuati nelle isole dell'arcipelago Toscano sono state 117 così distribuite:

- 18 isola di Capraia;
- 3 isola di Giannutri;
- 87 isola del Giglio;
- 9 isola d'Elba (1 Campo nell'Elba, 1 Marciana, 5 Portoferraio e 2 Rio nell'Elba).

Da tali dati emerge che gli interventi primari nelle isole dell'arcipelago toscano sono effettuati in buona parte con gli elicotteri 118, che rappresentano, pertanto, il mezzo di gran lunga più efficace per effettuare il soccorso sanitario in tale contesto.

Tutti gli interventi primari risultano attivati, come previsto dalle procedure regionali, al verificarsi degli specifici

criteri clinici e/o situazionali per rendere quanto più tempestivo l'arrivo sul posto dell'elicottero sanitario e la conseguente centralizzazione (ove necessario) del paziente nell'ospedale Hub, in funzione del rischio di aumento di mortalità e/o disabilità evitabile in caso di patologie tempo dipendenti.

Nell'anno 2013 il codice di criticità attribuito agli eventi sui quali è stato attivato l'elicottero sanitario risulta quello mostrato nella **Tabella 2.14** sotto riportata.

Come si può notare l'intervento dell'elisoccorso è stato previsto per eventi in codice di massima criticità: rosso (rischio di assenza funzioni vitali e/o grave compromissione delle stesse) in circa l'83% dei casi, in codice giallo (rischio di evolutività in senso peggiorativo delle funzioni vitali in tempi brevissimi) in circa il 16% dei casi.

Tabella 2.14

Interventi primari del servizio di elisoccorso per base e codice colore – Toscana, anno 2013
 – Fonte: Regione Toscana

Codice Colore	Base FI	Base GR	Base MS	Toscana
ROSSO	459	348	263	1070
GIALLO	69	85	56	210
VERDE	2	2	1	5
BIANCO	1	4	4	9
Totale	531	439	324	1294

Esclusivamente in 14 casi (circa 1%) si è previsto l'intervento dell'elisoccorso per eventi a bassa criticità (bianchi e/o verdi), comunque sempre caratterizzati dall'impossibilità al raggiungimento del paziente coinvolto via terra (ambiente montano e/o ostile).

Gli interventi secondari (interospedalieri di emergenza tempo dipendenti) sono stati in totale 557 di cui 172 (circa 31%) a partenza dall'ospedale di Portoferraio. Nella pressoché totalità dei casi i trasferimenti interospedalieri si sono resi necessari per trasportare il paziente, in tempi maggiormente rapidi, rispetto al trasporto via terra, verso presidi ospedalieri in grado di garantire prestazioni diagnostiche e terapeutiche di emergenza non eseguibili nell'ospedale di partenza.

Per concludere, il sistema dell'emergenza-urgenza toscano presenta performance in linea con quelle delle migliori regioni a livello nazionale.

Il sistema di emergenza-urgenza territoriale toscano ha un livello di completezza dei dati ancora non uniforme tra le diverse centrali operative. Tale variabilità riflette probabilmente delle differenti modalità organizzative delle singole centrali e/o di differenti modalità di codifica o compilazione dei campi del flusso informativo.

È, perciò, auspicabile un ulteriore miglioramento nella raccolta e registrazione dei dati, per garantire maggiore omogeneità e confrontabilità al fine di realizzare un sistema di apprendimento e miglioramento continuo.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Negli ultimi decenni in Italia, comunemente ad altri paesi, si è assistito ad un profondo mutamento del bisogno di salute. Due fenomeni, ormai ben definiti, sono cresciuti nel secolo trascorso e caratterizzano il secolo attuale:

- la transizione epidemiologica, con il progressivo prevalere delle malattie cronico-degenerative rispetto alle patologie infettive ed acute;
- la transizione demografica, con il continuo incremento della speranza di vita per i nuovi nati, in un contesto di denatalità.

La transizione demografica, per gli aspetti correlati all'espressione dei bisogni sanitari, ha polarizzato l'attenzione sull'invecchiamento della popolazione e il correlato aumento delle patologie cronico-degenerative, condizioni che, ad oggi, rappresentano circa il 25% dei soggetti e il 75% dei costi e dei volumi di attività svolti dal SSN.

Negli anni successivi alla riforma sanitaria si è discusso a lungo della difficoltà per le organizzazioni sanitarie di superare la cultura dei sistemi mutualistici/assicurativi strutturati sulla risposta all'acuzie verso un diverso profilo dell'organizzazione dei servizi capace di assicurare la risposta ai nuovi bisogni che esprime la cronicità: in particolare la memoria della malattia che per la cronicità, è caratterizzata da una continua evoluzione e dalla continuità di assistenza, sanitaria e sociale. Si è progressivamente costruita, in questi anni, una diversa cultura della salute e conseguentemente di malattia. Questi sono tra i determinanti, ancora poco valutati, del significativo incremento delle prestazioni specialistiche, clinico e diagnostiche. Osservare questa trasformazione della

domanda dal versante dei servizi offerti, attraverso la risposta registrata negli studi dei medici di medicina generale, negli ambulatori specialistici, nelle farmacie, nei pronto soccorso, consente di ipotizzare un disallineamento importante tra un bisogno di salute che si esprime con esigenze diverse, per natura e dimensione, nelle varie fasce di età e di genere. Di seguito sono riportati i valori complessivi per macro aggregazioni di attività specialistica, con alcune riflessioni sul concetto di crisi socio-economica e accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

I VALORI COMPLESSIVI PER MACRO AGGREGAZIONI

I dati riportati nel presente paragrafo si riferiscono alle prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio garantite dal Servizio sanitario toscano che individuano il relativo settore di assistenza.

Le prestazioni ambulatoriali registrano dal 2009 al 2013 una lieve diminuzione complessiva (invertendo il trend di crescita registrato tra gli anni 2005 e 2008): nel 2013 in Toscana sono state erogate 65,7 milioni di prestazioni ambulatoriali rispetto ai 66,5 milioni del 2009 con una decrescita pari all'1,22%.

Il decremento percentuale inizia a manifestarsi nel periodo dal 2010 al 2011 con una riduzione del 3,87%, si riduce al 3,17% dal 2011 al 2012 e successivamente al 0,24% dal 2012 al 2013.

L'analisi delle prestazioni ambulatoriali eseguita per macrotipologie scompone il dato complessivo nei seguenti settori: attività clinica, attività di diagnostica per immagini, attività di diagnostica di laboratorio, attività di diagnostica strumentale, procedure (**Tabella 2.15**).

Tabella 2.15

Numero di prestazioni ambulatoriali – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: ARS su SPA

	Totale	Procapite
2009	56,6	15,3
2010	60,8	16,3
2011	56,9	15,2
2012	54,5	14,9
2013	53,8	14,6

Nel settore dell'attività clinica le prestazioni erogate passano dai 7,3 milioni dell'anno 2009 a 7,5 milioni del 2013, con un incremento percentuale del 2,46%; si evidenzia un incremento iniziale pari al 5,14% nel periodo dal 2009 al 2010, a cui fanno seguito due decrementi annuali, rispettivamente del 2,6% nel periodo dal 2010 al 2011, e dell'1,37% tra il 2011 ed il 2012; nell'ultimo periodo dal 2012 al 2013 si osserva un aumento dell'1,44%.

Il settore della diagnostica per immagini diminuisce del 3,52% dal 2009 al 2013; come evidenziato in **Tabella 2.5.1** il trend iniziale di crescita dell'1,83% osservato nel periodo dal 2009 al 2010 tende ad invertirsi tra il 2010 ed il 2011 con un decremento pari all'1,85%, per poi scendere del 4,15% nel periodo dal 2011 al 2012, e ritornare stazionario in lieve crescita, con un aumento dello 0,7% tra il 2012 ed il 2013.

Il settore della diagnostica di laboratorio diminuisce del 2% nel quinquennio 2009-2013, con un volume di prestazioni erogate nel 2009 pari a 50,6 milioni rappresenta il 76,17% di tutte le prestazioni ambulatoriali erogate nell'anno, mentre nel 2013 con 49,6 milioni di prestazioni, rappresenta il 75,57% del totale. Il trend inizialmente in crescita del 6,43% tra il 2009 e il 2010 si inverte nel periodo dal 2010 al 2011 con un calo del 4,55%, per poi continuare a scendere del 3,53% tra il 2011 e il 2012, e azzerarsi a 0,0% nel periodo tra il 2012

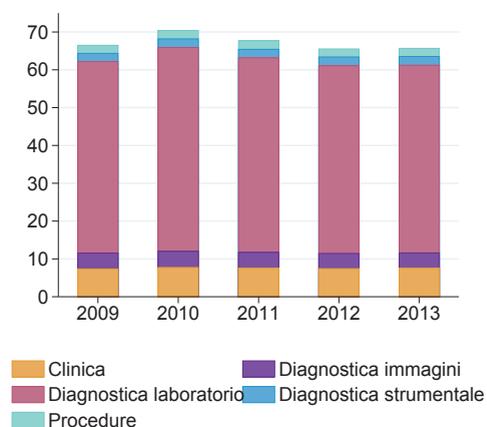
e il 2013.

Nel settore della diagnostica strumentale si osserva un aumento del 7,09% nel periodo 2009-2013 passando da 2,1 milioni di prestazioni erogate a 2,3 milioni. Il trend inizialmente in crescita tra il 2009 e il 2010 del 5,93%, subisce una inversione tra il 2010 e il 2011 con un decremento dell'1,49%, per poi aumentare ancora del 3,24% tra il 2011 e il 2012 e infine arrestarsi tra il 2012 e il 2013 con una decrescita dello 0,6%.

Per quanto concerne il settore delle procedure non si osservano grandi variazioni (**Figura 2.1**), il lieve aumento delle prestazioni erogate nel periodo dal 2009 al 2013 è dello 0,7%; a due prime variazioni annuali positive rispettivamente del 2,9% tra il 2009 e il 2010 e dell'1,9% tra il 2010 e il 2011, segue un calo del 5,7% tra il 2011 e il 2012 per poi aumentare dell'1,7% nel periodo 2012-2013.

Figura 2.1

Numero di prestazioni ambulatoriali per settore e anno – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: ARS su SPA



CONSUMO PROCAPITE PER ETÀ E GENERE

Le prestazioni specialistiche erogate nell'ambito del SST al di fuori del Pronto soccorso, escludendo l'attività di

intramoenia, l'attività di pre-ricovero e di post-ricovero sono state 53,8 milioni per l'anno 2013, pari a 14,6 prestazioni pro capite. Nel 2009 le corrispondenti prestazioni erano 56,6 milioni pari a 15,3 prestazioni procapite (**Tabella 2.16**).

Tabella 2.16

Prestazioni ambulatoriali pro capite – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: ARS su SPA*

	Totale	Procapite
2009	56,6	15,3
2010	60,8	16,3
2011	56,9	15,2
2012	54,5	14,9
2013	53,8	14,6

* Esclusa l'attività effettuata in Pronto soccorso, in intramoenia, in pre- e post-ricovero.

Aumenta anche l'attività specialistica di pre-ricovero e post-ricovero (**Tabella 2.17**). Nel 2013 sono state erogate 983mila prestazioni in pre-ricovero e 124mila in post-ricovero, a fronte rispettivamente di 584mila e 70mila prestazioni erogate nel 2009. Si passa quindi da 15,7 a 26,2 prestazioni per 100 abitanti

Tabella 2.17

Prestazioni ambulatoriali erogate in pre- e post-ricovero ospedaliero – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: ARS su SPA

	Post ricovero		Pre ricovero	
	N	Per 100 ab.	N	Per 100 ab.
2009	696.987	1,9	584.277	15,8
2010	90.971	2,4	1.077.893	28,9
2011	93.631	2,5	1.072.661	28,6
2012	127.412	3,5	1.062.995	28,9
2013	124.118	3,4	982.561	26,6

Si conferma, come dato consolidato, anche nel periodo 2009-2013, che la parte prevalente di prestazioni ambu-

lato è erogata a carico dei cittadini oltre i 60 anni e, in particolare, come evidenziato nella **Figura 2.2**, la con-

in pre-ricovero e da 1,9 a 3,4 in post-ricovero.

Analizzando l'attività per genere ed età (**Tabella 2.18**), si osserva che nel 2013 sono state erogate 16,0 prestazioni pro capite per la popolazione femminile e 13,1 per la maschile; con un decremento rispetto al 2009 del 4,33% per i maschi e del 4,70% per le femmine; nel 2009 le prestazioni pro capite erano rispettivamente 16,7 e 13,7.

Tabella 2.18

Prestazioni ambulatoriali pro capite per anno e genere – Toscana, periodo 2009-2013 – Fonte: ARS su SPA*

	Maschi		Femmine	
	Procapite	Totale	Procapite	Totale
2009	13,7	24,4	16,7	32
2010	14,7	26,5	17,7	34
2011	13,5	24,4	16,7	32
2012	13,4	23,5	16,2	30
2013	13,1	23,2	15,9	30

* Esclusa l'attività effettuata in Pronto soccorso, in intramoenia, in pre- e post-ricovero.

centrazione massima di prestazioni si registra nella fascia di età 65-80 per entrambi i generi, con 17,3 milioni di

prestazioni erogate nel 2013, corrispondenti al 32,05% del totale delle prestazioni erogate in tale anno.

Figura 2.2

Numero di prestazioni ambulatoriali per genere ed età – Toscana, anni 2009 e 2013 – Fonte: ARS su SPA

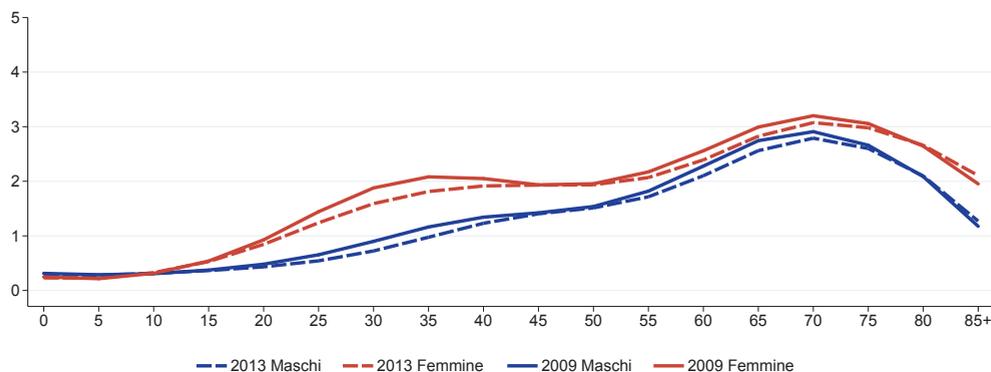
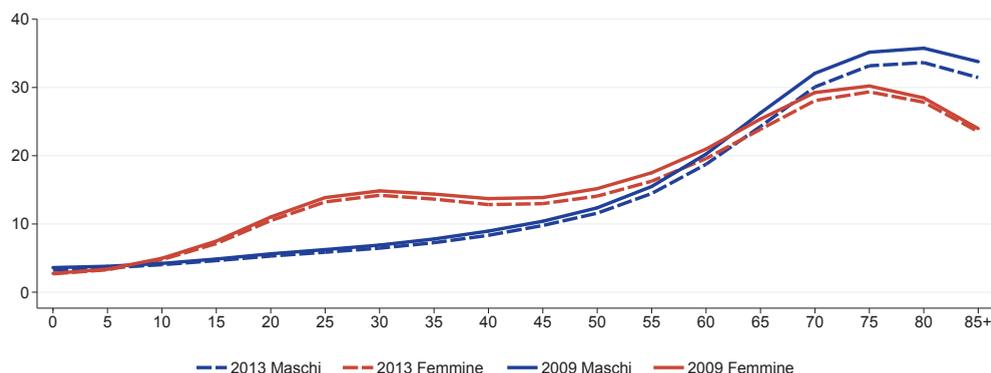


Figura 2.3

Prestazioni ambulatoriali pro capite per genere ed età – Toscana anni 2009 e 2013 – Fonte: ARS su SPA



Dal confronto dei dati relativi alla prestazioni suddivise per classi di età e sesso, mostrate in **Figura 2.3**, si riscontra per le donne nella fascia di età 15-45, corrispondente all'età fertile, un incremento di prestazioni di circa il 50% rispetto al consumo della popolazione maschile.

Nel 2013 a fronte di 4,2 milioni di prestazioni, corrispondenti a 6,6 prestazioni pro capite fornite a uomini di età 15-44,

sono state fornite 7,9 milioni di prestazioni a donne nella stessa fascia di età, pari a 12,4 prestazioni pro capite. Nelle donne in questa fascia di età si nota come pur essendosi abbassato in numero di prestazioni assolute tra il 2009 ed il 2013, non sia osservabile un analogo fenomeno nel numero di prestazioni pro capite, questo fenomeno è spiegato dal fatto che le donne in tale fascia di età sono diminuite tra il 2009 ed il 2013.

La differenza tra i due generi decrementa nella fascia compresa fra i 50-70 anni, a cui nel 2013 sono state fornite 7,8 milioni di prestazioni a uomini e 9,2 milioni di prestazioni a donne, pari rispettivamente a 16,9 e 18,3 prestazioni procapite.

A partire dai 70 anni si registra un prevalente accesso degli uomini alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, a fronte di 8,8 milioni di prestazioni fornite a uomini e 10,8 milioni di prestazioni fornite a donne; si osservano rispettivamente 32,1 e 27,4 prestazioni pro capite medie in questa classe di età. Alla corrispondente flessione del consumo di prestazioni assoluto in entrambi i generi visibile in Figura 2.5.2. dopo i 70 anni, per i maschi corrisponde una minor diminuzione pro capite di prestazioni, anche se rispetto al 2009, nel 2013 le differenze tra i due generi sembrano ridursi.

VALORE PROCAPITE DELLE PRESTAZIONI EROGATE PER ETÀ E GENERE

Osservare il numero assoluto e procapite di prestazioni offerte è sicuramente molto importante, ma altrettanto importante è dare una stima di quanto complessive siano le prestazioni offerte.

L'utilità di assegnare un valore di costo (tariffario) delle prestazioni specialistiche erogate risiede essenzialmente nell'esempio che forniremo di seguito.

L'individuo A che esegue 3 prestazioni con valori tariffari pari a 3, 7 e 2 euro effettua una prestazione in più dell'individuo B che ne esegue solamente due con valori tariffari pari a 100 euro e 20 euro. Tuttavia bisogna notare che il valore delle prestazioni erogate all'individuo A è di 12 euro, mentre quello delle prestazioni erogate all'individuo B è di 120 euro.

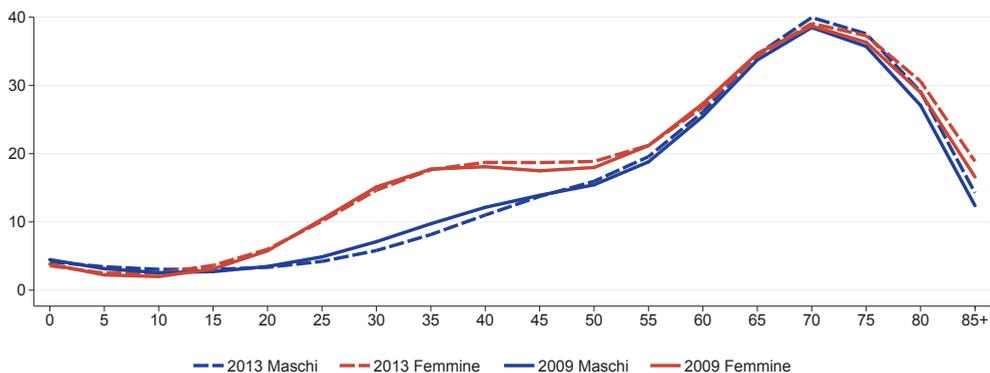
In **Figura 2.4** si può osservare la spesa totale, espressa in somma, dei volumi tariffari delle prestazioni erogate agli assistibili toscani per età e genere, espressi in milioni di euro spesi per classe quinquennale di età.

Si osserva come tra il 2009 ed il 2013 sostanzialmente non intervengano variazioni. Si può notare solamente una lieve riduzione del valore di spesa dei maschi di età 25-40 del 2013, rispetto al loro valore nel 2009, e un impercettibile aumento di spesa per le donne di età compresa tra i 40 e i 50 anni.

La differenza tra i generi permane, nel 2013 tra i 15 e i 40 anni risulta es-

Figura 2.4

Spesa totale in volumi tariffari (milioni di euro) per genere ed età – Toscana, anni 2009 e 2013 – Fonte: ARS su SPA



sere di 39,3 milioni di euro. In tale fascia di età alle donne vengono erogate 9,4 milioni di prestazioni per un valore di 85,8 milioni di euro, mentre agli uomini 5,4 milioni di prestazioni per un valore di 46,5 milioni di euro. Il valore tariffario procapite risulta essere di 65,0 euro per gli uomini e di 118,9 euro per le donne.

In **Figura 2.5** si possono osservare i valori procapite delle prestazioni erogate agli assistibili toscani per età e genere.

Dopo i 60 anni di età, la spesa sostenuta al lordo dei ticket dal SST per i 13,4 milioni di prestazioni erogate ai maschi è di 181,8 milioni di euro, il 65,52% dei

277,4 milioni di euro di prestazioni erogate agli uomini in totale. La somma dei valori tariffari dei 16,0 milioni di prestazioni erogate a donne di età maggiore di 60 anni è di 186,6 milioni di euro, il 57,35% del totale della spesa pari a 325,2 milioni di euro per prestazioni erogate a donne.

Sempre nella fascia di età over 60, per genere si osserva che le 27,4 prestazioni procapite erogate a uomini valgono 369,56 euro, mentre le 25,2 prestazioni procapite erogate a donne, valgono 293,33 euro.

Il consumo di prestazione ambulatoriali erogate in Pronto soccorso (**Figura 2.6**) registra nei due sessi un andamento

Figura 2.5

Valore pro capite delle prestazioni ambulatoriali per genere ed età – Toscana, anni 2009 e 2013 – Fonte: ARS su SPA

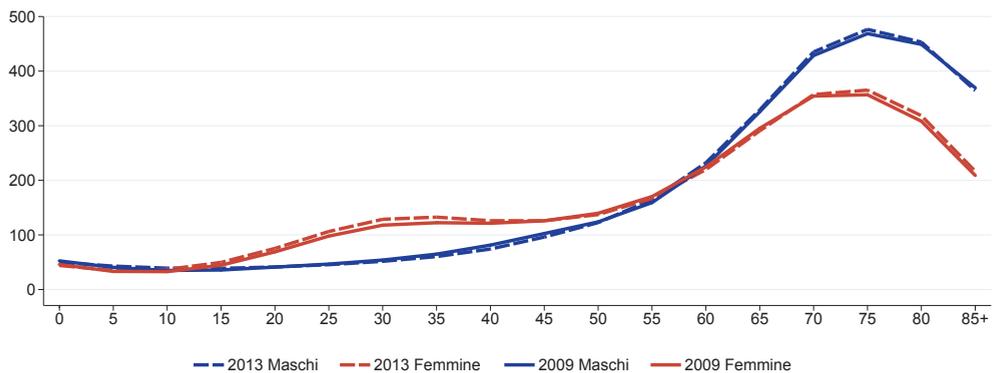
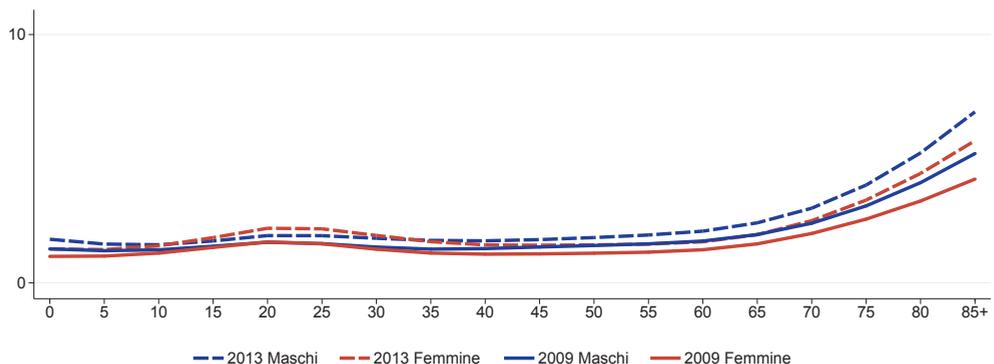


Figura 2.6

Prestazioni ambulatoriali pro capite erogate in Pronto soccorso per genere ed età – Toscana, anni 2009 e 2013 – Fonte: ARS su SPA

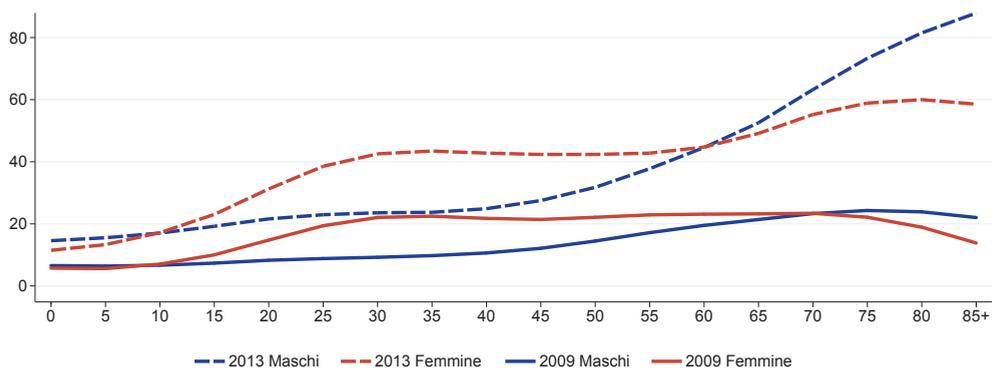


omogeneo. Si registra un picco dei consumi in corrispondenza della fascia di età 0-4 con un decremento nel periodo 5-9 e una successiva crescita fino alla classe 20-24. Il consumo di prestazioni si stabilizza per i due sessi fino alla classe 60-64 per poi crescere parallelamente, con un leggero incremento di consu-

mi pro capite maschile, sino alla classe di età 85 e oltre. Si nota come rispetto al 2009, nel 2013 i consumi siano aumentati per entrambi i generi in tutte le fasce di età con un incremento crescente dopo i 70 anni, sia per i maschi che per le femmine (Figura 2.7).

Figura 2.7

Prestazioni ambulatoriali pro capite erogate in regime di intramoenia e fuori dal Pronto soccorso per genere ed età – Toscana, anni 2009 e 2013 – Fonte: ARS su SPA



ALCUNE CONSIDERAZIONI SUGLI EFFETTI DELLA CRISI ECONOMICA SULL'ACCESSO ALL'ASSISTENZA SPECIALISTICA

La crisi finanziaria rischia di compromettere la sostenibilità dei sistemi sanitari. In Toscana è stata fatta, a differenza di altre regioni, una scelta rilevante in termini di equità e di tutela delle fasce più deboli, applicando sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni ambulatoriali modulati per capacità contributiva degli assistiti. La riduzione delle prestazioni specialistiche conseguenti all'introduzione del ticket in Toscana (-3%) è decisamente minore di quanto occorso in Italia (-9% circa) nel 2012.

A fronte della diminuzione del volume delle prestazioni, si registra un incremento del 4% circa della spesa

complessiva, segno che l'offerta è più concentrata sulle prestazioni di maggior costo. In periodo di crisi in Toscana il sistema pubblico sembra continuare a essere preferito rispetto ai soggetti privati per le prestazioni ad alto contenuto professionale e per gli esami che richiedono tecnologie più avanzate. Negli anni della crisi si mantengono sostanzialmente stabili gli accessi al Pronto soccorso, mentre il tasso di ospedalizzazione diminuisce. Quest'ultimo fenomeno può essere la conseguenza di una politica attiva di de-ospedalizzazione con ricorso a modi di risposta più appropriata, ma può essere determinato anche da un aumento delle liste di attesa, in particolare per le prestazioni chirurgiche elettive. Rassicura, infine, la buona tenuta, almeno fino a tutto il 2013, degli indicatori di esito del Sistema sanitario toscano.

TEMPI DI ATTESA

I tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali rappresentano una criticità in tutti i sistemi sanitari e nel corso degli anni sono state intraprese molteplici azioni sia a livello locale che nazionale. Nel Piano nazionale governo liste di attesa (PNGLA) attualmente vigente, la materia è stata affrontata prevedendo un accesso differenziato in relazione alle condizioni cliniche valutate dal medico che richiede la prestazione. Il prescrittore, al momento della prescrizione, appone sulla ricetta un codice di priorità: ad ogni codice corrisponde un tempo massimo di erogazione, in modo da differenziare

l'accesso in base all'urgenza della prestazione.

In Toscana il piano nazionale è stato recepito con DGR 493/2010, con alcune modifiche soprattutto per quel che riguarda i tempi massimi da garantire. Infatti già in precedenza erano stati deliberati atti che prevedevano per alcuni tipi di visite, 9 più precisamente, che rappresentano circa il 70% di tutte le visite prenotate, un tempo massimo di esecuzione di 15 giorni, e per le prestazioni di diagnostica un tempo massimo di 30 giorni. In particolare i codici, e i relativi tempi massimi di attesa previsti dal PNGLA e nel piano regionale, sono sintetizzati in **Tabella 2.19**.

Tabella 2.19

Codici di priorità, tempi massimi di attesa previsti dal PNGLA e nel Piano regionale

Classi di priorità	Tempi massimi PNGLA	Tempi massimi PRGLA
U-Urgente	da eseguire nel più breve tempo possibile, e comunque entro 72 ore	da eseguire nel più breve tempo possibile, e comunque entro 72 ore
B-Breve	da eseguire entro 10 giorni	da eseguire: entro 10 giorni per le visite, entro 7 o 10 giorni per gli accertamenti diagnostici
D-Differibile	da eseguire: entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	da eseguire: entro 15 o 30 giorni per le visite, entro 30 o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
P-Programmata	non è definito un tempo massimo	non è definito un tempo massimo

Nel recepimento del piano nazionale, la volontà del legislatore è stata quella di continuare a garantire tempi più bassi di quelli previsti dal livello centrale, e su tali tempi è stata monitorata l'attività delle aziende sanitarie. Mensilmente i dati, rilevati nel flusso TAT istituito da circa 15 anni, vengono elaborati e viene fornito alle aziende un report nel quale sono analizzati i tempi di attesa per le 9 visite, nonché per gli esami diagnostici a maggior impatto sia in termini di numerosità delle richieste - vedi ecografie all'addo-

me - che per complessità della prestazione erogata - vedi tac (TC) e risonanza magnetica (RM).

ANALISI DEI DATI

In **Tabella 2.20** sono riportate alcune analisi relative ai tempi di attesa registrati nell'anno 2013.

Come si evince dalle analisi riportate in **Figura 2.8**, oltre il 76% delle visite prenotate viene garantito entro 15 giorni,

Tabella 2.20

Visite specialistiche – Numero di prenotazioni per classe di tempo di attesa, valori assoluti e percentuali – Toscana, anno 2013 – Fonte: Regione Toscana

Prestazione	0-15		16-30		oltre 30		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
Visita Neurologica	58.065	80,6	6.023	8,4	7.981	11,1	72.069
Visita Ginecologica	94.779	78,0	8.963	7,4	17.741	14,6	121.483
Visita Cardiologia	109.867	76,4	14.625	10,2	19.339	13,5	143.831
Visita Chirurgia Generale	58.363	80,1	5.838	8,0	8.668	11,9	72.869
Visita Dermatologia	155.312	81,9	12.472	6,6	21.635	11,4	189.419
Visita Ortopedia E Traumatologia	88.904	70,9	17.042	13,6	19.383	15,5	125.329
Visita Otorinolaringoiatria	123.971	81,5	13.597	8,9	14.522	9,6	152.090
Visita Urologia	38.643	67,5	6.196	10,8	12.396	21,7	57.235
Esame Complessivo Dell'Occhio	222.649	73,4	29.583	9,8	51.055	16,8	303.287
Totale	950.553	76,8	114.339	9,2	172.720	13,9	1.237.612

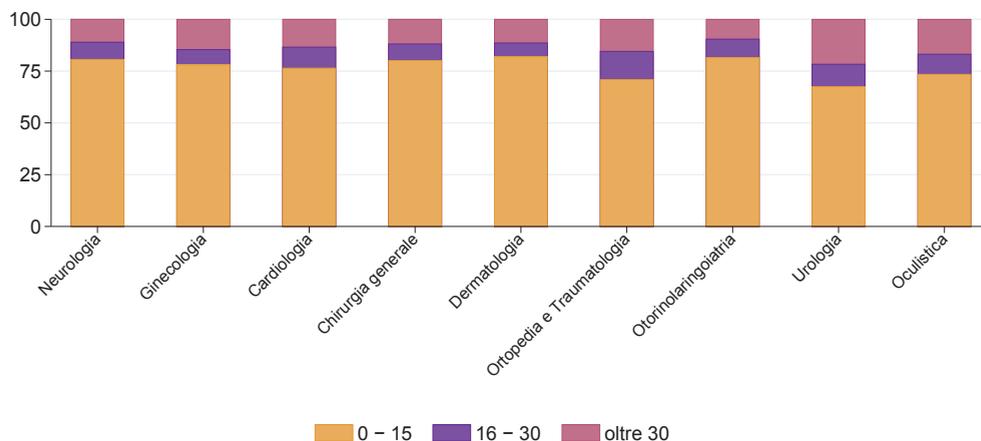
percentuale che sale all'86% se si considerano i tempi massimi previsti dal PN-GLA. La visita che risulta più critica per i tempi di attesa è quella urologica, che è stata soddisfatta entro 15 giorni solo nel 67% dei casi. Si evidenzia tuttavia che, dai dati parziali del 2014, si registra un trend in miglioramento anche per que-

sta disciplina. Dall'analisi delle singole aziende emerge una forte variabilità, con aziende che si attestano a percentuali di soddisfazione entro 15 giorni inferiori al 50%, e altre che riescono a garantire tutte le prenotazioni entro la soglia regionale di 15 giorni.

Nell'anno 2013 i cittadini che hanno

Figura 2.8

Visite specialistiche – Numero di prenotazioni per classe di tempo di attesa – Toscana, anno 2013 – Fonte: Regione Toscana



avuto necessità di prenotare un esame di diagnostica per immagini, in media hanno dovuto attendere 29 giorni. Degli

oltre 2 milioni di prenotazioni, per circa il 76% è stata proposta una data nell'arco temporale di un mese.

Dalla **Tabella 2.21** si rileva che tale percentuale varia secondo la prestazione: quella più critica è l'eco color doppler vascolare, che viene soddisfatto entro

30 giorni solo nel 54% dei casi. Al contrario, oltre il 90% delle prenotazioni di RX vengono soddisfatte nel tempo massimo regionale.

Tabella 2.21

Prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica per immagine, escluso risonanze magnetiche (RM) e tac (TC) – Tempi medi di attesa e numero di prenotazioni – Toscana, anno 2013 – Fonte: Regione Toscana

Raggruppamento	Numero prenotazioni	Tempo medio di attesa	Prenotazioni entro 30 giorni	% entro 30 giorni
Rx con mezzo di contrasto	12.734	13	11.197	87,9
Rx scheletro e diretta d'organo	728.975	7	685.075	93,9
Mammografia	139.639	73	86.829	62,2
Rx Stratigrafie	750	33	429	57,2
Ecografia internistica	554.753	39	365.998	65,9
Ecografia ostetrico-ginecologica	153.404	17	126.402	82,4
Rx con mezzo di contrasto cardiovascolari	14	1	14	100
Eco(color)doppler vascolare	232.946	49	126.392	54,3
Densitometrie	78.403	39	50.712	64,7
Endoscopia Digestiva	123.168	28	88.198	71,6
Endoscopia respiratoria	13.627	26	9.928	72,9
Endoscopia urogenitale	46.138	30	29.863	64,7
Scintigrafia ghiandole endocrine	1.160	7	1.131	97,5
Altre Scintigrafie	15.841	20	12.152	76,7
Scintigrafia apparato digerente	1.687	8	1.592	94,4
Scintigrafia cardiaca	3.408	14	3.002	88,1
Totale	210.6647	29	1.598.914	75,9

Per quel che riguarda le RM, nel 2013 il tempo medio che intercorre tra la prenotazione e l'erogazione della prestazione è stato di 55 giorni per le RM senza contrasto, di 65 giorni per quelle con contrasto. Tale tempo tiene conto anche della scelta dell'utente e, per questo motivo, è superiore al tempo calcolato in base alla prima disponibilità che il sistema mette a disposizione, ma che il cittadino, per motivi soggettivi, non necessariamente accetta. Con riferimento alla prima disponibilità, dalla

Tabella 2.22 si rileva che entro 30 giorni sono soddisfatte circa il 60% delle prenotazioni di risonanza magnetica. Inoltre viene soddisfatto oltre il 75% delle richieste entro 60 giorni, tempo massimo previsto dal livello nazionale per l'erogazione di tali prestazioni. Anche per le risonanze esiste un'elevata variabilità aziendale, con aziende che entro 30 giorni riescono ad offrire anche l'80% delle prestazioni, e altre che si arrestano ben al di sotto del 50%.

Tabella 2.22

Risonanza magnetica (RM) e tac (TC) – Tempi medi di attesa e numero di prenotazioni – Toscana, anno 2013 – Fonte: Regione Toscana

Raggruppamento	N prenotazioni	Tempo medio di attesa prima disponibilità	Tempo medio di attesa effettivo	N prenotazioni entro 30 giorni	% entro 30 giorni
RMN senza contrasto	152.582	43	55	92.231	60,4
RMN con contrasto	45.070	47	65	26.516	58,8
Angio-RMN	4.079	45	62	2.486	60,9
TC senza contrasto	76.799	20	33	60.385	78,6
TC con contrasto	125.549	27	42	86.970	69,3
Totale	404.079	34	48	268.588	66,5

INTERVENTI PER RIDURRE I TEMPI DI ATTESA

L'impegno della Toscana per garantire le prestazioni specialistiche ambulatoriali nel minor tempo possibile si è concretizzato in numerose delibere nel corso degli anni, che hanno permesso di garantire nella maggior parte dei casi le prestazioni entro tempi contenuti. L'ultima delibera in ordine cronologico è stata approvata ad agosto del 2014 (DGRT 694/2014). Tale atto, partendo dalla domanda espressa per le prestazioni ambulatoriali, delinea gli indirizzi sulle nuove modalità di accesso alle prestazioni, e ridefinisce le priorità di accesso disegnando un modello organizzativo differente a secondo dell'urgenza della prestazione.

La valutazione dei consumi ha evidenziato un profilo di consumo differenziato per fascia di età. Le fasce di età giovani-adulte, prevalentemente *healthy users*, consumano prestazioni cliniche specialistiche, al netto della visita ginecologica, essenzialmente correlate al corretto funzionamento degli organi necessari all'attività occupazionale e alla partecipazione alla vita sociale. Il tasso

di consumo di prestazioni diagnostiche, indubbiamente in eccesso, se confrontato con la prevalenza delle relative patologie nelle stesse fasce di età, esprime sempre più marcatamente la cultura della medicina predittiva e diagnostica. Il rapporto bisogno-domanda/offerta-risposta in questa fascia d'età si esaurisce prevalentemente con un unico, o minimi, contatti con il servizio sanitario.

Nelle fasce d'età più anziane si osserva una particolare frequenza di consumo per alcune specialità cliniche e l'inversione del rapporto tra prestazioni cliniche e diagnostiche. In questa fascia di età il rapporto tra prestazioni specialistiche cliniche e prestazioni diagnostiche è circa la metà del valore registrato nelle fasce di età giovani-adulte.

Per quanto attiene alle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche, l'analisi dei dati ha evidenziato che nell'anno 2013 il 70% delle visite specialistiche sono state tracciate come "primo accesso". Tuttavia, dall'analisi sui singoli pazienti è emerso che circa il 40% delle visite di primo accesso sono riproposte nelle fasce di età oltre 65 anni sulla stessa persona, entro termini temporali medi di un anno, presumibilmente per lo stesso problema.

Alla luce dell'analisi sopraddette, è stata ridisegnata l'offerta in base alle priorità di accesso alla prestazione:

Urgenza. Il Pronto soccorso deve essere il centro di riferimento per le condizioni cliniche, o diagnostiche, valutate **urgenti**, non risolvibili nelle relative funzioni ambulatoriali. La visita, così come la richiesta di procedure o diagnostica strumentale, classificate urgenti, dovranno essere indirizzate al Pronto soccorso.

La visita, la richiesta di prestazioni diagnostico-strumentali, di primo accesso: breve o differibile. È l'ambito nel quale lo stesso strumento, la prescrizione di primo accesso, sia come richiesta di visita che di diagnostica strumentale, finisce con il rappresentare due aree di diverso bisogno sanitario, sempre più differenziate, come conseguenza della profonda trasformazione, epidemiologica e demografica, con la quale ormai da tempo conviviamo. La visita di primo accesso, intesa come incontro tra uno specialista clinico e un problema di salute, ha, nella sottopopolazione con più di 65 anni, natura e contenuti profondamente diversi dalla natura e contenuti della stessa prestazione nella sottopopolazione degli *healthy users*. Le prestazioni delle fasce di età della medicina predittiva e diagnostica, di norma, si esauriscono nella logica delle diagnosi di esclusione. Nelle fasce di età con più di 65 anni le stesse prestazioni, per oltre il 40% dei casi, introducono nei percorsi di conferma, e gestione, della cronicità. L'epigenetica introduce la **medicina personalizzata** come naturale e nuova frontiera di cura, con la conoscenza della particolare e unica storia di ciascuna persona malata: cronicità, fragilità, fragilità senza comorbidità, resilienza, complessità perché

a fenotipi apparentemente uguali corrispondono epigenomi diversi. La prima visita clinica per alcune specialità, per la sottopopolazione con più di 55-60 anni dovrà essere organizzata con tempi sufficienti per un corretto esercizio della medicina narrativa. Gli ambulatori specialistici dovranno assicurare, tra i requisiti informativi richiesti dalla normativa di accreditamento, la memoria dei contenuti clinici della stessa, resa disponibile tramite specifici *repository* aziendali per i successivi incontri clinici che, di norma, richiede una condizione cronica, programmati e organizzati con competenze dedicate (*agende di follow up*).

La gestione della cronicità. I modelli a maggior efficacia ed efficienza per la cura di condizioni, quali la cronicità, ad alta prevalenza nella popolazione, si giovano di un rapporto organizzato e coordinato dei saperi specialistici e della medicina generale ed è, altresì, noto come l'accessibilità alle cure condizioni i risultati delle cure stesse, in particolare per le sottopopolazioni interessate da malattie croniche caratterizzate da età anziana, disabilità, e in parte significativa anche da condizioni socio economiche e/o culturali medio-basse. Le Case della salute, presidi di salute strutturalmente vicini al cittadino, possono rappresentare il luogo organizzato per la disponibilità ed offerta di cure ambulatoriali complesse in cui medicina generale e specialistica possono incontrarsi. A maggior bisogno, maggiori e più accessibili risposte: cardiologia, neurologia, oculistica occupano le posizioni di *ranking* più elevato e si impongono quali competenze specialistiche da privilegiare nei progetti di Unità complesse di cure primarie (UCCP) territoriali, sia come offerta di primo accesso che come proiezione di *agende di follow up*.

La visita di controllo e la visita/ richiesta di riesame. Dai saperi organizzati, i percorsi diagnostici terapeutico-assistenziali (Pdta), all'organizzazione dei saperi: le piattaforme per la cronicità. Per ciascuna condizione o patologia di interesse, con riferimento prioritario alle condizioni o patologie afferenti al *Chronic Care Model*, le aziende provvederanno a definire specifiche disponibilità specialistiche, sia cliniche che diagnostico-strumentali, organizzate sotto forma di agenda di prenotazione, dimensionate secondo fabbisogni misurati e concordati nei budget territoriali, e accessibili, per modalità di prenotazio-

ne, al solo medico di medicina generale (MMG) dell'Aggregazione funzionale territoriale (AFT) di riferimento. Per alcune condizioni cliniche tale disponibilità si estenderà, per esigenze di immediata consulenza, alla possibilità di un rapporto telefonico diretto dell'MMG con lo specialista di riferimento, secondo gli orari e il calendario dell'assistenza territoriale e domiciliare.

Le "piattaforme" per la cronicità saranno visibili nel sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie CUP, ma non sono prenotabili tramite le modalità ordinarie del sistema CUP.

RIABILITAZIONE

L'APPROPRIATEZZA NEI PERCORSI RIABILITATIVI

Il principio di riferimento per la programmazione e l'organizzazione dell'attività riabilitativa in Toscana è la corretta e tempestiva individuazione del livello di bisogno della persona. L'obiettivo primario è il totale recupero delle funzionalità o la valorizzazione massima dell'autonomia residua. La valutazione della complessità clinica della persona, della sua eventuale multimorbilità o disabilità (intesa come perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive e sensoriali) costituisce la base per l'efficace impostazione del percorso di cura, per la scelta dei diversi setting da utilizzare e conseguentemente per un appropriato impiego delle risorse.

Fondamentale è la presa in carico globale e continuativa della persona da parte sia dei singoli professionisti che, se necessario, da parte di un team multidisciplinare, affinché sia garantita l'erogazione degli interventi secondo programmi definiti all'interno di uno specifico progetto riabilitativo individuale (PRI). Il PRI, concordato con la persona, contiene interventi e obiettivi ed è redatto considerando la complessità dei bisogni dell'individuo, le sue potenzialità e l'ambiente di vita.

La necessità di continuare a garantire adeguate risposte ai bisogni dei cittadini e di migliorare l'appropriatezza dei percorsi riabilitativi ha determinato, a partire dal 2010, l'avvio di azioni regionali finalizzate a razionalizzare gli assetti organizzativi e a monitorare le modalità e gli esiti nella erogazione delle prestazioni di riabilitazione. Nel 2011 sono state aggiornate le linee regionali di indirizzo sui percorsi riabilitativi, che definiscono

il mandato, i criteri di accesso e gli elementi del processo, sia per gli interventi di riabilitazione in regime di degenza ospedaliera, sia per gli interventi di riabilitazione intensiva e estensiva extra-ospedalieri. Nel 2012 è stato recepito il documento nazionale "Piano di indirizzo per la riabilitazione", i cui contenuti risultano coerenti con la programmazione regionale, ed è stata approvata dalla Giunta la delibera "Sviluppo della rete integrata dei servizi di riabilitazione: approvazione linee di indirizzo regionali per i setting di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie" (DGR n. 677 del 30/07/2012), con l'obiettivo di omogeneizzare il più possibile i percorsi a livello regionale, aumentandone l'appropriatezza, e di proporre degli indicatori di processo che misurino, in condizioni standard, l'efficienza organizzativa.

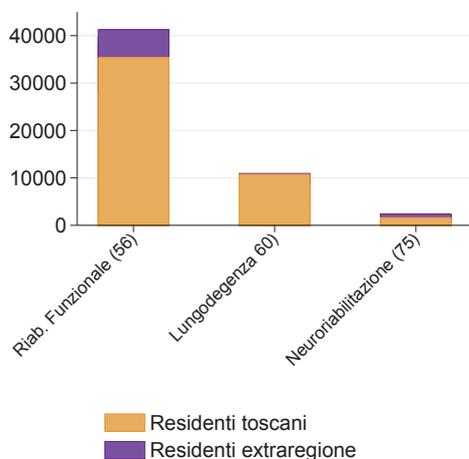
GLI INTERVENTI RIABILITATIVI IN AMBITO OSPEDALIERO

Le attività dei reparti ospedalieri di "Recupero e riabilitazione funzionale" (cod. 56) sono rivolti ad un'utenza prevalentemente toscana, che complessivamente nel periodo 2010-2013 ha avuto una flessione del 20% circa (**Figura 2.9**). Tale flessione è imputabile al progressivo utilizzo di setting extraospedalieri più appropriati (sia residenziali che ambulatoriali) per i percorsi riabilitativi delle persone che non hanno condizioni cliniche tali da prevedere il ricovero ospedaliero.

Nel 2013 si rileva un tasso di ospedalizzazione medio regionale di 2,45 per 1.000 residenti ed una degenza media di 20,7 giorni per i ricoveri ordinari e di 13,4 giorni per i ricoveri in day hospital. Il 90% dei ricoveri in codice 56 sono preceduti da altro ricovero entro i 3 giorni precedenti, a dimostrazione dell'appropriatezza e unicità del percorso riabilitativo comples-

Figura 2.9

Utenti per reparto ospedaliero e residenza – Toscana, periodo 2010-2013 – Fonte: Regione Toscana



sivo. Quasi 1 utente su 5 proviene da fuori regione. Per quanto attiene l'attività riabilitativa erogata nei reparti di neuroriabilitazione (cod. 75), finalizzata alla presa in carico delle persone con esiti di gravi cerebrolesioni acquisite, nel periodo 2010-2013 il numero dei pazienti si è mantenuto sostanzialmente stabile. Importante è il numero dei pazienti extraregionali, circa il 30% nel 2013. Il periodo è stato caratterizzato da variabilità per quanto riguarda le attività nei reparti di lungodegenza (cod. 60), dove solo il 2% degli utenti proviene da fuori regione. Il percorso riabilitativo in reparto di lungodegenza ha come obiettivo la stabilizzazione delle condizioni cliniche, associato al recupero di alcune abilità.

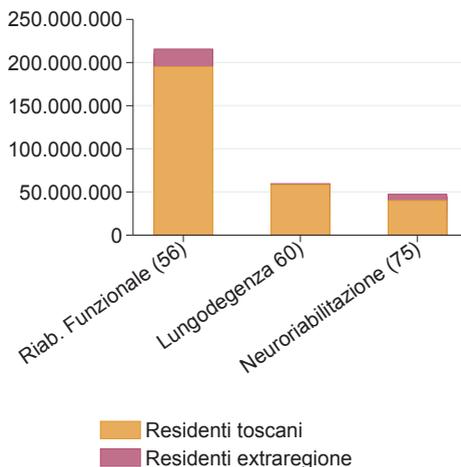
LA SPESA IN REGIME OSPEDALIERO

Nel periodo di riferimento la spesa complessiva nei reparti di riabilitazione funzionale codice 56 (**Figura 2.10**) ha avuto un calo costante, dovuto alla tendenza di utilizzare maggiormente, quan-

do possibile, i percorsi territoriali rispetto ai percorsi ospedalieri.

Figura 2.10

Spesa per reparto ospedaliero e residenza – Toscana, periodo 2010-2013 – Fonte: Regione Toscana



La spesa per le attività di riabilitazione nei reparti di lungodegenza e di neuroriabilitazione ha avuto un andamento diverso: nel codice 60 la spesa negli anni rimane stabile, mentre nel codice 75 è stato registrato un costante aumento, in particolar modo per quanto riguarda i pazienti residenti in Toscana.

Il percorso di cura e riabilitazione delle persone con lesione midollare, traumatica e non traumatica, è attuato prevalentemente nel reparto dedicato nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi (Unità spinale - codice 28). La presa in carico inizia subito dopo la fase dell'emergenza e l'Unità spinale viene contattata il più precocemente possibile. Prosegue poi con un progetto riabilitativo partecipato con la persona, tenendo conto del livello della lesione e delle condizioni cliniche generali. La finalità è il recupero della massima autonomia e indipendenza possibile, attraverso un

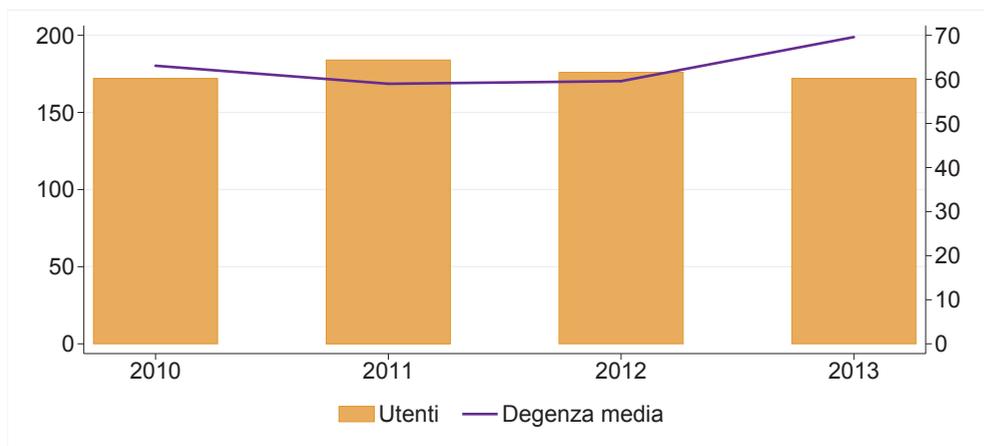
percorso riabilitativo progressivo che metta la persona in condizioni di tornare al proprio domicilio con le necessarie competenze.

La programmazione regionale ha assegnato all'Unità spinale una dotazione di 50 posti letto. Il numero dei pazienti trattati in ricovero ordinario presso l'U-

nità spinale di Careggi nel corso degli anni ha avuto oscillazioni minime, registrando tra i 170 e i 185 pazienti all'anno. Anche la durata media della degenza si è mantenuta pressoché stabile, con un minimo di 59 giorni nel 2011 e un massimo di 70 giornate medie nel 2013 (Figura 2.11).

Figura 2.11

Utenti e degenza media nei reparti di unità spinale dell'AOU di Careggi – Toscana, periodo 2010-2013 – Fonte: Regione Toscana



GLI INTERVENTI RIABILITATIVI IN AMBITO TERRITORIALE

La rete di strutture e presidi di riabilitazione extraospedaliera presente in Toscana, organizzata a livello di Area vasta, garantisce il raccordo tra ospedale e territorio; tali strutture prendono in carico soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime continuativo, diurno ed ambulatoriale ed operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali, sia nella fase subacuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio. Tali strutture assicurano

anche gli interventi di tipo estensivo, a conclusione di un progetto riabilitativo, per facilitare l'adattamento della persona disabile al proprio ambiente di vita.

Nell'ambito della riabilitazione extraospedaliera è importante il ruolo del privato no profit, che gestisce direttamente una buona parte delle strutture dedicate presenti in Toscana e che svolge funzioni complementari al settore pubblico.

La tipologia delle prestazioni erogate si diversifica nei vari regimi: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, ulteriormente suddivisi a seconda della "intensità" e "complessità" della prestazione riabilitativa. Presso la stessa struttura possono essere erogate prestazioni secondo diversi regimi;

quest'ultima eventualità è più frequente nelle strutture private.

Dal 2010 il numero di prestazioni di riabilitazione extraospedaliera si è mantenuto sostanzialmente stabile, con una leggera flessione delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale, dovuta a un maggiore utilizzo delle prestazioni ambulatoriali inserite nei percorsi clinici specialistici non correlati a patologie complesse.

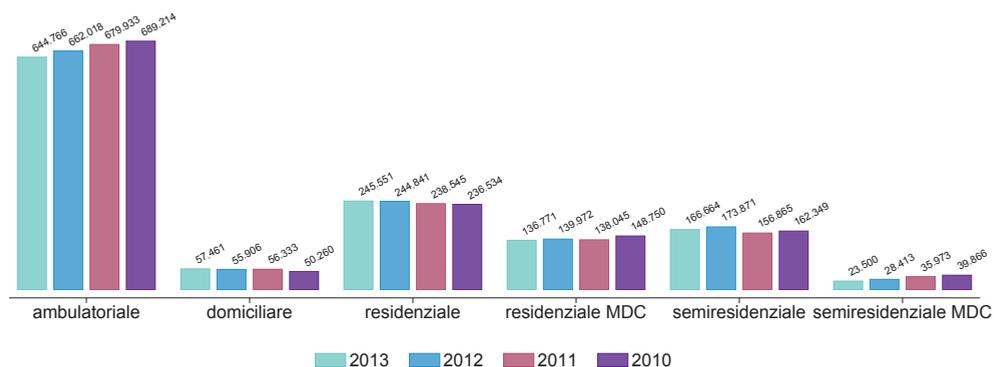
Un lieve decremento si registra anche per gli interventi in regime residenziale e semiresidenziale erogati da strutture remunerate per categorie diagnostiche principali (*Major Diagnostic Categories, MDC*) (**Figura 2.12**).

I regimi residenziale e semiresidenziale remunerati ad MDC sono utilizzati principalmente per lo svolgimento di attività riabilitativa intensiva in fase post-acuta, ovvero in percorsi dove la componente riabilitativa è prevalente sulla componente assistenziale.

È da sottolineare che le prestazioni ambulatoriali, quelle residenziali e semiresidenziali remunerate ad MDC sono state erogate principalmente a cittadini anziani (oltre i 65 anni) e a minori, a conferma dell'importanza attribuita alla prevenzione della disabilità e della necessità di interventi sulla popolazione della terza età per mantenere un più alto grado di abilità e autosufficienza.

Figura 2.12

Prestazioni per regime di erogazione e anno – Toscana, periodo 2010-2013 – Fonte: Regione Toscana



Nel 2013 la maggior parte delle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera nei regimi residenziale e semiresidenziale (88,5%) sono state erogate dalle strutture private, mentre le prestazioni erogate nei regimi ambulatoriale e domiciliare sono prevalentemente (85%) erogate dalle strutture pubbliche (**Figura 2.13**).

LA SPESA NEI SERVIZI TERRITORIALI

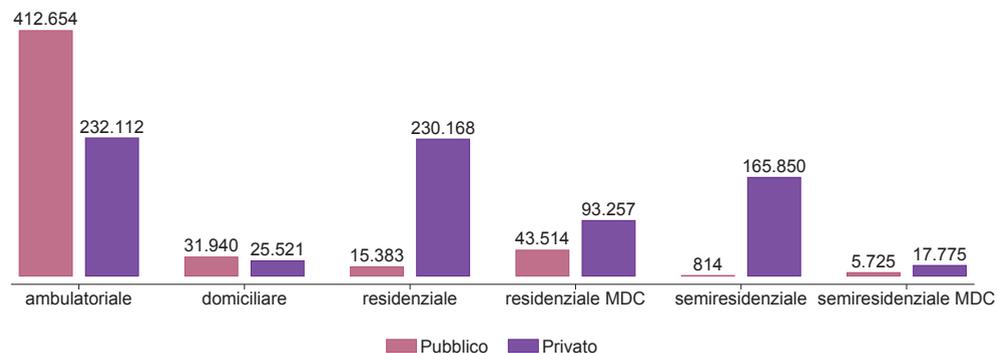
I costi sostenuti dal Sistema sanitario toscano per le prestazioni riabilitative ex-

traospedaliere sono suddivisi in 4 grandi gruppi di spesa, in base al tipo di prestazione: spesa attribuibile alle prestazioni ambulatoriali, alle prestazioni residenziali intensive remunerate ad MDC, alle prestazioni residenziali estensive, alle prestazioni semiresidenziali e domiciliari.

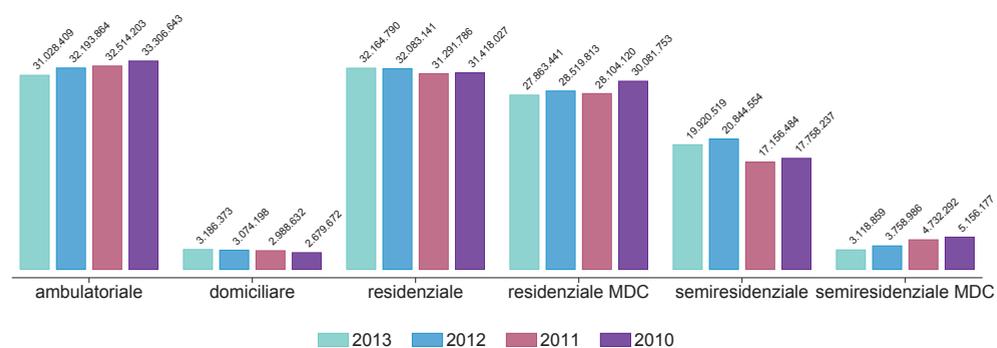
Il trend complessivo della spesa è sostanzialmente stabile (**Figura 2.14**), a parte una leggera ma costante flessione relativa agli interventi ambulatoriali, attribuibile alle cause sopra esposte.

Figura 2.13

Prestazioni per regime di erogazione e tipologia del presidio erogatore – Toscana, anno 2013
 – Fonte: Regione Toscana

**Figura 2.14**

Spesa per regime di erogazione e anno – Toscana, periodo 2010-2013 –Fonte: Regione Toscana



ASSISTENZA TERMALILE

La Toscana è una regione ricca di aree termali, seconda solo al Veneto e alla Campania¹. Le terme costituiscono da sempre una risorsa per l'intero territorio regionale e le acque tipiche di queste zone sono state utilizzate fin dall'antichità dalle popolazioni locali per scopi terapeutici e sanitari.

Nel 2014 l'OMS riconosce il ruolo delle terapie termali e le inserisce tra le strategie della medicina tradizionale e complementare per gli anni 2014-2023.

Il riconoscimento è arrivato al termine dello studio internazionale Hydroglobe, realizzato dalla Fondazione per la ricerca scientifica termale (FoRST) e dalla World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy (FEMTEC), che ha verificato strategie, diffusione ed efficacia delle cure termali in oltre 2.700 strutture termali dislocate in 10 nazioni diverse. I risultati della ricerca, con l'Italia seconda per il numero di stabilimenti coinvolti, hanno accertato la validità scientifica di questi trattamenti, mettendo in luce però la necessità di stabilire degli standard internazionali condivisi.

L'ACCESSO ALLE CURE

L'accesso alle prestazioni termali è garantito a tutti i cittadini che soffrono di quelle patologie identificate dal Ministero della salute come appropriate per il trattamento. Per fruire delle cure non è comunque necessaria una prescrizione medica specialistica, né preventiva autorizzazione amministrativa, ma è sufficiente una certificazione del medico di medicina generale. Per l'accesso alle cure termali è previsto il pagamento di un ticket fissato dalle disposizioni nazionali. Salvi i casi dei soggetti che abbiano particolari esenzioni, la quota (ticket) a carico dell'assistito per un intero ciclo di cura della durata di 12 giorni sarà, in

base alla situazione personale, di euro 3,10 oppure euro 50,00.

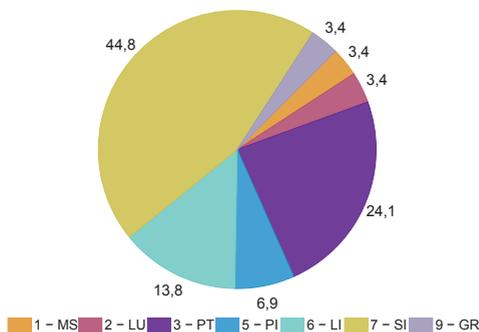
Ogni cittadino può fruire annualmente di un solo ciclo di prestazioni, mentre particolari regimi sono previsti per gli utenti avviati alle cure dall'INPS e dall'INAIL.

UBICAZIONE DELLE STRUTTURE TERMALI CONVENZIONATE

Nel 2013, in Toscana sono presenti 30 aziende termali, che gestiscono circa 40 stabilimenti autorizzati dalla Giunta regionale ad erogare prestazioni idrotermali: tra questi, 29 stabilimenti hanno instaurato rapporti con il Sistema sanitario regionale, tramite le AUSL territorialmente competenti. Lo scopo è quello di erogare prestazioni definite con accordo sottoscritto a livello nazionale tra Regioni, Ministero della salute e associazioni termali.

Le AUSL toscane a maggiore vocazione termale, per la presenza nel proprio territorio di un maggior numero di stabilimenti, sono l'AUSL 3 di Pistoia e l'AUSL 7 di Siena, come evidenziato nella **Figura 2.15**, che riporta la distribuzione percentuale del numero di stabilimenti che hanno erogato prestazioni termali in convenzione per l'anno 2013.

Figura 2.15
Distribuzione territoriale degli stabilimenti termali convenzionati per AUSL di ubicazione – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su SPT

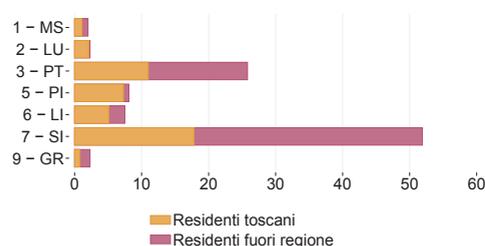


Di conseguenza, nelle AUSL di Siena e di Pistoia si rileva storicamente una maggiore presenza di utenti, sia toscani che provenienti da altre regioni, con un maggior numero di prestazioni erogate e più elevati livelli di spesa.

La **Figura 2.16** mostra come il 52% degli utenti che hanno fatto ricorso nel 2013 alle cure termali in Toscana si è rivolto alle strutture termali dell'AUSL di Siena, a cui si rivolge anche la maggioranza dei cittadini non toscani.

Figura 2.16

Percentuale delle prestazioni termali degli utenti per AUSL erogatrice e residenza – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su SPT



UTENZA, PRESTAZIONI E COSTI

Nel 2013 gli utenti che hanno fruito di prestazioni termali convenzionate con il SST presso stabilimenti toscani sono stati quasi 60mila, con un consumo di circa 1 milione di prestazioni erogate. La spesa a carico del servizio sanitario è stata di circa 7,8 milioni di euro, mentre il ticket pagato dai cittadini è stato di circa 1,3 milioni.

Secondo Federterme, la Toscana si posiziona nel 2013 al 5° posto in Italia per fatturato delle aziende termali proveniente dalle quote a carico del SSN e dai ticket a carico dei cittadini².

CONSIDERAZIONI SULL'UTENZA

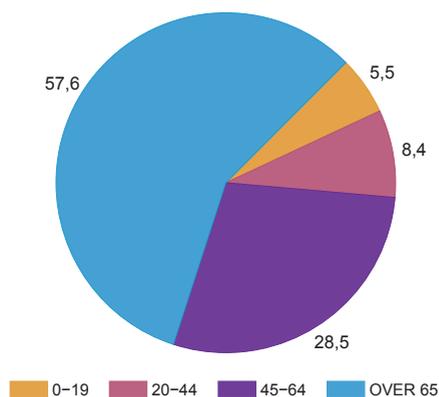
Nel triennio 2011-2013 gli utenti che hanno fruito di prestazioni termali pres-

so stabilimenti toscani con oneri a carico del SSN sono toscani per circa il 42% e per il 58% provengono da altre regioni italiane. Hanno un'età media intorno ai 63 anni, ma quelli toscani sono mediamente 10 anni più giovani (57 anni) di quelli provenienti da altre regioni (67 anni). Si può ipotizzare che questa differenza sia dovuta al fatto che sia più facilmente realizzabile per un utente non più in età lavorativa eseguire un ciclo di terapia di 10-12 sedute lontano dalla propria residenza.

Nella **Figura 2.17** viene mostrata la distribuzione degli utenti per macro classi di età, ovunque residenti.

Figura 2.17

Percentuale delle prestazioni termali degli utenti per classi di età – Toscana, periodo 2011-2013 – Fonte: ARS su SPT



I MOTIVI DELL'USO DELLE TERAPIE TERMALI

Come atteso, le patologie per le quali sono prescritte più spesso le prestazioni termali sono quelle croniche. Distribuendo gli utenti delle prestazioni erogate negli anni 2011-2013 per codice ICD9 e raggruppandoli per macro gruppi di patologie secondo l'apparato interessato, le patologie più ricorrenti sono quelle respiratorie (45%), seguite dalle affezioni artrosiche (28%) e da

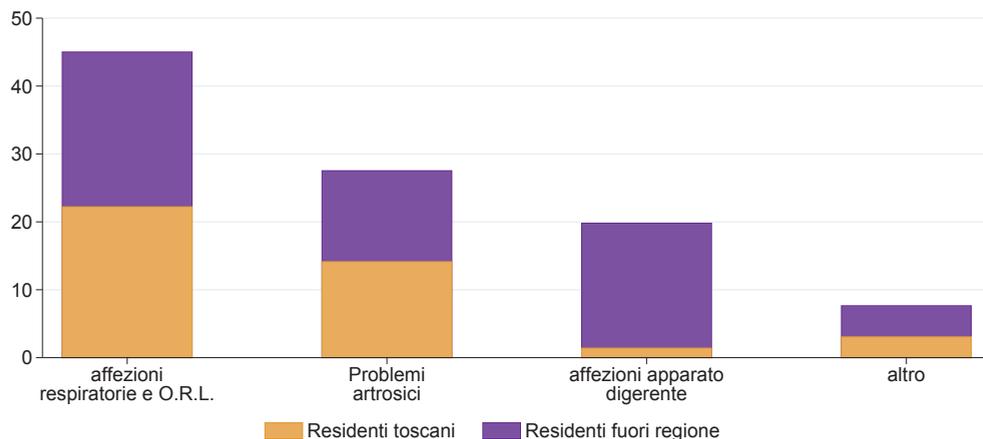
quelle a carico dell'apparato digerente (20%) (Figura 2.18).

Risulta più marginale l'uso dei trattamenti termali per malattie dermatolo-

giche e ginecologiche. Gli utenti provenienti da altre regioni si rivolgono alle strutture termali toscane più spesso per problemi dell'apparato digerente.

Figura 2.18

Percentuale delle prestazioni termali degli utenti per patologia e residenza – Toscana, periodo 2011-2013 – Fonte: ARS su SPT



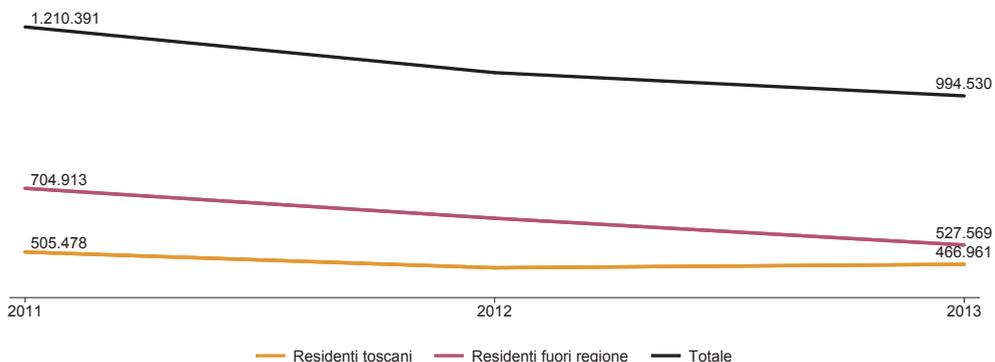
TASSO DI UTILIZZO E TREND TEMPORALE

La media regionale relativa al numero di utenti toscani che nel 2013 hanno fruito di prestazioni termali è di circa 7 utenti ogni 1.000 residenti, senza una rilevante differenza tra uomini e donne. Alcuni scostamenti verso l'alto da tale media si rilevano in quelle AUSL in cui

gli stabilimenti termali sono più numerosi, con un picco nell'AUSL 7 di Siena, che ha avuto un tasso di 25 utenti per 1.000 residenti. Nei tre anni analizzati, 2011-2013, le prestazioni erogate per cure termali sono diminuite del 18%. La riduzione è più evidente per le prestazioni a carico degli utenti provenienti da altre regioni (Figura 2.19).

Figura 2.19

Prestazioni termali in convenzione per residenza – Toscana, anni 2011-2013 – Fonte: ARS su SPT



In Toscana, come nel resto del territorio nazionale, la crisi economica ha portato una parte della popolazione a spendere meno, sia frequentando di meno i centri benessere e le terme, sia

riducendo la permanenza. L'andamento del 2012, rispetto all'anno antecedente, non ha precedenti così negativi nell'evoluzione termale dell'ultimo quarto di secolo³.

NOTE

- 1 *Ministero della salute (2014). Attività gestionali ed economiche delle AUSL e Aziende ospedaliere, anno 2011, pag. 39.*
- 2 *Dati forniti da Federterme sulla base delle dichiarazioni fornite dalle aziende termali.*
- 3 *Regione Toscana, Osservatorio regionale del turismo in Toscana, Unioncamere Toscana (2012). Sistema Informativo delle Terme Toscana, XX Edizione. Termalismo e turismo nel 2012. Le prospettive 2013, pagg. 11,12.*

ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

La sedentarietà, o comunque la riduzione dell'attività fisica, è un problema rilevante di sanità pubblica nelle persone adulte e negli anziani fragili. In molte malattie croniche il processo disabilitante è aggravato dalla sedentarietà, che causa nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità. Nel tentativo di rompere questo circolo vizioso attraverso la pratica di attività fisica regolare e continuata nel tempo, la Regione Toscana ha promosso i percorsi di attività fisica adattata (AFA).

Per AFA si intendono programmi non sanitari di esercizi, svolti in gruppo, appositamente predisposti per cittadini con patologie croniche, finalizzati a modificare lo stile di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità.

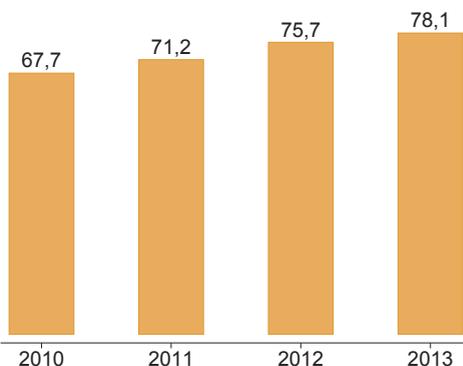
Per favorire la diffusione capillare dei programmi AFA sul territorio la Giunta regionale, con delibera 459/2009, ha approvato il documento di indirizzo. La novità più importante è la possibilità di avere sul territorio una molteplicità di erogatori, sia profit che no-profit, che garantiscono la sicurezza del percorso e l'adesione dei propri istruttori ai programmi di esercizio concordati, orientati sul grado di disabilità e non sulla malattia. Il ruolo di coordinamento e controllo rispetto alla sicurezza e alla qualità dei corsi è affidato alla AUSL di riferimento.

Al 31.12.2013 i programmi AFA sono stati attivati nel 78,1% dei comuni toscani, dato che è progressivamente aumentato nel corso degli anni (**Figura 2.20**).

Al 31.12.2013 risultano attivati 1.516 corsi per bassa disabilità, disegnati per le sindromi croniche che non limitano le capacità motorie di base o della cura di sé, come il mal di schiena, le sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di

Figura 2.20

Percentuale di comuni toscani in cui sono stati attivati programmi AFA – Toscana, periodo 2010-2013 – Fonte: monitoraggio Regione Toscana



fratture da fragilità ossea ed osteoporosi, coinvolgendo un totale stimato di circa 25mila partecipanti; 154 sono invece i corsi attivati per alta disabilità, disegnati per le sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata come Parkinson, ictus cerebrale, sindromi spastiche, per un numero stimato di circa 1.700 partecipanti in tutta la Toscana.

Alla fine del 2013, gli erogatori coinvolti in Toscana risultano essere 425, di cui 232 no-profit e 195 profit.

Il costo molto contenuto è un altro punto di forza dell'AFA: per una lezione ogni partecipante spende solamente 2,5 euro circa, fattore che rende più appetibile il corso e ne permette una più ampia diffusione.

L'accesso ai corsi avviene su indicazione del medico di medicina generale, in base alla conoscenza che ha del proprio assistito, o su indicazione dei medici specialisti e delle equipe di riabilitazione. Il fatto di passare all'AFA, al termine di un percorso di riabilitazione sanitaria, è vissuto da molti pazienti con un senso di sollievo, come un'ulteriore possibilità di cambiamento verso una migliore qualità

di vita e di mantenimento della propria autonomia, nonché come un importante momento di socializzazione, con ricadute benefiche sul tono dell'umore e sulle relazioni sociali e familiari. La validità dei programmi di attività fisica adattata è stata confermata dall'inserimento dell'AFA nelle indicazioni contenute nel Piano nazionale di indirizzo per la riabilitazione del 2011.

La diffusione dei corsi AFA viene monitorata e valutata attraverso il calcolo

di 2 indicatori che misurano rispettivamente la diffusione dei programmi per la bassa disabilità per mille residenti di età uguale o superiore ai 65 anni (obiettivo 2013: 1,7) (**Figura 2.21**) e per l'alta disabilità per 15mila residenti di età uguale o superiore ai 65 anni (obiettivo 2013: 2) (**Figura 2.22**). L'ampia diffusione nei territori si rispecchia nel valore medio regionale, che risulta in linea con gli obiettivi fissati nel sistema di valutazione della performance della sanità toscana.

Figura 2.21

Diffusione dei programmi AFA per la bassa disabilità – Obiettivo 2013: almeno 1,7 corsi per 1.000 residenti > 65 anni – Toscana, anni 2010-2013 – Fonte: monitoraggio Regione Toscana

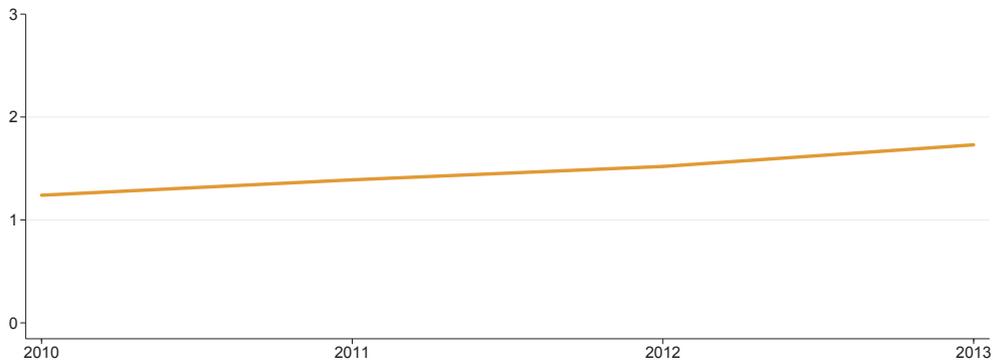
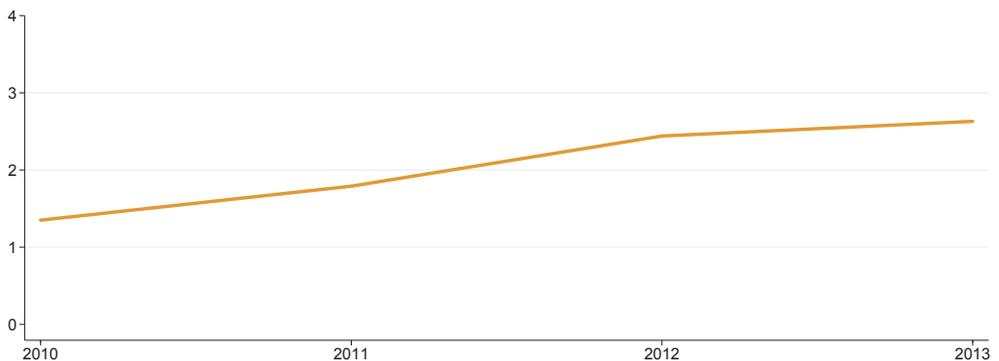


Figura 2.22

Diffusione dei programmi AFA per la alta disabilità – Obiettivo 2013: almeno 2 corsi per 15.000 residenti > 65 anni – Toscana, anni 2010-2013 – Fonte: monitoraggio Regione Toscana



FARMACEUTICA

In questo paragrafo viene esaminato l'uso dei farmaci in Toscana sia in termini di spesa che di consumi, con riferimento ai soli consumi territoriali. Il Sistema sanitario nazionale garantisce farmaci impiegati per patologie gravi, croniche e acute; inoltre la Regione Toscana garantisce, grazie a propri atti, l'erogazione gratuita di ulteriori farmaci, in particolare per la terapia del dolore e per la terapia farmacologica delle malattie rare. I farmaci sono erogati tramite le farmacie convenzionate con il Sistema sanitario toscano o attraverso farmacie direttamente gestite dalle aziende sanitarie.

I farmaci sono classificati, ai fini della rimborsabilità, in:

- classe A: farmaci ad uso prevalentemente territoriale e a carico del servizio sanitario, in alcuni casi è prevista la corresponsione del ticket;
- classe A con nota: farmaci a carico del SSN solo per pazienti affetti da determinate patologie;
- classe C: farmaci a totale carico degli utenti, escluso gli invalidi di guerra e vittime di terrorismo per i quali sono a carico del SSN;
- classe H: farmaci a prevalente utilizzo specialistico e a totale carico del SSN.

Per l'analisi della spesa è stata utilizzata la suddivisione tra spesa territoriale e spesa ospedaliera, così come definite ai fini della determinazione dei tetti fissati da norma nazionale; in particolare rientrano nella voce spesa territoriale la spesa per farmaci erogati in regime convenzionale e per farmaci di sola classe A erogati direttamente. Invece i farmaci classificati in classe H concorrono, insieme ai farmaci somministrati in regime di

ricovero o ambulatorialmente alla determinazione della spesa ospedaliera.

Nelle analisi riportate nel presente capitolo sono stati utilizzati, per i consumi regionali, i seguenti flussi informativi: Scheda prestazioni farmaceutiche (SPF) per i farmaci erogati in regime convenzionale e Farmaci erogati direttamente (FED) per i farmaci in distribuzione diretta e distribuzione per conto. Per i dati relativi alle regioni italiane sono state riprese diverse fonti: le analisi riportate nei rapporti annuali OsMed dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, il progetto SFERA e, per quanto riguarda la spesa nel periodo 1995-1999, il riepilogo delle distinte contabili inviate dalle regioni al Ministero della salute.

ANALISI DELLA SPESA

Nell'anno 2013 la spesa territoriale è stata pari a 719 milioni di euro, di cui 493 milioni per farmaci erogati in regime convenzionale e 234 in distribuzione diretta o in distribuzione per conto. La spesa territoriale negli ultimi anni ha registrato una forte contrazione, determinata sia dalla diminuzione dei prezzi dei farmaci che da un'attenta politica orientata all'uso appropriato di questa importante risorsa. In Toscana queste politiche si sono concretizzate in indirizzi che individuano obiettivi annuali di consumo su alcune specifiche categorie di farmaci: l'atto più recente in materia è la delibera di Giunta regionale n. 644 del 2014 che fissa gli obiettivi per l'anno in corso.

Analizzando la composizione interna della spesa si osserva una maggiore contrazione della spesa convenzionata, mentre per l'erogazione diretta c'è una costante, seppur lieve, crescita negli anni, e se quest'ultima nel 2010 rappresentava il 25,8% della spesa territoriale, nel 2013 tale percentuale è salita al 32,2%. La spesa territoriale pro capite è

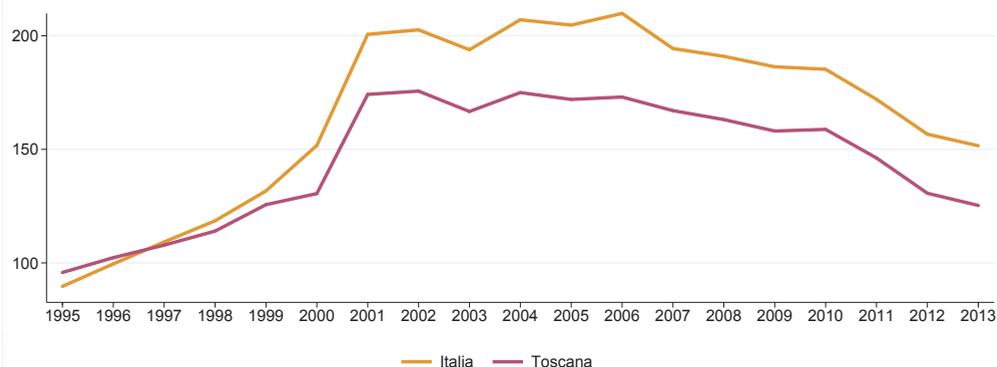
passata da 223 euro del 2010 a 194,7 euro del 2013.

Relativamente alla sola spesa convenzionata si riporta in **Figura 2.23** l'an-

damento della serie storica della spesa pro-capite in Toscana e il confronto con il valore nazionale.

Figura 2.23

Farmaceutica convenzionata: spesa pro capite – Toscana e Italia, periodo 1995-2013 – Fonti: rilevazioni regionali (anni 1995-1999), Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (anni 2000-2013)



Nella **Tabella 2.23** è riportato un quadro della spesa territoriale per AUSL di residenza dell'utente, oltre al valore assoluto è riportato il pro-capite, per il cui calcolo

è stata utilizzata la popolazione pesata. Utilizzare la popolazione pesata al posto della popolazione residente consente di standardizzare i consumi in modo più af-

Tabella 2.23

Spesa farmaceutica territoriale per AUSL di residenza – Valori assoluti e pro capite su popolazione pesata – Toscana, anno 2013

AUSL	Spesa Convenzionata	Erogazione diretta fascia A e C	Pay Back	Totale spesa territoriale	Popolazione pesata	Spesa pro-capite
1 - Massa	27.808.697	11.532.739	485.272	38.856.163	204.797	189,7
2 - Lucca	30.727.336	14.846.317	549.120	4.5024.533	223.491	201,5
3 - Pistoia	40.011.289	17.260.312	668.734	56.602.867	285.136	198,5
4 - Prato	27.960.713	16.327.591	543.908	43.744.395	229.864	190,3
5 - Pisa	43.746.222	22.608.039	872.893	65.481.368	331.184	197,7
6 - Livorno	47.095.161	23.346.653	836.998	69.604.817	355.657	195,7
7 - Siena	35.890.676	16.279.028	538.859	51.630.846	271.886	189,9
8 - Arezzo	46.662.540	20.105.575	809.402	65.958.712	338.732	194,7
9 - Grosseto	29.698.070	13.889.468	516.175	43.071.364	230.325	187,0
10 - Firenze	112.654.855	53.294.980	2.011.852	16.3937.983	828.165	198,0
11 - Empoli	28.898.166	14.228.678	525.700	42.601.143	228.210	186,7
12 - Viareggio	22.083.839	10.845.703	374.404	32.555.138	165.382	196,8
Toscana	493.237.564	23.4565.083	8.733.317	719.069.329	3.692.829	194,7

finato. I consumi farmaceutici dipendono strettamente, oltre che dalle attitudini prescrittive dei medici, dalle caratteristiche della popolazione e in particolare dalla sua struttura per sesso ed età. Per meglio confrontare i consumi osservati nelle diverse realtà aziendali, la popolazione residente nelle AUSL toscane è stata pesata, applicando i “pesi” previsti dal Piano sanitario regionale per il livello di assistenza oggetto della presente sezione¹.

Benché permanga ancora una certa quota di variabilità tra le Aziende, c'è da evidenziare che questo fenomeno si è sempre di più ridotto nel corso degli ultimi anni.

CONSUMI PER CATEGORIA

Per i dati di consumo sono state utilizzate sia le confezioni che le *Defined Daily Doses* (DDD). La DDD rappresenta la dose di mantenimento assunta

per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza, ed è stimata dall'OMS. Si tratta dunque di un'unità standard e non della dose raccomandata al singolo paziente. Malgrado questo “limite”, la DDD è l'indicatore che meglio si presta ad un confronto tra livelli geografici diversi e per l'analisi delle serie storiche, perché rende omogeneo il dato di consumo, prescindendo dalla differente forma farmaceutica, dal numero di unità posologiche per unità di prodotto e dal dosaggio, contenuti in una determinata confezione. Solitamente per standardizzare i consumi misurati in dosi si utilizza l'indicatore DDD per 1.000 abitanti al giorno (DDD abitanti die), ovvero il numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1.000 abitanti.

La **Tabella 2.24** confronta il consumo rilevato in Toscana con il valore medio nazionale. Nel confronto i farmaci sono

Tabella 2.24

Farmaceutica convenzionata – Confezioni e DDD per 1.000 abitanti al giorno – Toscana e Italia, anno 2013 – Fonte: progetto Sfera

Gruppo anatomico principale	Toscana		Italia	
	Numero confezioni	DDD per 1000 ab. Die	Numero confezioni	DDD per 1000 ab. Die
Sistema cardiovascolare	24.411.701	443	394.452.404	467
Apparato gastrointestinale	14.180.694	182	248.915.184	206
Sangue ed organi emopoietici	5.256.576	140	85.683.572	138
Sistema nervoso	7.448.384	77	91.281.349	62
Sistema genito-urinario ed ormoni	2.551.774	41	37.297.159	42
Preparati ormonali sistemici	2.725.083	40	36.538.024	34
Sistema respiratorio	2.466.553	39	43.559.254	44
Sistema muscolo-scheletrico	2.799.274	37	4.7552.727	42
Organi di senso	1.363.817	23	16.451.208	19
Anticibici generali per uso sistemico	5.930.275	22	97.199.204	23
Dermatologici	277.538	5	4.119.778	4
Farmaci antiparassitari e insetticidi	150.180	1	1.885.043	1
Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	54.427	1	5.954.672	5
Vari	121.869	0	1.463.981	0
Totale	69.738.145	1051	1.112.353.559	1.087

suddivisi in base al gruppo anatomico principale su cui il farmaco agisce: questo raggruppamento fa parte della classificazione anatomico terapeutico chimica (ATC) dei farmaci, prodotta dall'OMS.

Dalla tabella si evince che in quasi tutte le categorie i consumi toscani sono leggermente inferiori alla media nazionale, con l'eccezione dei farmaci per il sistema nervoso (gruppo N), che risultano consumati in misura maggiore dai toscani. Tale differenza è generata quasi totalmente dai farmaci antidepressivi, di cui la Toscana è il principale consumatore tra tutte le regioni italiane.

In **Tabella 2.25** sono riportate le DDD per 1.000 abitanti die consumate nelle diverse AUSL toscane². La variabilità

tra AUSL, dal 1146 di Empoli al 1274 di Firenze, non è alta. Interessante è la valutazione della proporzione delle dosi dispensate attraverso la distribuzione diretta. Complessivamente, le percentuali di farmaci dispensati tramite la distribuzione diretta e per conto risulta, rispetto ai consumi complessivi, maggiormente eterogenea tra le varie AUSL, passando dal 6,9% di Massa al 19,4% di Prato. Le altre AUSL si attestano tra l'8 e il 13%. Per quanto riguarda il consumo di farmaci generici, alla buona performance della regione contribuiscono in modo omogeneo le AUSL, con una variabilità che va dal 63,3% di Firenze al 70,3% di Empoli.

Per quanto concerne il confronto tra le singole AUSL, l'analisi riporta per brevità solo i quattro gruppi più frequenti:

Tabella 2.25

DDD per 1.000 abitanti/die per AUSL di residenza – Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS su flussi DOC

AUSL	Complessive			Solo convenzionata	
	DDD	% diretta	% generici	DDD	% generici
1 - Massa	1.214	6,9	67,6	1.130	64,9
2 - Lucca	1.265	10,1	66,9	1.137	62,2
3 - Pistoia	1.219	8,1	68,3	1.121	64,7
4 - Prato	1.244	19,4	67,0	1.003	56,0
5 - Pisa	1.159	11,1	65,8	1.031	60,9
6 - Livorno	1.187	11,6	67,9	1.049	61,6
7 - Siena	1.152	8,6	66,9	1.054	63,0
8 - Arezzo	1.222	7,5	66,7	1.130	63,2
9 - Grosseto	1.209	12,0	69,7	1.064	62,9
10 - Firenze	1.274	8,3	64,3	1.168	61,0
11 - Empoli	1.146	8,1	70,3	1.052	66,6
12 - Viareggio	1.215	12,7	67,9	1.061	60,4
Toscana	1.217	9,9	66,8	1.096	62,1

C, A, B e N (**Tabella 2.26**). In generale, l'utilizzo dei farmaci per ATC di primo livello risulta pressoché sovrapponibile in tutte le AUSL, tranne nel caso del gruppo N, che, come si è visto, presenta valori più elevati in Toscana rispetto al

dato nazionale. Alcune AUSL (Grosseto con 86 e Siena con 88) mostrano un consumo di DDD per 1.000 abitanti die sovrapponibile a quello nazionale, mentre Lucca (115), Arezzo (111) e Pistoia (110) presentano i valori maggiori.

Tabella 2.26

DDD per 1.000 abitanti/die consumate nelle diverse AUSL toscane – Toscana, anno 2013 –
 Fonte: ARS su flussi DOC

ATC	AUSL	Complessive			Solo convenzionata	
		DDD	% diretta	% generici	DDD	% generici
C	1 - Massa	512	0,6	88,9	509	88,5
	2 - Lucca	516	3,6	86,9	497	83,8
	3 - Pistoia	499	2,7	87,8	486	85,6
	4 - Prato	481	11,8	86,2	425	75,9
	5 - Pisa	451	3,0	85,3	437	82,8
	6 - Livorno	468	5,2	87,1	444	82,4
	7 - Siena	458	3,5	84,8	442	81,9
	8 - Arezzo	485	1,3	86,8	479	86,0
	9 - Grosseto	512	6,4	87,1	479	81,6
	10 - Firenze	491	2,0	86,5	481	84,9
	11 - Empoli	477	2,1	87,4	467	85,8
	12 - Viareggio	492	7,2	86,6	457	79,9
	Toscana	485	3,6	86,7	468	83,6
A	1 - Massa	222	5,9	50,8	209	49,7
	2 - Lucca	222	9,1	49,7	202	46,9
	3 - Pistoia	215	8,0	55,7	197	53,8
	4 - Prato	209	17,9	62,3	171	54,2
	5 - Pisa	216	10,4	51,0	194	47,9
	6 - Livorno	198	12,5	59,7	174	54,6
	7 - Siena	189	9,2	59,7	172	58,1
	8 - Arezzo	224	5,8	48,4	211	47,3
	9 - Grosseto	198	12,0	62,7	174	57,9
	10 - Firenze	211	7,6	58,3	195	56,4
	11 - Empoli	170	7,6	63,9	157	62,1
	12 - Viareggio	225	11,1	56,6	200	50,8
	Toscana	209	9,4	56,4	189	53,4
B	1 - Massa	153	21,4	43,7	120	36,8
	2 - Lucca	165	23,0	44,8	127	38,2
	3 - Pistoia	157	18,7	43,7	127	37,6
	4 - Prato	188	26,3	38,4	138	27,8
	5 - Pisa	139	24,0	45,1	106	39,5
	6 - Livorno	158	18,3	42,2	129	36,3
	7 - Siena	168	17,9	44,6	138	37,2
	8 - Arezzo	155	17,7	53,0	127	43,0
	9 - Grosseto	162	16,8	48,7	135	40,9
	10 - Firenze	225	15,5	31,0	190	26,5
	11 - Empoli	147	18,3	44,9	120	39,2
	12 - Viareggio	145	25,8	46,0	107	35,7
	Toscana	173	19,0	40,9	140	34,3
N	1 - Massa	105	15,1	65,2	89	53,8
	2 - Lucca	115	17,4	65,1	95	53,0
	3 - Pistoia	110	15,7	66,1	93	54,9
	4 - Prato	103	33,1	65,0	69	43,1
	5 - Pisa	97	24,2	63,3	73	48,4
	6 - Livorno	97	26,1	61,7	72	45,6
	7 - Siena	88	15,2	62,9	74	52,1
	8 - Arezzo	111	23,3	59,2	85	46,5
	9 - Grosseto	86	21,5	63,7	67	48,7
	10 - Firenze	104	20,6	64,0	83	52,1
	11 - Empoli	97	19,0	68,4	79	54,1
	12 - Viareggio	108	17,1	62,5	90	50,9
	Toscana	102	21,0	63,7	81	50,3

IL PROFILO DELL'UTENTE

Il consumo di farmaci è strettamente correlato all'età: la popolazione con più di 65 anni rappresenta circa il 24% dei toscani e ha assorbito, nell'anno 2013, il 65% dei consumi farmaceutici. Al contrario i bambini da 0 a 10 anni rappresentano il 9% della popolazione e hanno "consumato" meno dell'1% dei farmaci erogati dal SST.

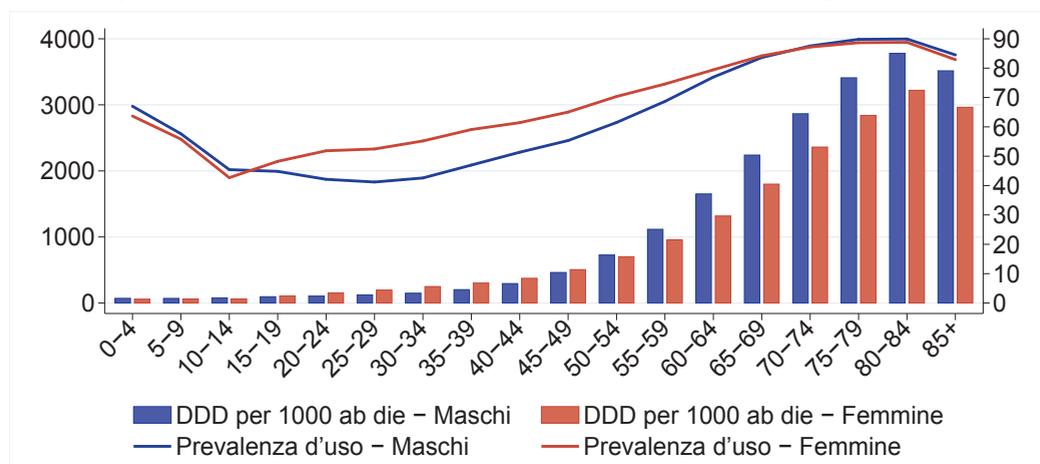
La **Figura 2.24** analizza il profilo dell'utenza che ha avuto prescrizioni di farmaci nell'anno 2013. In media circa il 75% dei residenti in Toscana ha avuto almeno una prescrizione. Tra i bambini in età 0-4 circa 80 su 100 hanno avuto prescrizioni di farmaci e sono stati trattati prevalentemente con antibiotici e antiastmatici; al crescere dell'età aumenta anche la prevalenza d'uso e quasi tutti i residenti con più di 75 anni hanno avuto

almeno un farmaco prescritto. Dai 55 anni in poi 1.000 assistiti assumono in media 1.000 dosi giornaliere, in altre parole una dose di farmaco a testa al giorno. Il trend continuo di crescita che si osserva a partire dai 30 anni si interrompe a 85, probabilmente a causa della maggiore sopravvivenza delle persone più sane.

La differenza tra maschi e femmine nella fascia 15-49 anni va nella direzione di una maggior prevalenza e un maggior consumo delle donne. La distanza è determinata prevalentemente dal consumo di farmaci per il sistema nervoso: in particolare per gli antidepressivi in questa fascia di età si registrano tra le donne consumi doppi rispetto agli uomini. Con il progredire dell'età la prevalenza d'uso tra i due sessi va a convergere, e il consumo diventa più intenso tra gli uomini.

Figura 2.24

DDD per 1.000 abitanti/die (a sinistra) e prevalenza d'uso di farmaci (a destra), per fascia d'età e genere – Toscana, anno 2013 - Fonte: ARS su dati Fed, SPF, Anagrafe assistibili



FARMACIE CONVENZIONATE CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

L'ordinamento delle farmacie, per quanto riguarda la parte relativa alla pianificazione, nel 2012 con l'entrata in

vigore del cosiddetto decreto "Monti", è stato del tutto innovato investendo i comuni di tale funzione ed introducendo un nuovo parametro demografico per determinare il numero delle farmacie in rapporto alla popolazione residente.

Il precedente criterio demografico (art. 1 Legge n. 475/1968) che prevedeva per i comuni con popolazione fino a 12.500 abitanti una farmacia ogni 5000 e per gli altri una ogni 4000 è stato sostituito da un nuovo criterio che prevede la possibilità di aprire una farmacia ogni 3300 abitanti. In tale contesto sono rimaste invariate le regole relative agli altri criteri previsti per la determinazione del numero delle farmacie:

1) criterio topografico (art. 104 Regio decreto n. 1265/1934), derogatorio rispetto al precedente, consente l'istituzione di sedi farmaceutiche in relazione a particolari condizioni topografiche e di viabilità;

2) criterio urbanistico (art. 5 comma 1 Legge n.362/1991 e art. 1 comma 2 DPR n. 275/1971) complementare ai primi due, che viene utilizzato per consentire il decentramento e la ridelimitazione dei confini delle sedi esistenti. In base alla normativa attuale, inoltre, è possibile tener conto dei flussi turistici e istituire a)

dispensari farmaceutici stagionali (art. 6 comma 2 Legge n. 362/1991, art. 1 commi 4 e 5 Legge 221/1968) e b) farmacie succursali (artt. 116 e ss del Regio decreto n. 1265/1934).

Tale rivoluzione numerica per la regione Toscana ha significato l'istituzione di nuove 131 sedi farmaceutiche che saranno assegnate nel corso dell'anno 2015 ai vincitori del concorso straordinario.

La **Tabella 2.27** riporta le farmacie (nelle quali sono ricompresi i dispensari annuali) esistenti in rapporto alla sola popolazione residente senza tener conto degli altri strumenti di pianificazione delle farmacie che intervengono per provvedere all'assistenza farmaceutica in alcuni periodi dell'anno (dispensari stagionali e farmacie succursali). Nell'ultima colonna sono indicate il numero delle farmacie che saranno assegnate con il concorso straordinario.

Tabella 2.27

Numero di farmacie e popolazione residente per singola farmacia per AUSL – Toscana, anno 2013

AUSL	Numero farmacie	Popolazione residente	Numero residenti per farmacia	Nuove sedi
1 - Massa	65	199.330	3.067	5
2 - Lucca	78	224.501	2.878	5
3 - Pistoia	79	287.445	3.639	14
4 - Prato	61	248.292	4.070	16
5 - Pisa	104	336.789	3.238	14
6 - Livorno	105	346.235	3.297	14
7 - Siena	89	267.200	3.002	8
8 - Arezzo	106	344.437	3.249	13
9 - Grosseto	78	220.982	2.833	5
10 - Firenze	238	814.690	3.423	19
11 - Empoli	58	238.873	4.119	11
12 - Viareggio	44	164.054	3.729	7
Toscana	1105	3.692.828	40.544	131

NOTE

- 1 *I pesi, riportati nella delibera di Consiglio 16 luglio 2008, n. 53 (Piano sanitario regionale 2008-2010), pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 25, parte prima, del 30 luglio 2008, sono determinati in base all'assorbimento delle risorse per classi di età. Per esempio, per i consumi di farmaci a carico dell'SST, un assistito di età 65-69 anni assorbe quanto 10 ragazzi in età 15-19. Pertanto, applicando il sistema di "pesatura" della popolazione si ottiene che un'AUSL con popolazione più anziana rispetto alla media regionale avrà una popolazione pesata numericamente superiore a quella residente, e, al contrario, un'Azienda con popolazione più giovane rispetto alla media regionale avrà una popolazione pesata numericamente inferiore a quella residente.*
- 2 *Il totale delle DDD per 1.000 abitanti die, erogate con la sola distribuzione convenzionata (penultima colonna) per tutti gli abitanti della Toscana, dovrebbe coincidere con il dato riportato in terzultima colonna nella Tabella 2.11.2. In realtà si osservano piccole differenze dovute al diverso sistema di pesatura della popolazione utilizzato nelle due fonti.*

MEDICINE COMPLEMENTARI

L'impegno della Regione Toscana per l'integrazione delle medicine complementari (MC) nelle politiche per la salute si inserisce in un percorso avviato da oltre 15 anni.

Le medicine complementari (agopuntura e medicina tradizionale cinese, fitoterapia, omeopatia medicina manuale), sono state inserite nei LEA regionali e stabilmente integrate nelle strutture di molte Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione. Il percorso di integrazione, rispecchiato dalla rete degli ambulatori pubblici di MC, ha richiesto un'intensa attività sul piano normativo e legislativo che, a partire dall'approvazione della l.r. 9/2007 e attraverso passaggi successivi, il 7 febbraio 2013 è culminata nell'approvazione, in sede di Conferenza Stato-Regioni, di un Accordo storico su criteri e modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio di agopuntura, fitoterapia e omeopatia (incluse omotossicologia e medicina antroposofica) da parte di medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti. A questo importante traguardo ha contribuito in maniera determinante proprio la Regione Toscana, che per due mandati successivi ha coordinato il "Gruppo tecnico interregionale sulle MC", che ha elaborato i criteri basilari di questo documento.

LA SITUAZIONE NAZIONALE E INTERNAZIONALE

Secondo il National Center for Complementary and Alternative Medicine, negli USA circa il 38% degli adulti e il 12% dei soggetti in età pediatrica fa ricorso a una forma di *Complementary and Alternative Medicines* (CAM). Gli utenti sono soprattutto donne con un buon livello di istruzione, come riportano anche le stati-

istiche europee. Queste terapie sono utilizzate per un'ampia gamma di condizioni cliniche fra cui lombalgia, dolori muscoloscheletrici, artrite, insonnia, ansia ecc.

Secondo il lavoro di M. Frass et al. (2012), circa il 32,2% delle persone sceglie di curarsi con le terapie complementari in Austria, Svizzera, Germania, Danimarca, Italia, Gran Bretagna, Canada, USA, Australia e Corea del sud, con percentuali che variano dal 5% al 74,8%.

Si stima che il fenomeno delle medicine complementari in Europa coinvolga almeno 100 milioni di cittadini, che si rivolgono ad esse anche in ambito oncologico. Studi condotti in Europa (Johannessen H et al. 2008; Moliassiotis A et al. 2005) hanno rilevato, infatti, che un malato di tumore su tre ricorre alle medicine complementari o non convenzionali, quasi sempre in associazione con i protocolli antitumorali standard.

Anche in Italia il ricorso alle MC è un fenomeno esteso e consolidato, come si evince da diverse indagini statistiche (Istat 2005, Eurispes 2012), che riferiscono una percentuale di utilizzo di agopuntura, omeopatia e fitoterapia che oscilla fra il 15 e il 20% della popolazione, a seconda del tipo di medicina complementare esaminata e della disponibilità economica dell'utenza. Uno studio della Società italiana di pediatria ha rilevato che il 23% dei pediatri in Italia usa le medicine complementari: 8 su 10 le prescrivono integrandole con i farmaci tradizionali e ritengono che queste terapie abbiano migliorato le condizioni di salute del paziente. Un'indagine Health Monitor realizzata da Compugroup Medical - *Sole 24 ore Sanità* (2011) afferma inoltre che il 52% dei medici italiani di medicina generale consiglia medicinali omeopatici ai propri pazienti.

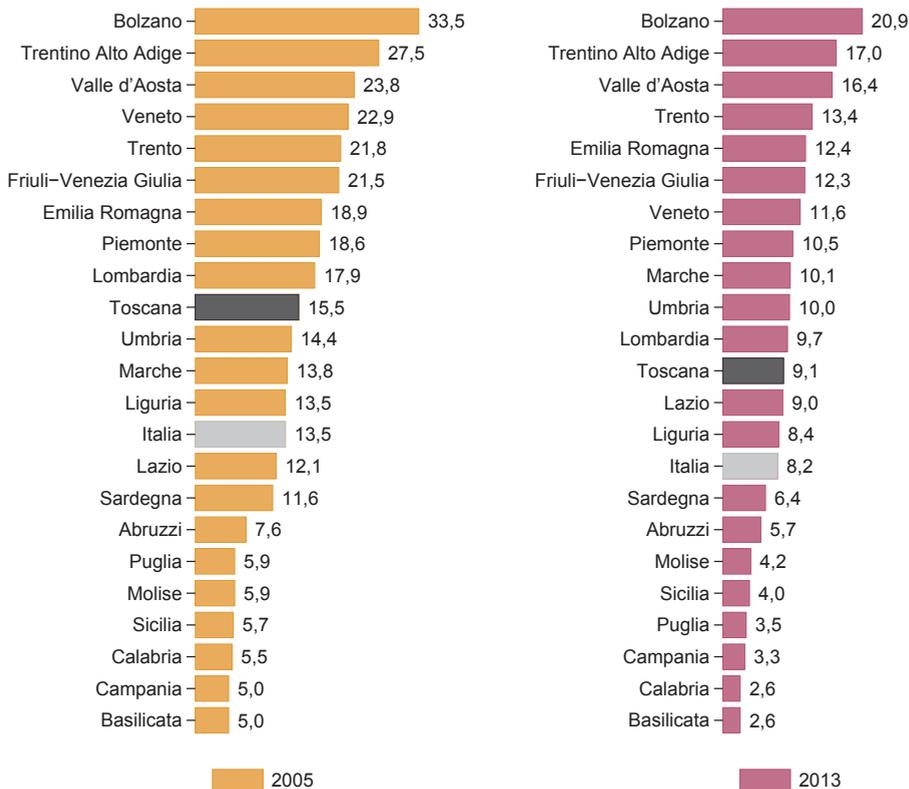
Una fotografia diversa emerge invece dal recentissimo Rapporto ISTAT "Tutela della salute e accesso alle cure"

(anno di riferimento 2013), in cui si evidenzia un calo nella diffusione delle terapie non convenzionali in Italia rispetto alla precedente indagine (2005). Secondo quest'ultima rilevazione, infatti, sono circa 4,9 milioni (8,2%) le persone che hanno scelto almeno una terapia non convenzionale (13,7% nel 2005) (**Figura 2.25**).

La più diffusa resta l'omeopatia (4,1%), seguita da osteopatia e chiropratica (3,6%), fitoterapia (1,9%) e agopuntura (1%) (vedi tabella 1). Entrando nei dettagli dello studio si evince comunque che l'aspetto della crisi economica ha influito in misura notevole su questi risultati.

Figura 2.25

Prevalenza di utilizzo delle terapie complementari nelle regioni italiane – Regioni e Italia, anni 2005 e 2013 – Fonte: ISTAT



I DATI DELLA TOSCANA

Secondo l'indagine dell'Agenzia regionale di sanità (2009) su un campione di 1.523 toscani adulti, il 13,4% ha utilizzato almeno una di queste medicine (3,6% agopuntura, 1,8% fitoterapia, 7,9% omeopatia); l'omeopatia è ampiamente usata in età pediatrica (quasi un quarto degli intervistati) e il gradimento

per le cure ricevute è alto per tutti gli utilizzatori di MC (79% per omeopatia, 68% per fitoterapia e 67% per agopuntura); infine circa la metà degli utilizzatori si rivolge a strutture pubbliche o convenzionate e il 57% informa il proprio medico.

Con riferimento alla citata indagine ISTAT 2013, pur nel calo generale, si rileva che in Toscana le percentuali di uti-

lizzo delle MC sono comunque superiori alla media nazionale: 9,1% per le MC in generale (contro una media nazionale dell'8,2%), in particolare per l'omeopatia (4,8%) ma anche per fitoterapia (2,3%)

e agopuntura (1,4%) (**Tabella 2.28**). Ciò conferma che la presenza di ambulatori di MC in ambito pubblico, con visite a costi più accessibili, non esclude da queste terapie i cittadini più svantaggiati.

Tabella 2.28

Medicine complementari per tipo di terapia – Regioni e Italia, anno 2013 (anno 2005) – Fonte: ISTAT

REGIONI	Agopuntura	Omeopatia	Fitoterapia	Trattamenti manuali
Piemonte	1,5 (2,5)	5,8 (11)	2,4 (5,2)	4,6 (8,4)
Valle d'Aosta	3,9 (4,7)	8,4 (14,6)	2,9 (7,5)	7,6 (11,1)
Liguria	1,4 (2,2)	4,8 (8,1)	1,9 (3,3)	3,0 (5,0)
Lombardia	0,9 (2,2)	4,7 (9,9)	1,9 (4,6)	4,7 (8,6)
Trentino-Alto Adige	2,1 (3,1)	12,1 (17,4)	4,0 (10,2)	5,6 (10,4)
Bolzano	2,9 (3,5)	16,3 (21,9)	4,2 (12,2)	6,0 (13,5)
Trento	1,2 (2,7)	8,1 (13,1)	3,8 (8,3)	5,1 (7,5)
Veneto	1,2 (2,4)	6,0 (11,9)	2,9 (7,5)	4,9 (11,6)
Friuli-Venezia Giulia	1,5 (2,3)	7,0 (11,1)	3,3 (6,1)	5,6 (11,2)
Emilia Romagna	1,6 (2,7)	7,1 (9,2)	2,9 (5,0)	5,2 (9,1)
Toscana	1,4 (2,4)	4,8 (7,5)	2,3 (4,3)	3,6 (7,3)
Umbria	1,0 (2,0)	5,7 (7,3)	1,7 (3,2)	3,9 (6,8)
Marche	0,8 (1,7)	4,1 (6,1)	2,6 (3,2)	5,4 (7,3)
Lazio	1,2 (1,8)	5,4 (6,3)	2,3 (3,3)	3,3 (5,2)
Abruzzi	0,8 (1,5)	2,0 (2,7)	1,9 (1,7)	2,9 (4,5)
Molise	0,2 (1,4)	2,3 (1,9)	0,9 (0,9)	1,9 (3,1)
Campania	0,6 (1,0)	1,2 (2,0)	0,9 (1,3)	1,5 (2,2)
Puglia	0,4 (0,8)	0,9 (2,1)	1,0 (1,4)	1,9 (3,2)
Basilicata	0,7 (1,4)	0,7 (2,0)	0,6 (1,4)	1,0 (2,1)
Calabria	0,4 (1,2)	0,6 (1,8)	0,6 (1,1)	1,6 (3,1)
Sicilia	0,4 (0,8)	1,6 (2,4)	1,2 (1,6)	1,7 (2,7)
Sardegna	0,9 (1,7)	3,7 (6,2)	1,5 (3,5)	1,9 (4,7)
Italia	1,0 (1,8)	4,2 (7,0)	1,9 (3,7)	3,5 (6,4)

LE ATTIVITÀ NELL'SST

Secondo l'ultimo censimento condotto dalla Rete toscana di medicina integrata (aprile 2014) sono 97 le attività di medicina complementare o non convenzionale presenti sul territorio regionale nelle Aziende sanitarie toscane, suddivise per tipologia come segue:

- 49 agopuntura e medicina tradizionale cinese
- 22 omeopatia
- 12 fitoterapia
- 7 medicina manuale
- 7 varie

Vengono poi rilevate annualmente le prestazioni di MC effettuate dalle AUSL e AOU toscane e registrate nell'ambi-

to dei flussi prestazioni ambulatoriali (SPA). Per quanto riguarda gli ultimi anni di rilevazione disponibili (2012 e 2013), sono state erogate nelle AUSL e AOU regionali 27.884 prestazioni di medicina complementare nel 2012 (7.900 utenti) e 26.086 (7.884 utenti) nel 2013. I dati

nel dettaglio sono illustrati dalla **Tabella 2.29** per quanto riguarda la distribuzione nelle singole Aziende, e dalla **Tabella 2.30** per quanto riguarda invece la tipologia delle prestazioni.

Affiancano queste attività “dedicate” alle MC diverse esperienze di integra-

Tabella 2.29

Utenti e prestazioni di medicina complementare – AUSL e Toscana, anni 2012 e 2013 – Fonte: ARS su SPA

AUSL	2012		2013	
	numero utenti	numero prestazioni	numero utenti	numero prestazioni
1 - Massa	24	93	38	144
2 - Lucca	968	1.988	1.044	2.218
3 - Pistoia	226	612	171	495
4 - Prato	204	1365	227	1.357
5 - Pisa	451	947	536	955
6 - Livorno	103	163	85	132
7 - Siena	329	1.368	98	424
8 - Arezzo	47	233	41	249
9 - Grosseto	1.334	5.445	1.490	6.168
10 - Firenze	1.516	10.136	1.463	8.521
11 - Empoli	115	985	114	982
12 - Viareggio	199	291	190	299
A.O. Pisana	93	388	91	401
A.O. Senese	1.786	2.328	1.711	2.143
A.O. Careggi	431	1.362	442	1.287
A.O. Meyer	74	180	133	301
Totale	7.900	27.884	7.874	26.076

zione delle MC nelle “normali” attività aziendali, come ad esempio l’uso della medicina tradizionale cinese nella promozione del parto fisiologico. Nei punti nascita di diversi ospedali toscani - come il centro nascita Margherita della AOU di Careggi, l’ospedale Lotti di Pontedera, il “Misericordia e Dolce” di Prato e quello dell’ospedale di Nottola AUSL 7 di Siena - ostetriche e agopuntori usano la medicina tradizionale cinese (MTC) per accelerare il parto e ridurre il dolore in maniera fisiologica. Le linee guida

in questa materia sono state di recente approvate dal Consiglio sanitario regionale.

Occorre ricordare le significative iniziative realizzate nel campo della formazione, ad esempio i corsi sulle MC rivolti ai medici specialisti ambulatoriali della Regione Toscana e quelli su dolore e MTC rivolti agli infermieri, quest’ultimi organizzati dall’Azienda sanitaria di Firenze.

Infine, ma non meno importanti, si segnalano le attività di ricerca a valen-

Tabella 2.30*Prestazioni di medicina complementare – Toscana, anni 2012 e 2013 – Fonte: ARS su SPA*

Prestazioni	2012	2013
agopuntura con moxa revulsivante	921	169
agopuntura per anestesia incluso: elettroagopuntura	3.245	2.176
altra agopuntura	2.873	854
Manipolazione di Medicina Manuale un distretto	1	0
Visita di medicina complementare: agopuntura	1.795	1.954
Visita di medicina complementare: fitoterapia	189	270
Visita di medicina complementare: omeopatia	3.036	3.150
Visita di medicina complementare: medicina manuale	156	107
Manipolazione di Medicina Manuale di due o più distretti	401	652
Tuina pediatrico	140	75
Disseffuazione dal fumo (tariffa per 4 sedute)	44	22
Visita Specialistica per agopuntura, fitoterapia, omeopatia, medicina manuale	274	155
Totale	27.884	26.076

za internazionale condotte dai Centri di riferimento regionale e dalla Rete toscana di medicina integrata, in particolare nell'ambito dell'oncologia integrata. In particolare la partecipazione alla Joint Action europea EPAAC (European Partnership in Action Against Cancer), con un report sulle evidenze delle MC in oncologia e un'indagine statistica sulle strutture che in Europa erogano ai pazienti anche le medicine complementari, e la collaborazione attivata in questa materia con l'Istituto to-

scano tumori.

Lo sviluppo in termini quantitativi delle attività ambulatoriali e di ricerca, i risultati conseguiti sul piano legislativo, con l'accordo siglato in sede di Conferenza Stato-Regioni, la costante richiesta di queste terapie da parte dei cittadini, incoraggiano a proseguire sul percorso avviato per un consolidamento sempre maggiore delle medicine complementari nel sistema sanitario pubblico della Regione Toscana.

ASSISTENZA ALL'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

L'invecchiamento della popolazione toscana si accompagna inesorabilmente all'aumento di malattie croniche e della non autosufficienza. Per far fronte a questo scenario, la Regione Toscana si è dotata nel 2008 di un fondo regionale dedicato all'assistenza dei non autosufficienti (l.r. 66/2008), avviando contestualmente il progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente". Il progetto articola la presa in carico in quattro fasi, comuni a tutto il territorio regionale:

1. segnalazione ai servizi del bisogno da parte dell'utente o della famiglia dello stesso;
2. visita multidimensionale che valuta problematiche sanitarie e sociali;
3. predisposizione di un piano di assistenza personalizzato (PAP);
4. erogazione del PAP.

L'assistenza consiste in prestazioni e servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria, che coinvolgono operatori comunali e delle AUSL, la cui gestione compete alle Società della salute. Gli anziani potenziali utenti di questi servizi nel 2013 erano circa 72mila (stima ARS).

A partire dal 2010 è stato attivato un flusso informativo ad hoc, tuttora in fase di consolidamento. È possibile pertanto che la quantità di prestazioni erogate nel corso del 2013 sia sottostimata.

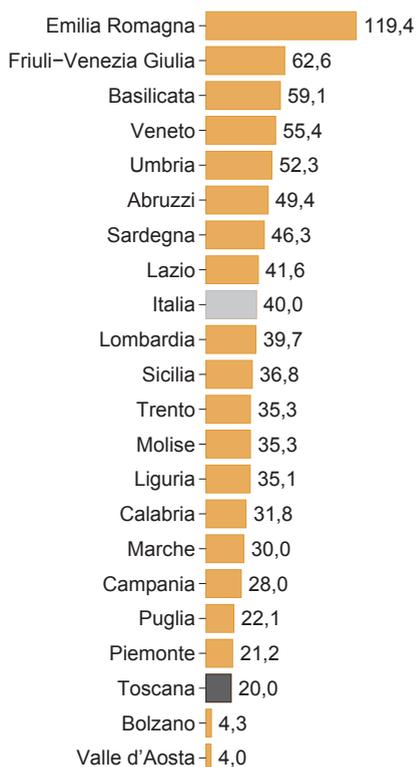
L'assistenza territoriale può essere di tipo domiciliare (AD), semiresidenziale (centri diurni e centri diurni Alzheimer) o residenziale (Residenze sanitarie assistenziali - RSA).

L'AD prevede l'accesso di operatori sanitari e sociali al domicilio dell'anziano, per lo svolgimento di prestazioni assistenziali previste dal piano di presa

in carico. Nel 2012, secondo i dati pubblicati dal Ministero della salute, in Toscana circa 20 anziani ogni 1.000 sono stati assistiti al domicilio (40 ogni 1.000 in Italia), per un totale di 17mila persone, in leggera diminuzione rispetto al 2011 (-0,3%). Secondo questi dati, la Toscana si colloca tra le regioni che, rispetto alla popolazione residente, prendono in carico meno persone in AD tramite valutazione multidimensionale, pur avendo stime della non autosufficienza molto simili alla media italiana. La mancanza di una definizione omogenea e condivisa a livello nazionale sulla tipologia di AD che deve alimentare il flusso nazionale richiede però molta cautela nell'interpretazione di questo dato.

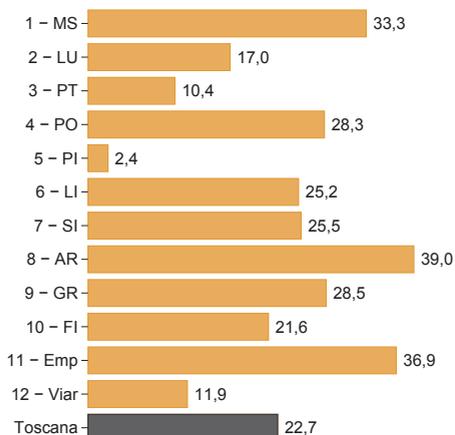
Figura 2.26

Anziani in assistenza domiciliare ogni 1.000 anziani residenti – Regioni e Italia, anno 2012 – Fonte: Ministero della salute



Osservando gli ultimi dati disponibili (**Figura 2.27**) in Toscana sull'assistenza per i casi socio-sanitari complessi relativi al 2013, risultano in assistenza domiciliare in media circa 23 casi su 1.000 anziani residenti. Arezzo ed Empoli sono le due AUSL con i valori più alti di assistiti in AD rispetto alla popolazione anziana residente. E' probabile però che alcune AUSL abbiano ancora problematiche informative che ne sottostimano la performance.

Figura 2.27
Anziani in assistenza domiciliare ogni 1.000 anziani residenti – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS

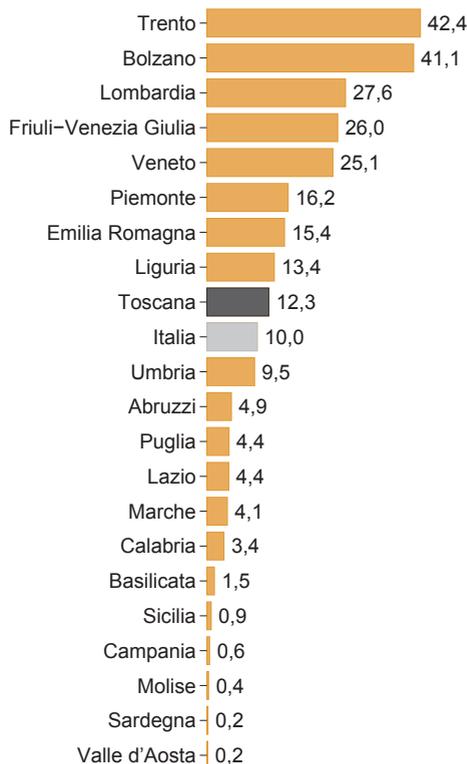


Non sono stati pubblicati dati ministeriali sull'assistenza semiresidenziale e quindi non è possibile fare un confronto interregionale sull'accesso a questa tipologia di assistenza. In Toscana circa un anziano ogni 1.000 è in preso in carico in un centro diurno.

Secondo i dati ministeriali (**Figura 2.28**), circa 12 anziani ogni 1.000 in Toscana hanno avuto un'assistenza di tipo residenziale (RSA o centri diurni) nel 2012, a seguito di una valutazione multidimensionale che ne ha certificato la non autosufficienza, per un totale di

circa 11mila persone, sostanzialmente stabile rispetto al 2011. In Italia il dato è pari a 10 ogni 1.000 anziani.

Figura 2.28
Anziani non autosufficienti in assistenza residenziale ogni 1.000 anziani residenti – Regioni e Italia, anno 2012 – Fonte: Ministero della salute

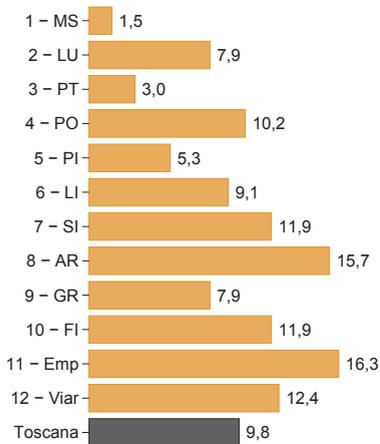


Risalendo l'Italia da sud a nord, con l'eccezione della Valle d'Aosta, aumenta la percentuale di anziani assistiti in residenza sanitaria. La Toscana si colloca tra le regioni leggermente sopra la media nazionale.

Anche in questo caso, il dato toscano rilevato dal flusso regionale per il 2013 (**Figura 2.29**), evidenzia in media 10 anziani ogni 1.000 in carico in residenziale, mostra forti differenze a livello aziendale, con probabili problemi informativi in alcune realtà.

Figura 2.29

Anziani in assistenza residenziale ogni 1.000 anziani residenti – AUSL e Toscana, anno 2013 – Fonte: ARS



In generale, quindi, la percentuale di anziani assistiti dal territorio in Toscana è stabile negli ultimi anni, come è stabile la prevalenza grezza di non autosufficienza negli ultra65enni. È difficile

però capire quanto il trend sia influenzato dal progressivo aumento della qualità del flusso informativo e dall'emersione di una quota d'assistenza prima sommersa. Alcuni valori anomali a livello aziendale, riconducibili a lacune nella rilevazione del dato, lasciano intravedere la possibilità di aumentare la percentuale di anziani in carico ai servizi territoriali.

Mentre per i dati AD è difficile un confronto con le altre regioni, a causa delle problematiche legate alla definizione di AD stessa, la percentuale di anziani in assistenza residenziale toscana sta seguendo un trend simile a quello italiano, collocandosi, come abbiamo detto, leggermente al di sopra della media nazionale.

ESITI DEL TERRITORIO

Il Programma nazionale esiti (PNE) affidato all'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) rende pubbliche ogni anno misure di valutazione degli esiti degli interventi sanitari forniti dal nostro sistema sanitario. Per descrivere gli esiti delle cure territoriali sono stati scelti gli indicatori relativi all'ospedalizzazione per condizioni sensibili alle cure ambulatoriali. L'ipotesi alla base di queste misure è che queste condizioni, se trattate in modo appropriato ed efficace a livello territoriale, non dovrebbero portare al ricovero. Questa ipotesi, sebbene preveda una suddivisione tra esiti del territorio e ospedale che non si allinea alle realtà operative dove ospedale e territorio si influenzano reciprocamente, consente di fare delle prime valutazioni sulle cure territoriali.

Di seguito riportiamo i dati relativi ad alcune condizioni traccianti del nostro sistema di erogazione delle cure territo-

riali. Il primo tracciante del sistema è il diabete mellito, patologia cronica ad alta prevalenza e ad alto assorbimento di risorse sia territoriali che ospedaliere.

Il fenomeno "ricovero per diabete", come si evidenzia nella tabella **Tabella 2.31**, è caratterizzato da una variabilità non spiegabile esclusivamente su base naturale ma potrebbe quindi essere determinata da differenti modalità organizzative o di offerta del privato accreditato. Nel 2013 a livello nazionale il tasso di ricovero per le complicanze acute era dell'8 per 100.000, per le complicanze croniche del 33 per 100.000 e del 16 per 100.000 per il diabete non controllato. Il dato toscano, rispetto a quello nazionale del 2013, presentava un tasso di ricovero del 77,9 per 100.000 per le complicanze acute, del 28,2 per 100.000 per le croniche e del 7,8 per 100.000 per diabete non controllato, tasso pari quasi alla metà di quello nazionale. Il trend degli ultimi 6 anni mostra una tendenza alla stabilità dei ricoveri per diabete per tutte

Tabella 2.31

Ricoveri per complicanze acute, croniche e scompenso glicometabolico nel diabete – Tassi grezzi ed aggiustati per 100.000 – Toscana, 2013 – Fonte: Programma nazionale esiti

Province	Complic. acute Diabete		Complic. croniche Diabete		Diabete scompensato	
	Grz*100.000	Adj*100.000	Grz*100.000	Adj*100.000	Grz*100.000	Adj*100.000
MS	3	3	40	36	4	3
LU	3	3	25	23	4	4
PT	15	15	19	17	4	3
FI	6	6	13	12	8	8
Comune Firenze	7	6	13	11	9	8
LI	2	2	18	16	4	4
PI	8	8	40	38	9	9
AR	8	8	33	31	7	7
SI	7	7	29	26	13	11
GR	3	3	13	11	4	4
PO	5	5	32	32	5	5

le cause riportate in tabella.

La **Tabella 2.32** descrive gli esiti legati a patologie croniche che si manifestano con sintomi respiratori sovrapponibili e che possono quindi dare origine a problemi di diagnosi differenziale e classificazione. Sono patologie che tracciano non solo l'attitudine del territorio a gestire fenomeni complessi che necessitano di un approccio multi-professionale, ma che possono dare origine a fenomeni di ricovero inappropriato. Inoltre, fatta eccezione per l'asma, patologia che fidelizza i pazienti al centro di cura, i risultati legati alle altre patologie sono caratterizzati da una consistente variabilità che i fenomeni di salute non possono esaurientemente interpretare. Nel 2013 in

Italia i tassi di ricovero erano:

- asma : 11 per 100.000
- BPCO: 222 per 100.000
- scompenso cardiaco: 386 per 100.000

Nel 2013 in Toscana, rispetto al dato nazionale, vi sono tassi di ricovero ridotti per asma e scompenso, lievemente aumentati per BPCO:

- asma: 5,2 per 100.000
- BPCO: 262 per 100.000
- scompenso cardiaco: 334 per 100.000

Il trend degli ultimi 6 anni mostra una tendenza alla stabilità dei ricoveri per

Tabella 2.32

Ricoveri per asma, BPCO, scompenso cardiaco – Tassi grezzi ed aggiustati per 100.000 – Toscana, 2013 – Fonte: Programma nazionale esiti

Province	Asma*100.000		BPCO*100.000		Scompenso*100.000	
	Grz*100.000	Adj*100.000	Grz*100.000	Adj*100.000	Grz*100.000	Adj*100.000
MS	8	7	323	282	316	270
LU	5	5	298	268	144	128
PT	5	5	347	311	400	353
FI	4	4	196	175	332	294
Comune Firenze	6	5	256	209	343	267
LI	6	6	211	182	319	272
PI	5	5	232	214	292	268
AR	2	2	269	240	387	339
SI	2	2	193	161	429	344
GR	6	6	290	244	219	180
PO	5	5	254	254	315	313

asma, scompenso e BPCO.

Nella **Tabella 2.33** si sono aggregati gli indicatori per tracciare le problematiche di sistema legate ad un approccio multiprofessionale e multidisciplinare. Nel 2013 a livello nazionale i tassi di ricovero per angina erano pari all'85 per 100.000 e al 55 per 100.000 per le infe-

zioni delle vie urinarie.

Nel 2013 in Toscana, rispetto al dato nazionale, vi è un tasso di ricovero ridotto di circa il 20% per le infezioni delle vie urinarie (50 per 100.000), sovrapponibile è invece quello per angina senza procedure (85 per 100.000). Questi tassi di ricovero sono caratterizzati da una varia-

bilità tra le Aziende che potrebbe essere determinata da differenti modalità organizzative o di offerta del privato accreditato e delle Aziende ospedaliere. Il trend degli ultimi 6 anni mostra una tendenza ad una riduzione dei ricoveri per angina, mentre sono stabili i ricoveri per infezione delle vie urinarie.

Le performance della Regione Toscana sono certamente in linea con

quelle nazionali, e frequentemente sono migliori. Tuttavia, come dichiarato in premessa, il sistema di rilevazione degli esiti non è uno strumento per realizzare graduatorie. Partendo da questi dati si potrà quindi promuovere, qualora necessario, una revisione delle diverse componenti che determinano poi il risultato, l'esito.

Tabella 2.33

Ricoveri per angina e infezioni delle vie urinarie – Tassi grezzi ed aggiustati per 100.000 – Toscana, 2013 – Fonte: Programma nazionale esiti

Province	Angina*100.000		Infez.urinarie*100.000	
	Grz*100.000	Adj*100.000	Grz*100.000	Adj*100.000
MS	67	61	29	27
LU	85	78	23	22
PT	82	76	38	36
FI	83	77	46	44
Comune Firenze	80	71	55	48
LI	83	74	38	35
PI	76	72	38	36
AR	90	84	52	49
SI	125	113	61	54
GR	68	60	56	51
PO	56	56	82	83