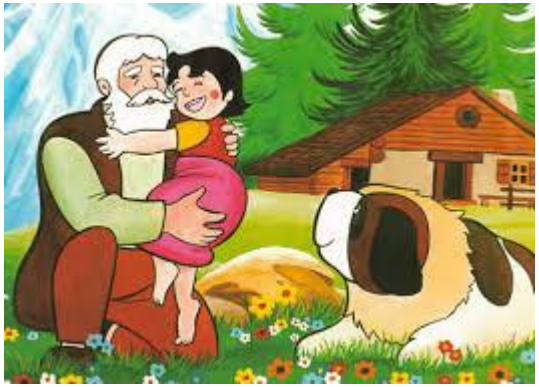
M. Pesenti Campagnoni

Disuguaglianze assistenziali nelle aree di montagna

Montagna =



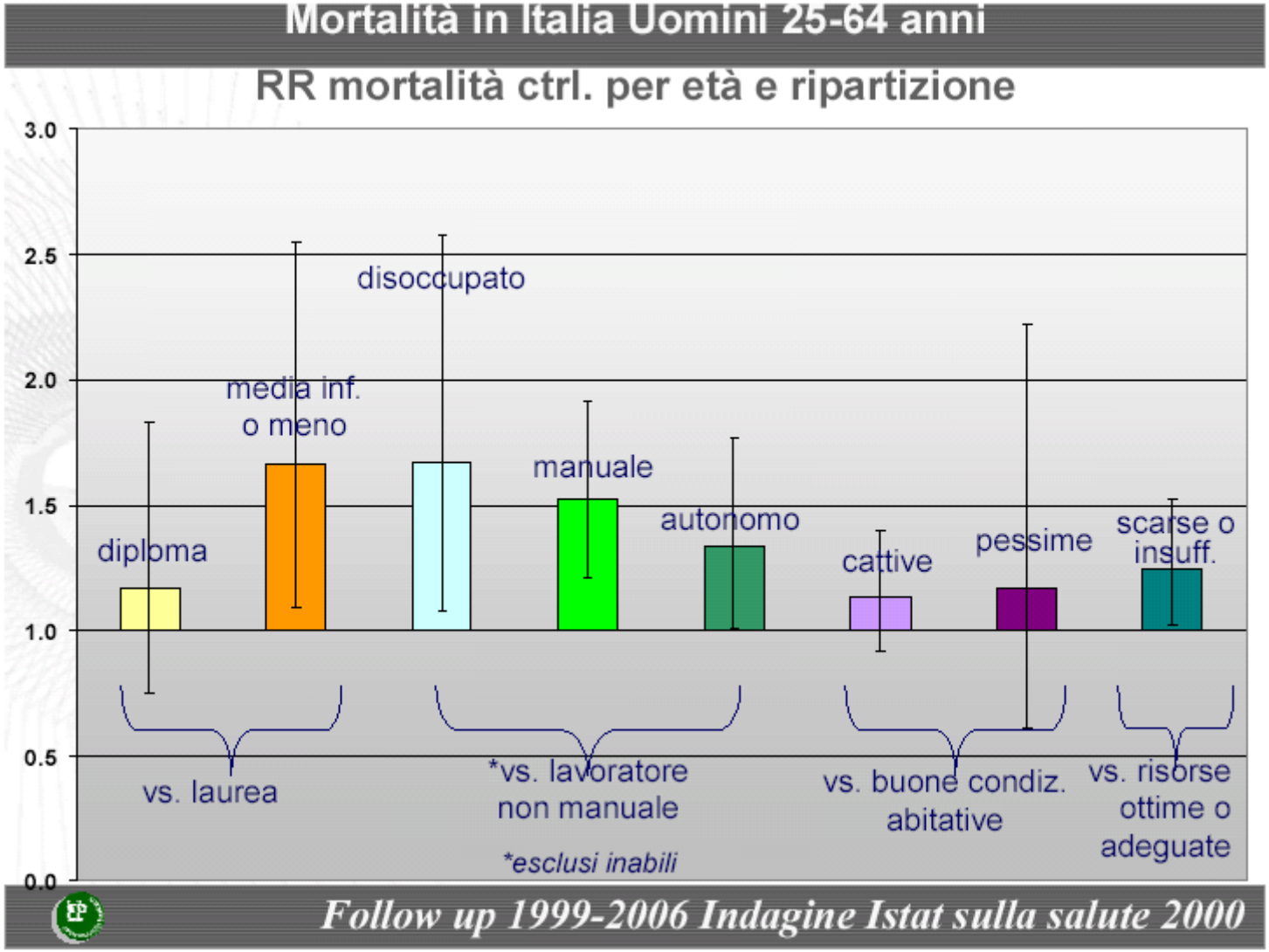
determinanti della salute

Stili di vita
Cultura
Condizioni socioeconomiche
40%

Genoma
20-30%

Ambiente
20%

4° **Servizi sanitari 10-15%**



Fonte: Determinanti sociali e politiche per la salute
Giuseppe Costa
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Torino
Servizio di Epidemiologia, Regione Piemonte

CORRIERE DELLA SERA / SALUTE

LANCET

La povertà ruba anni di vita quasi quanto fumo, obesità e diabete

Lo studio ha coinvolto quasi due milioni di persone per 13 anni. Chi ha una cattiva condizione sociale ed economica vive due anni in meno

Scadenti condizioni socioeconomiche sono associate a riduzione dell'aspettative di vita di ***2,1 anni nelle età comprese fra 40 e 85 anni*** . I corrispondenti anni di vita persi sono:

- 0,5 anni per elevato consumo alcolico,
- 0,7 anni per obesità,
- 3,9 anni per diabete,
- 1,6 anni per ipertensione,
- 2,4 anni per inattività fisica
- 4,8 anni per fumo

Lancet 2017;389:1229-37

Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women

Silvia Stringhini*, Cristian Carmeli*, Markus Jokela*, Mauricio Avendaño*, Peter Muennig, Florence Guida, Fulvio Ricceri, Angelo d'Errico, Henrique Barros, Murielle Bochud, Marc Chadeau-Hyam, Françoise Clavel-Chapelon, Giuseppe Costa, Cyrille Delpierre, Silvia Fraga, Marcel Goldberg, Graham G Giles, Vittorio Krogh, Michelle Kelly-Irving, Richard Layte, Aurélie M Lasserre, Michael G Marmot, Martin Preisig, Martin J Shipley, Peter Vollenweider, Marie Zins, Ichiro Kawachi, Andrew Steptoe, Johan P Mackenbach, Paolo Vineis†, Mika Kivimäki†, for the LIFEPATH consortium‡

Summary

Background In 2011, WHO member states signed up to the 25×25 initiative, a plan to cut mortality due to non-communicable diseases by 25% by 2025. However, socioeconomic factors influencing non-communicable diseases have not been included in the plan. In this study, we aimed to compare the contribution of socioeconomic status to mortality and years-of-life-lost with that of the 25×25 conventional risk factors.

Methods We did a multicohort study and meta-analysis with individual-level data from 48 independent prospective cohort studies with information about socioeconomic status, indexed by occupational position, 25×25 risk factors (high alcohol intake, physical inactivity, current smoking, hypertension, diabetes, and obesity), and mortality, for a total population of 1751479 (54% women) from seven high-income WHO member countries. We estimated the association of socioeconomic status and the 25×25 risk factors with all-cause mortality and cause-specific mortality by calculating minimally adjusted and mutually adjusted hazard ratios [HR] and 95% CIs. We also estimated the population attributable fraction and the years of life lost due to suboptimal risk factors.

Findings During 26·6 million person-years at risk (mean follow-up 13·3 years [SD 6·4 years]), 310 277 participants died. HR for the 25×25 risk factors and mortality varied between 1·04 (95% CI 0·98–1·11) for obesity in men and 2·17 (2·06–2·29) for current smoking in men. Participants with low socioeconomic status had greater mortality compared with those with high socioeconomic status (HR 1·42, 95% CI 1·38–1·45 for men; 1·34, 1·28–1·39 for women); this association remained significant in mutually adjusted models that included the 25×25 factors (HR 1·26, 1·21–1·32, men and women combined). The population attributable fraction was highest for smoking, followed by physical inactivity then socioeconomic status. Low socioeconomic status was associated with a 2·1-year reduction in life expectancy between ages 40 and 85 years, the corresponding years-of-life-lost were 0·5 years for high alcohol intake, 0·7 years for obesity, 3·9 years for diabetes, 1·6 years for hypertension, 2·4 years for physical inactivity, and 4·8 years for current smoking.

Lancet 2017; 389: 1229–37

Published Online January 31, 2017 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7

This online publication has been corrected. The first corrected version first appeared at thelancet.com February 27, 2017

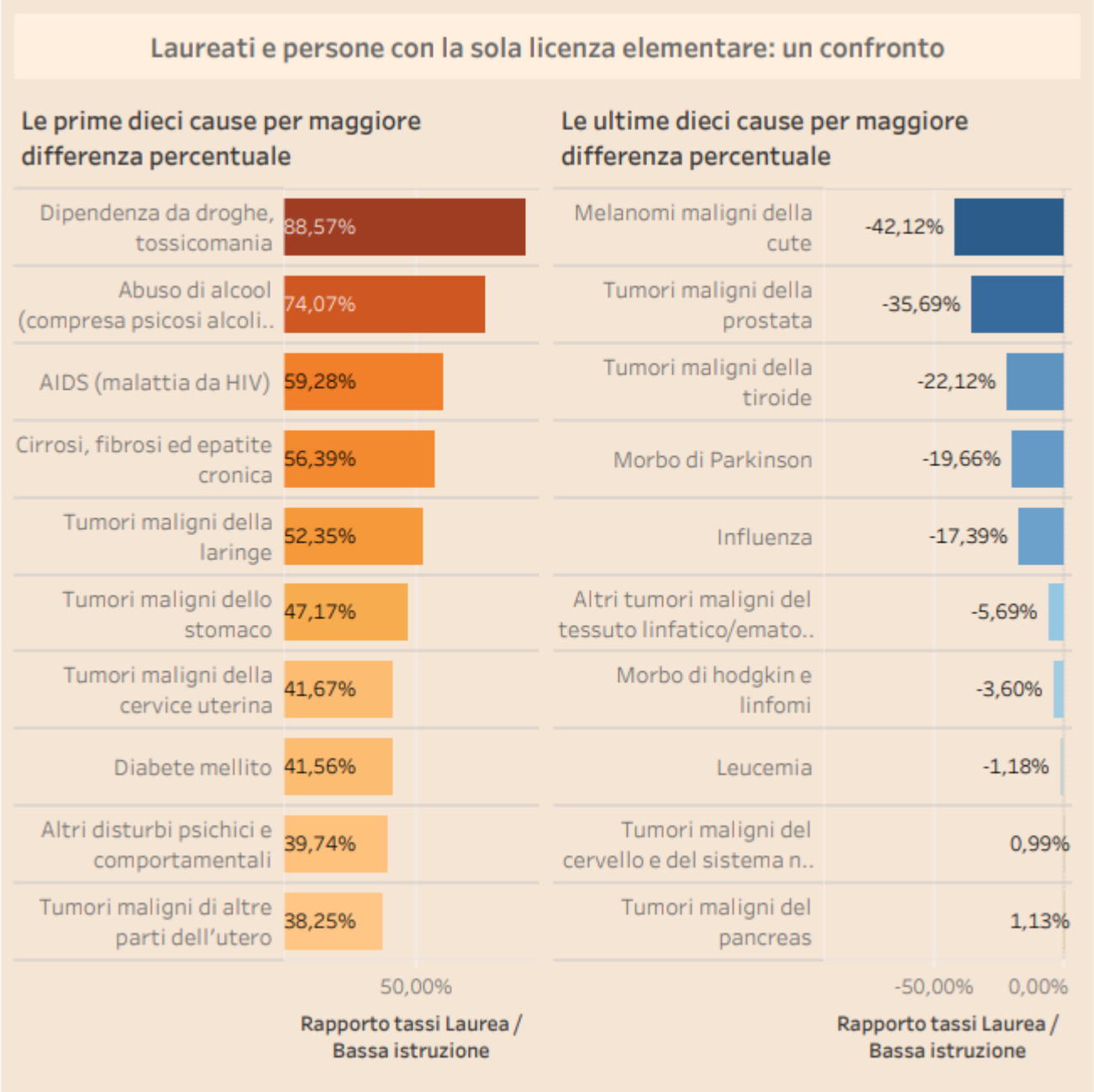
See Comment page 1172

*These authors contributed equally to this work

†Joint last authors

‡Members are listed at end of paper

Institute of Social and Preventive Medicine and Departments of Psychiatry, Internal Medicine, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland (S Stringhini Ph, C Carmeli PhD, Prof M Bochud PhD, A M Lasserre MD, Prof M Preisig MD, Prof P Vollenweider MD); Institute of Behavioural



ISTAT 2016: DISEGUAGLIANZE NELLA SPERANZA DI VITA PER LIVELLO DI ISTRUZIONE. ANNO 2012

Differenziale montagna

- 2 tipologie di montagna contrapposte: ricco e turistico l'una, senilizzato e spopolata l'altra
- Minor scolarizzazione: 8,3 laureati x 100 ab. nei comuni totalmente montani rispetto ai 10,8 della pianura; persone con basso livello di istruzione lievemente superiore alla media nazionale (31,2% rispetto a 29,8%)
- Minor produzione di PIL: 16,1% del Pil nazionale a fronte di una popolazione pari al 18,7% degli abitanti del Paese; valore pro-capite pari a 13,2 migliaia di euro, inferiore di circa duemila euro al valore medio
- Elevata quota di contribuenti nella fascia medio-bassa di reddito imponibile.

Differenziale montagna

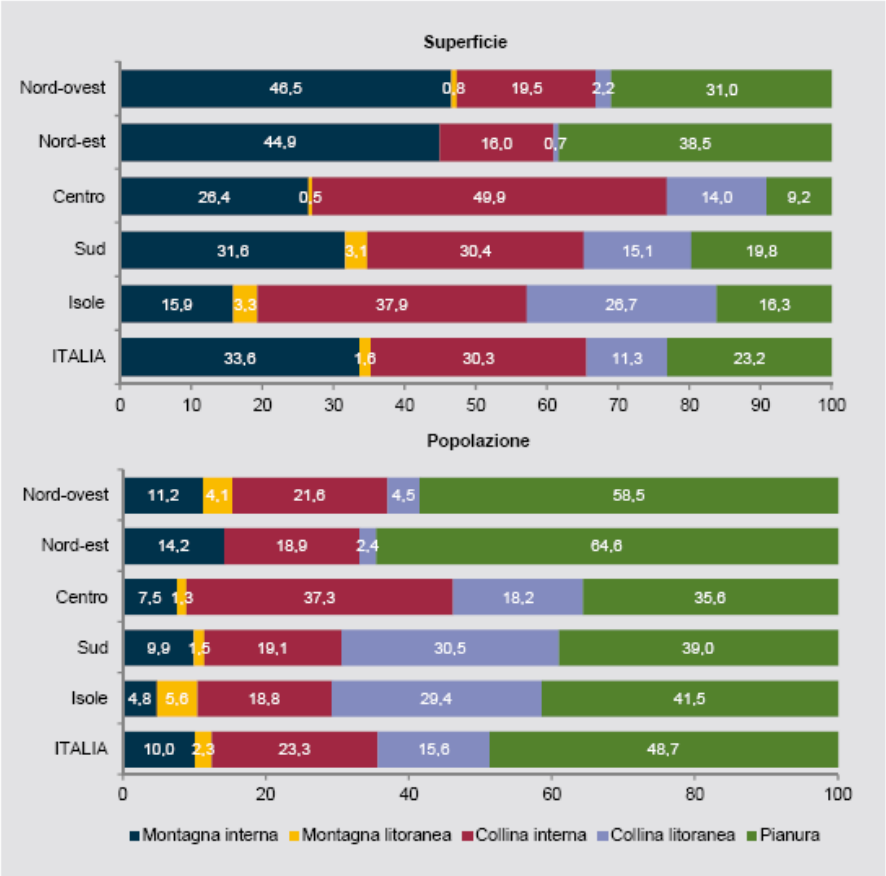
- Agricoltura: 25-30% minor reddito di azienda agricola montana rispetto a una equivalente di pianura nonostante le sovvenzioni
- Trasporti locali pubblici: costo chilometrico del servizio in montagna del 15%o in più rispetto al costo standard di pianura (minore velocità commerciale e una maggiore incidenza dei costi di manutenzione e dei consumi di carburante)
- Digital divide: scarsa dotazione infrastrutturale e di larga banda dei territori montani (Veneto 2014 % di popolazione senza internet da fisso o mobile a 2 Mbps: non montana 5,4%; parzialmente montana 9,2%, totalmente montana 17,1%)
- Sanità: costi di produzione di servizi maggiori del 20-25%; costo assistenza domiciliare + 30-35% (fattore dispersione); ritardi assistenza per emergenze-urgenze

Differenziale montagna

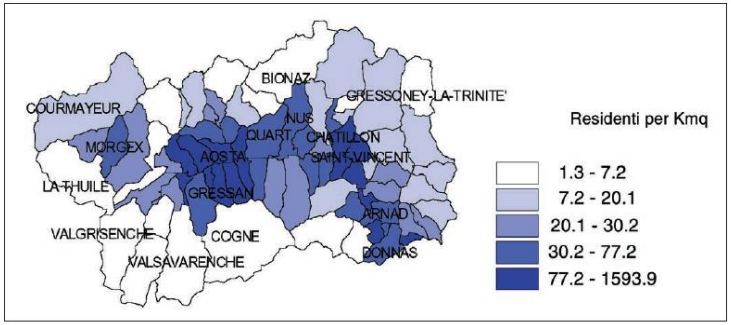
- Dinamica della popolazione superiore per i comuni non montani, che presentano mediamente una crescita del +1,0% rispetto al -0,5% di quelli di montagna;
- Invecchiamento della popolazione significativamente maggiore tra i comuni di montagna con indice di vecchiaia 2,35 rispetto a 1,62 dei comuni non montani con maggior bisogno e domanda sanitaria;
- l'indice di attrattività, dato dal rapporto tra gli addetti e la popolazione residente, evidenzia valori mediamente superiori nei comuni non montani (0,31 rispetto a 0,26);

Popolazione per zona altimetrica

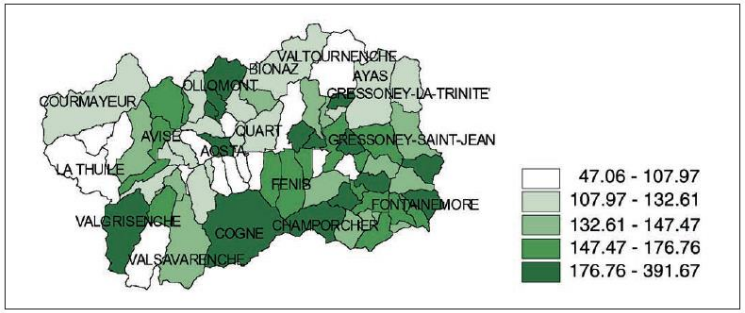
Figura 1.1 **Superficie territoriale e popolazione per zona altimetrica dei comuni e ripartizione geografica**
Anno 2013, composizioni percentuali



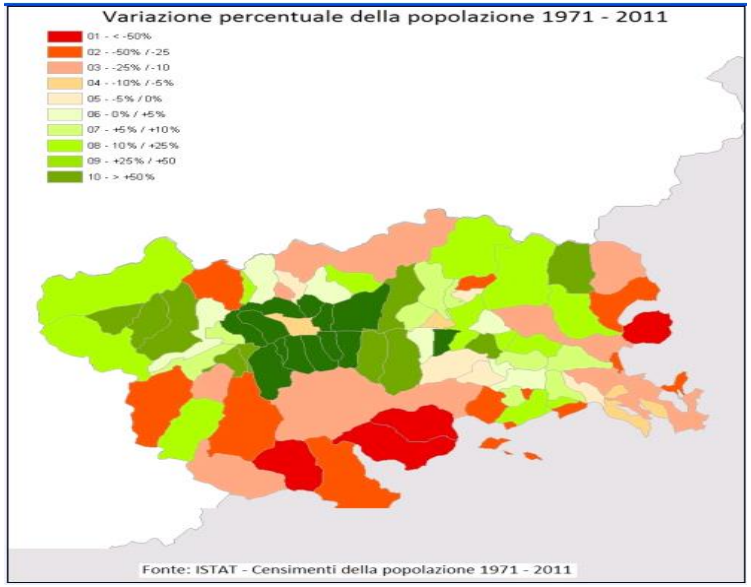
Fonte: Istat, Movimento e calcolo della popolazione residente annuale (R);)Variazioni territoriali, denominazione dei comuni, calcolo delle superfici comunali (E)



CARTOGRAMMA 1. *Densità della popolazione per comune, in Valle d'Aosta, censimento 2001.*



CARTOGRAMMA 2. *Indice di vecchiaia. Valle d'Aosta, 2000.*



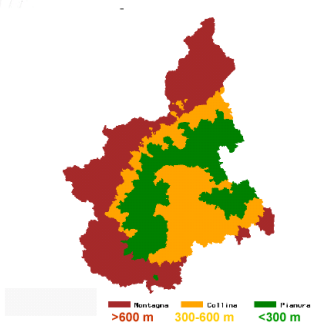
Indicatori per regione e ripartizione geografica

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Partecipazione alla scuola dell'infanzia (a)	Persone con almeno il diploma superiore (b)	Persone che hanno conseguito un titolo universitario (c)	Uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione (d)
	2011/2012	2013	2013	2013
Piemonte	96,4	59,3	23,3	15,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	98,3	55,0	18,7	19,8
Liguria	96,7	63,1	27,4	15,1
Lombardia	94,3	61,2	25,6	15,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	97,5	64,8	23,7	13,9
Bolzano/Bozen	*96,8*	*62,4*	*24,0*	*16,7*
Trento	*98,2*	*67,2*	*23,3*	*11,0*
Veneto	95,3	59,7	19,1	10,3
Friuli-Venezia Giulia	95,6	63,1	26,6	11,4
Emilia-Romagna	93,6	63,4	27,9	15,3
Toscana	95,2	57,9	22,9	16,3
Umbria	96,5	66,0	27,5	11,9
Marche	96,4	61,2	22,7	13,9
Lazio	93,8	67,8	27,2	12,3
Abruzzo	97,0	64,7	23,6	11,4
Molise	93,0	57,6	23,4	15,4
Campania	95,8	50,9	16,3	22,2
Puglia	95,5	47,4	20,8	19,9
Basilicata	93,3	56,9	21,3	15,4
Calabria	96,6	53,2	18,0	16,4
Sicilia	94,3	48,1	16,6	25,8
Sardegna	96,3	47,7	17,1	24,7
Nord	95,0	61,3	24,5	14,3
Centro	94,7	63,7	25,4	13,7
Mezzogiorno	95,5	50,7	18,2	21,4
Italia	95,1	58,2	22,4	17,0

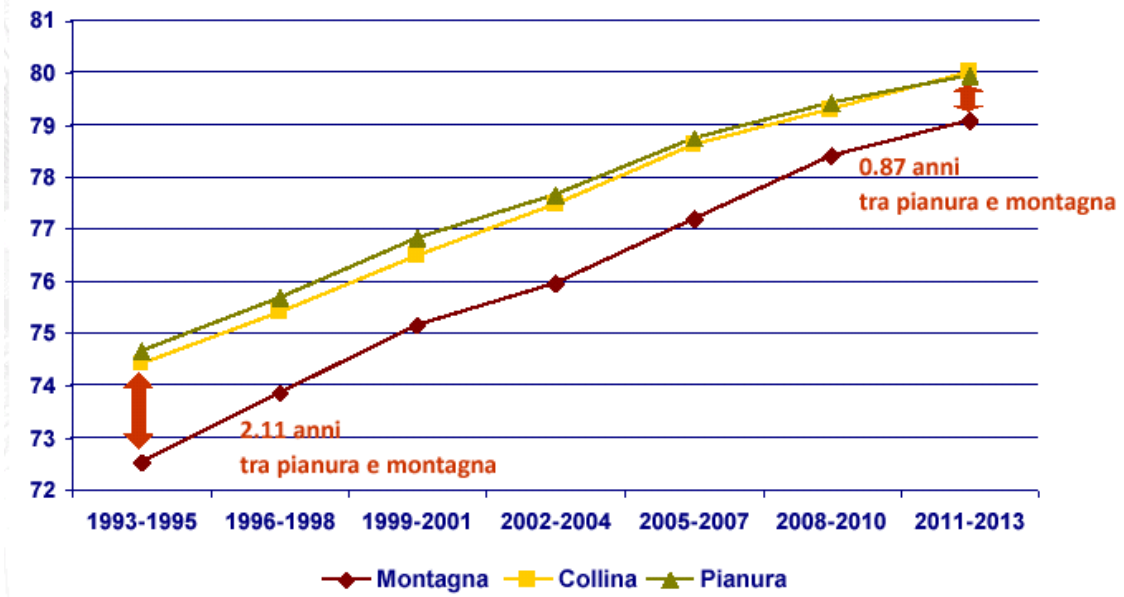
(a) Per 100 bambini di 4-5 anni. | (b) Per 100 persone di 25-64 anni. | (c) Per 100 persone di 30-34 anni. | (d) Per 100 persone di 18-24 anni. | (e) Per 100 persone di 15-29 anni. | (f) Punteggio medio. | (g) Per 100 persone di 16 anni e più. | (h) Per 100 persone di 6 anni e più.

Fonte: ISTAT 2014

Zone altimetriche del Piemonte

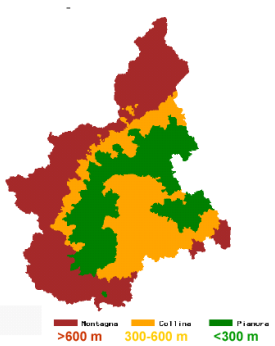


Speranza di vita alla nascita per zone altimetriche
Uomini

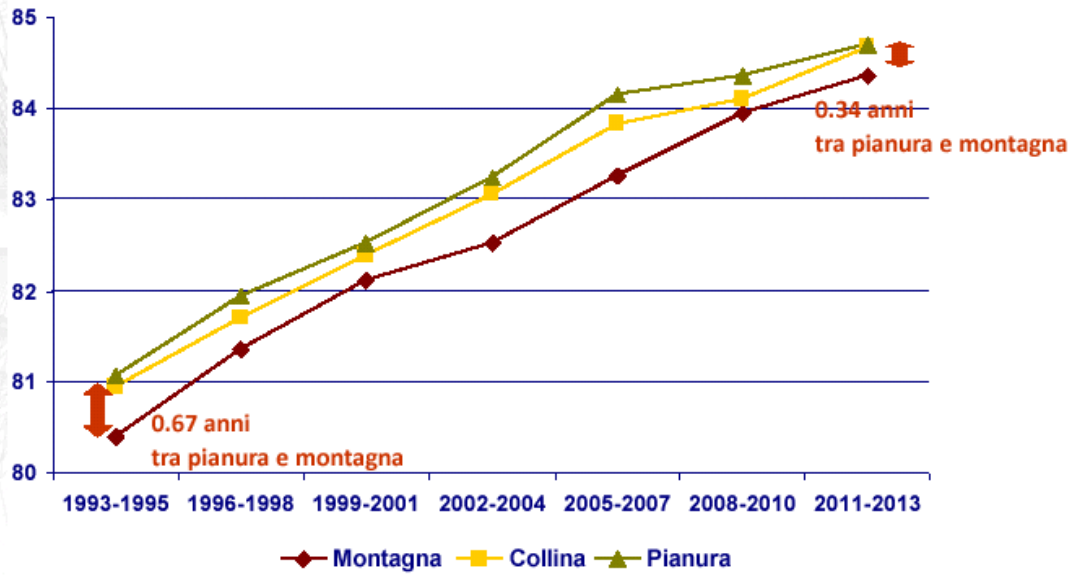


Fonte: A. Migliardi, M.Stroscia Salute nei territori del Piemonte: tutti uguali? IRES PIEMONTE 2016

Zone altimetriche del Piemonte

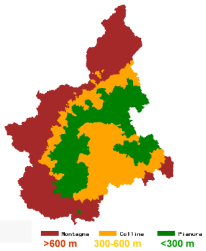


Speranza di vita alla nascita per zone altimetriche
Donne

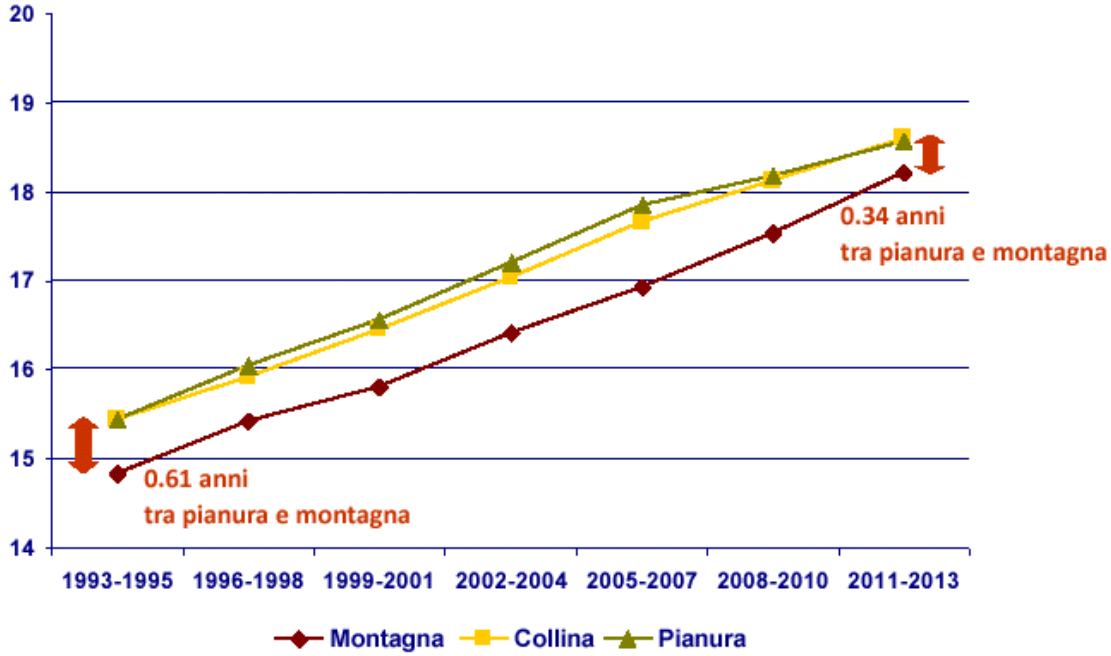


Fonte: A. Migliardi, M.Stroscia Salute nei territori del Piemonte: tutti uguali? IRES PIEMONTE 2016

Zone altimetriche del Piemonte

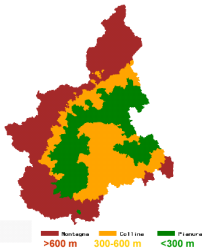


Speranza di vita a 65 anni per zone altimetriche
Uomini

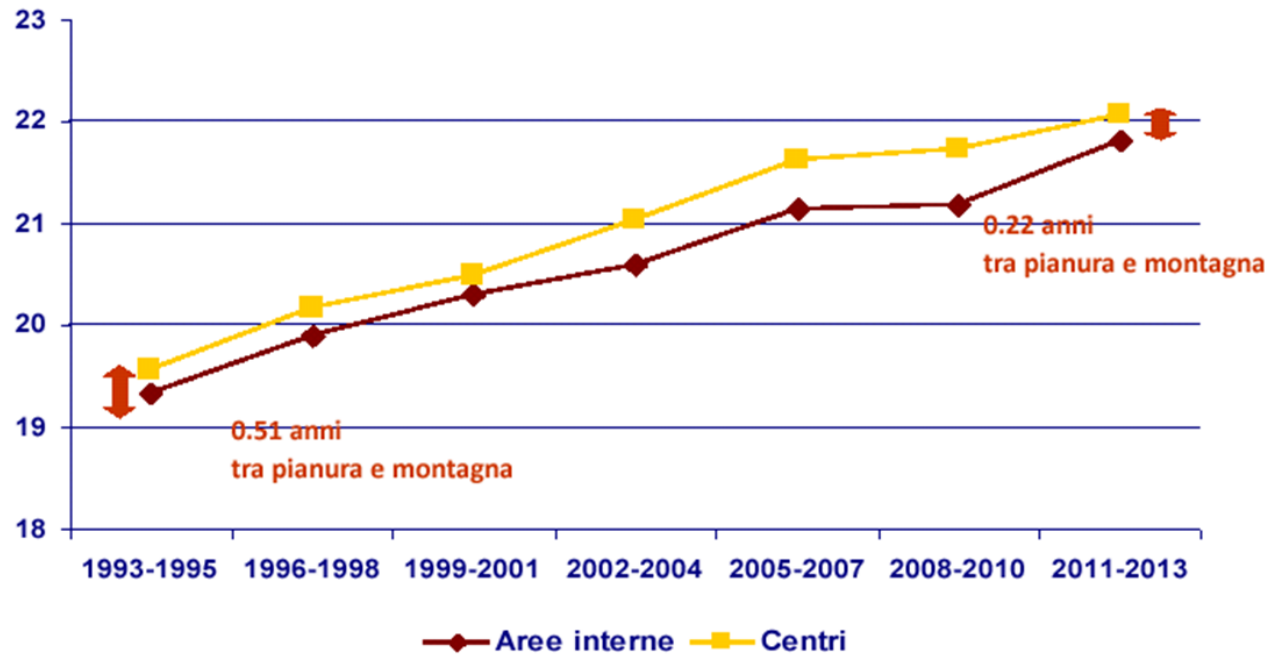


Fonte: A. Migliardi, M.Stroscia Salute nei territori del Piemonte: tutti uguali? IRES PIEMONTE 2016

Zone altimetriche del Piemonte



Speranza di vita a 65 anni per zone altimetriche
Donne

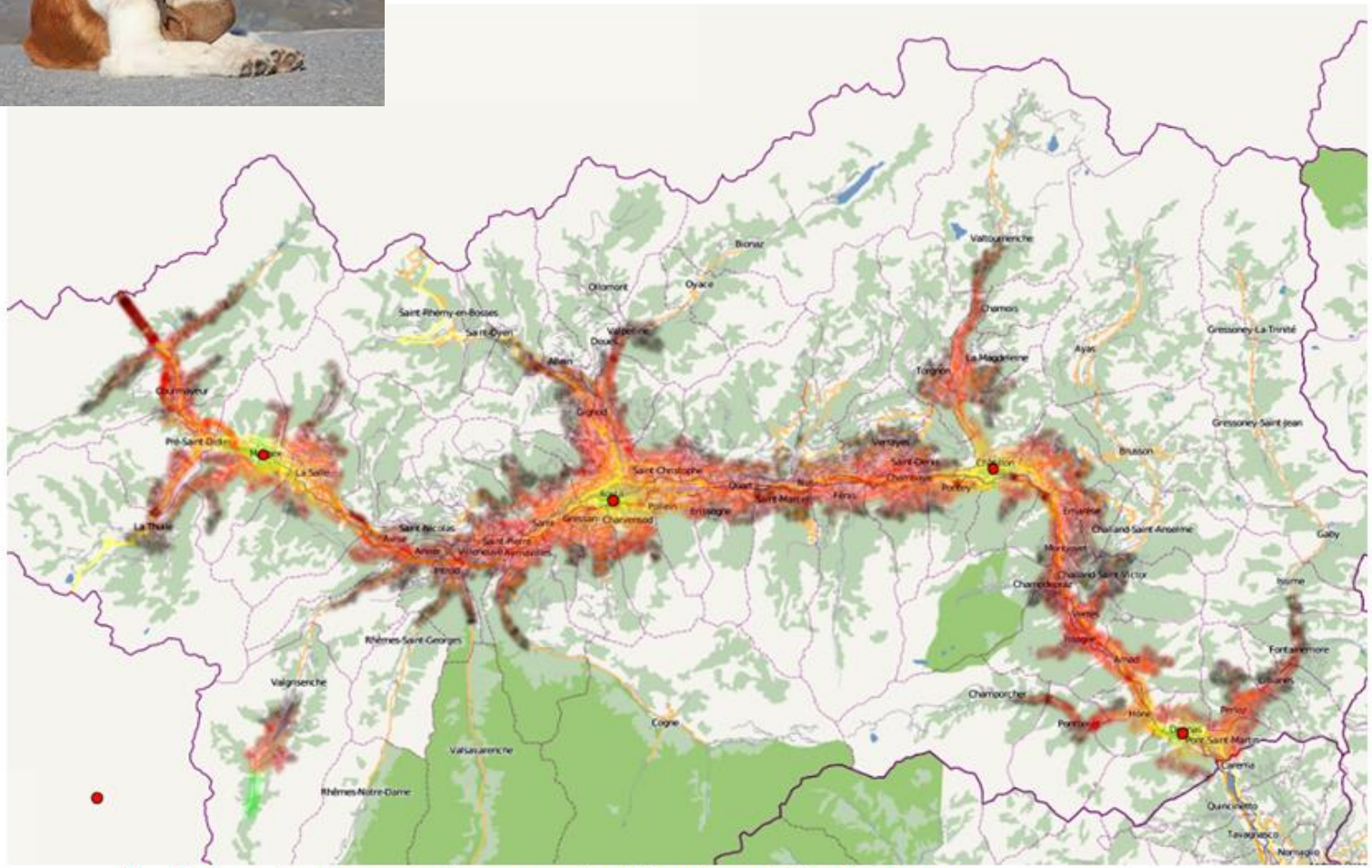


Fonte: A. Migliardi, M.Stroscia Salute nei territori del Piemonte: tutti uguali? IRES PIEMONTE 2016

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	1 Speranza di vita alla nascita (a) 2015	2 Speranza di vita in buona salute alla nascita (a) 2015	3 Indice di stato fisico (Pcs) (b) 2013	4 Indice di stato psicologico (Mcs) (b) 2013	5 Tasso di mortalità infantile (c) 2013	6 Tasso standardizzato di mortalità per accidenti di trasporto (d) 2013	7 Tasso standardizzato di mortalità per tumore (e) 2013	8 Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (f) 2013	9 Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (a) 2015	10 Eccesso di peso. Tasso standardizzato per età (g) 2015	11 Fumo. Tasso standardizzato per età (h) 2015	12 Alcol. Tasso standardizzato per età (h) 2015	13 Sedentarietà. Tasso standardizzato per età (h) 2015	14 Alimentazione. Tasso standardizzato per età (i) 2015	Composito Salute (l) 2015
Piemonte	82,1	58,3	51,7	49,8	23,8	0,8	8,8	29,2	10,9	38,6	21,1	19,7	29,4	25,7	106,7
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	81,1	60,2	51,4	49,4	18,9	0,4	8,2	39,4	8,8	39,2	19,8	24,3	23,7	18,1	100,9
Liguria	82,2	59,0	51,7	50,1	23,7	0,6	8,6	30,3	10,0	40,4	23,8	15,8	33,6	19,5	110,1
Lombardia	82,8	59,1	51,7	49,4	24,8	0,6	8,4	27,2	11,4	38,3	19,7	18,5	30,8	20,2	111,7
Trentino-Alto Adige/Südtirol	83,3	67,6	51,8	50,3	26,0	1,1	7,8	26,8	10,7	37,5	17,4	21,3	13,2	18,0	121,3
Bolzano/Bozen	*83,2*	*70,1*	*51,9*	*51,1*	*24,6*	*1,3*	*7,8*	*26,8*	*11,0*	*39,4*	*20,2*	*23,2*	*10,6*	*17,3*	*125,7*
Trento	*82,5*	*65,2*	*51,7*	*49,6*	*27,4*	*0,8*	*7,8*	*27,0*	*10,5*	*35,7*	*14,7*	*19,5*	*15,7*	*23,5*	*116,9*
Veneto	82,9	59,5	51,4	49,3	22,4	0,9	8,0	30,2	10,7	42,4	17,9	20,3	26,6	18,4	109,7
Friuli-Venezia Giulia	82,4	60,2	51,6	49,6	33,0	1,0	9,1	25,2	11,0	38,4	19,5	22,2	28,8	20,8	111,0
Emilia-Romagna	82,9	60,9	51,3	49,2	27,9	0,8	8,1	25,8	9,8	42,5	21,7	18,7	30,0	24,4	108,0
Toscana	82,8	60,4	51,9	48,9	18,7	0,6	8,1	25,1	11,3	42,6	21,4	18,4	32,5	22,8	111,3
Umbria	82,9	59,6	51,2	49,3	23,1	0,5	7,9	22,3	10,9	41,6	22,4	15,7	39,5	22,0	109,1
Marche	83,0	58,9	51,4	48,0	21,4	0,5	8,6	27,5	8,7	38,3	20,0	19,0	33,8	25,8	100,1
Lazio	82,2	57,6	51,2	49,4	32,0	0,8	9,0	21,1	9,6	43,7	21,5	13,4	43,2	21,9	104,1
Abruzzo	82,3	58,5	51,3	49,0	28,7	0,4	7,8	27,9	9,4	44,9	21,6	16,0	41,1	12,3	103,6
Molise	82,1	58,3	51,0	49,7	39,7	0,8	7,7	21,3	9,7	49,8	22,7	18,1	54,3	8,5	103,3
Campania	80,5	56,1	50,9	48,3	39,8	0,4	10,0	20,6	6,8	50,8	22,5	10,6	58,2	13,6	86,8
Puglia	82,4	57,2	50,6	48,7	29,1	0,8	8,5	25,4	8,7	48,9	17,6	14,5	51,0	10,7	97,5
Basilicata	82,0	57,3	50,5	48,9	36,6	0,7	8,5	28,4	9,4	47,9	19,0	15,2	51,2	9,3	98,1
Calabria	81,9	50,2	49,9	48,7	47,3	0,7	7,6	19,4	7,7	47,0	18,2	14,7	56,9	11,4	86,3
Sicilia	81,3	56,5	50,8	48,9	41,4	0,8	8,8	24,4	7,4	46,1	20,4	10,2	58,3	15,0	93,2
Sardegna	82,2	54,8	50,2	49,4	34,5	1,1	10,0	29,6	9,2	41,0	21,1	21,0	35,3	20,0	97,0
Nord	82,7	59,6	51,6	49,4	25,0	0,7	8,4	28,0	10,8	39,9	19,9	19,2	29,4	21,3	110,4
Centro	82,6	58,8	51,5	49,1	26,2	0,7	8,6	23,6	10,1	42,6	21,1	15,9	38,7	22,5	107,0
Mezzogiorno	81,6	56,0	50,7	48,8	37,8	0,7	9,0	23,7	7,9	47,9	20,2	13,0	53,8	13,4	93,8
Italia	82,3	58,3	51,2	49,1	29,6	0,7	8,6	25,8	9,7	43,2	20,2	16,4	39,7	18,8	103,9

a) Numero medio di anni;
(b) Punteggi medi standardizzati;
(c) Per 10.000 nati vivi;
(d) Per 10.000 persone di 15-34 anni;
(e) Per 10.000 persone di 20-64 anni;
(f) Per 10.000 persone di 65 anni e più;

Il Sistema d'Emergenza 118



Tempi intervento primo mezzo di soccorso sui codici rossi anno 2013 entro 20 min

entro limiti fortemente fuori standard

Le tabelle nel seguito riportano il valore dell'indicatore P3- Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soc
in minuti calcolato al 75esimo percentile, rispettivamente per le Aree: Bassa Valle e Gran Paradis.
Inoltre è riportato di seguito il valore degli indicatori per le aree interne selezionate della Regione
d'Aosta (*Valle d'Aosta – Aree interne*) secondo l'elenco fornito e per l'intero territorio regionale (
d'Aosta).

Tabella n. 1

Bassa Valle			
Codice Regione	Cod. Comune	Comune	75esimo percentile
020	007004	Arnad	17
020	007007	Ayas	36
020	007009	Bard	19
020	007012	Brusson	37
020	007013	Challand-Saint-Anselme	-
020	007014	Challand-Saint-Victor	-
020	007017	Champdepraz	22
020	007018	Champorcher	40
020	007023	Donnas	17
020	007028	Fontainemore	45
020	007029	Gaby	41
020	007032	Gressoney-La-Trinité	-
020	007033	Gressoney-Saint-Jean	-
020	007034	Hône	18
020	007036	Issime	30
020	007037	Issogne	22
020	007042	Lillianes	26
020	007043	Montjovet	21
020	007048	Perloz	28
020	007050	Pontboset	26
020	007052	Pont-Saint-Martin	11
020	007073	Verrès	20
		TOTALE Progetto	23
		TOTALE Strategia	23
		Valle d'Aosta - Aree interne	31
		Valle d'Aosta	19

Fonte: NSIS - NSIS - Sistema informativo di emergenza sanitaria territoriale (118 EMUR) - Anno 2012 Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - Ufficio III

Tabella n. 2

Gran Paradis			
Codice Regione	Cod. Comune	Comune	75esimo percentile
020	007021	Cogne	25
020	007055	Rhêmes-Notre-Dame	-
020	007056	Rhêmes-Saint-Georges	-
020	007061	Saint-Nicolas	-
020	007068	Valgrisenche	34
020	007070	Valsavarenche	72
020	007005	Arvier	21
020	007006	Avise	23
020	007008	Aymavilles	17
020	007035	Introd	25
020	007063	Saint-Pierre	28
020	007066	Sarre	15
020	007074	Villeneuve	18
		TOTALE Progetto	33
		TOTALE Strategia	20
		Valle d'Aosta - Aree interne	31
		Valle d'Aosta	19

Fonte: NSIS - NSIS - Sistema informativo di emergenza sanitaria territoriale (118 EMUR) - Anno 2012 Ministero della salute - Direzione ale della digitalizzazione, del sistema ativo sanitario e della statistica- Ufficio III

Montagna: realtà sanitaria poco compresa?

Formula A

$$\frac{(\text{n. abitanti} / 60.000) + (\text{superficie} / 350\ \text{Kmq})}{2} = \text{n. mezzi di socorso avanzato (MSA)}$$

Formula B

$$\frac{(PRP / 60.000) + (PRM / 40.000)}{2} + \frac{(SP / 350\ \text{Kmq}) + (SM / 300\ \text{Kmq})}{2} = \text{n. mezzi di socorso avanzato (MSA)}$$

dove:
PRP = *Popolazione residente in area di pianura*
PRM = *Popolazione residente in area montana e pedemontana.*
SP = *Superficie pianura*
SM = *Superficie montana*
MSA = *Mezzo di Soccorso Avanzato sia nella forma di auto medica (A.S.A.), ambulanza di soccorso avanzato (MSA), ambulanza di soccorso avanzato di base (MSAB).*

Monitor (Agenas) Anno X numero 27; 2011

6/7/2017 Centro Studi di Diritto Sanitario e Farmaceutico

CENTROSTUDI
di DIRITTO SANITARIO E FARMACEUTICO

06/07/2017 not free

La Giurisprudenza ribadisce la possibilità di scelta del medico, senza limitazioni territoriali

E' illegittima la decisione aziendale di impedire che gli assistiti, residenti in altra zona del territorio regionale, appartenente ad un distretto sanitario diverso da quello nel quale operava il professionista, potessero scegliere quest'ultimo come proprio medico di medicina generale.

Nella fattispecie si rileva che i due Comuni interessati, appartengono all'ambito territoriale della stessa A.S.L., non si ravvisano quindi, ... , specifiche esigenze organizzative nel restringimento del potere di scelta in ambiti infracircoscrizionali nel caso in cui le AA.SS.LL. siano pluricomunali, specie laddove il rapporto convenzionale del professionista sia con quella stessa A.S.L., ricomprensiva di più Comuni; la residenza, quindi costituisce nell'occasione solo un minimum territoriale. ... In ogni caso ogni restringimento non può che essere supportato da puntuali e congrui motivi. Le considerazioni suesposte valgono conseguentemente anche nel caso di suddivisione in distretti ex D.Lgs. n. 229 del 1999, come da determinazione della competente Regione ...".

CONCLUSIONI 1

1. Gli studi epidemiologici effettuati in Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana e Friuli sembrano mostrare:
   - svantaggi consistenti della salute della popolazione della montagna nei fattori di rischio, nella mortalità per tutte le cause, per le cause accidentali, per le malattie respiratorie e circolatorie rispetto al resto del territorio.
   - svantaggio per l'accesso ai servizi sanitari sia per le patologie croniche che in urgenza-emergenza

2. Se dal punto di vista dell'opinione comune il dato può essere inatteso, il contesto generale socioecomico montano svantaggioso (scuola, lavoro, reddito, ..) può dare più giustificazione del dato osservato.

- Costa G, Migliardi et al: "Montagna e salute: perché chi vive in montagna è svantaggiato?" in: Risorse, Rivista della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, n. 16, dicembre 2011.
- Gnavi R, Marino M, Costa G. (2002), La Provincia per la salute: lo stato di salute nella provincia di Torino, anno 2001,
- Migliardi A., Stroscia M.: Salute nei territori del Piemonte: tutti uguali? IRES Piemonte 2016

Che fare?

TV
TV
CARTOON
DVD
VIDEO
Heidi
Heidi va in città
il film
Heidi va in città
DVD
VIDEO
2
Heidi
Il personaggio originale!

????

??

CONCLUSIONI 2

- ***Ricordare in ogni sede che lavoro, cultura, benessere sociale sono utili almeno quanto le prestazioni sanitarie***
- sostenere la medicina territoriale incentivando fattivamente la presenza dei MMG/PLS sui territori montani più disagiati e pianificare il ricambio generazionale dei MMG/PLS
- garantire servizi di emergenza urgenza efficienti ed efficaci
- sviluppare programmi di medicina di iniziativa
- attivare percorsi diagnostici terapeutici integrati fra ospedale e territorio
- promuovere lo sviluppo tecnologico sanitario (es. telemedicina) e di servizio (es. FSE, CUP online)
- promuovere la ricerca
- considerare le opportunità che la sanità offre come motore di sviluppo economico
- fare rete con tutti gli attori della montagna ivi compreso il volontariato
- ……..

NONNO NONNO! MI SORRIDONO I MONTI E LE CAPRETTE MI FANNO CIAO!!!
18+
DROGATA