

RELAZIONE sanitaria 2025



SOMMARIO

Introduzione e note metodologiche

Cap. 1	Demografia	3
1.1	Struttura per età e sesso dei residenti	3
1.2	Indice di vecchiaia	3
1.3	Indice di dipendenza anziani	5
1.4	Natalità	6
1.5	Nati di cittadinanza non italiana	7
1.6	Quoziente di incremento totale della popolazione	7
1.7	Stranieri nuovi iscritti all'anagrafe	8
1.8	Proporzione stranieri iscritti all'anagrafe	9
1.9	Densità abitativa: numero di residenti per Km quadrato	9
1.10	Popolazione residente nei comuni montani	10
1.11	Speranza di vita alla nascita	11
1.12	Speranza di vita a 65 anni	11
Cap. 2	Stili di vita	12
2.1	Fumo di sigaretta	12
2.2	Consumo di alcol	14
2.3	Sovrappeso ed obesità	16
2.4	Sedentarietà	17
2.5	Nutrizione	19
2.6	Approfondimento abitudini alimentari	20
Cap. 3	Mortalità	42
3.1	Note tecniche e definizioni utili	42
3.2	Certificati di morte	42
3.3	Tasso di mortalità	42
3.4	Qualità dei dati raccolti	42
3.5	Flussi informativi sanitari e socio-sanitari	43
3.6	Gestione schede di morte ISTAT	43

3.7	ReNCaM	43
3.8	Prime 10 cause di mortalità	44
3.9	Mortalità per tutte le cause	45
3.10	Mortalità prematura	46
3.11	Mortalità per traumatismi e avvelenamenti	46
3.12	Mortalità per incidenti stradali	47
3.13	Mortalità per suicidio	47
3.14	Mortalità per overdose	48
3.15	Mortalità per malae del sistema circolatorio	48
3.16	Mortalità per infarto del miocardio	48
3.17	Mortalità per cardiopatia ischemica	49
3.18	Mortalità per malattie cerebrovascolari	49
3.19	Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio	50
3.20	Mortalità per malattie dell'apparato digerente	50
3.21	Mortalità per tumori	50
3.21.1	Mortalità per tumore del polmone	51
3.21.2	Mortalità per tumore dello stomaco	51
3.21.3	Mortalità per tumore della vescica	51
3.21.4	Mortalità per tumore della prostata	52
3.21.5	Mortalità per tumore del colon retto	52
3.21.6	Mortalità per tumore della mammella	52
3.22	Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario	53
3.23	Mortalità per malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	53
Cap. 4	Ospedalizzazione	54
4.1	Prime 10 cause di ospedalizzazione	54
4.2	Principali cause di ospedalizzazione nei due sessi	55
4.3	Soggetti ricoverati per tutte le cause	58

4.4	Soggetti ricoverati per tumore	59
4.5	Soggetti ricoverati per le principali tipologie tumorali	60
4.6	Soggetti ricoverati per malattie del sistema circolatorio	61
4.7	Soggetti ricoverati per malattie apparato digerente	62
4.8	Soggetti ricoverati per malattie apparato respiratorio	63
4.9	Soggetti ricoverati per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	64
4.10	Soggetti ricoverati per disturbi psichici	65
4.11	Soggetti ricoverati per malattie del sistema nervoso	66
4.12	Soggetti ricoverati per infarto del miocardio	67
4.13	Soggetti ricoverati per cardiopatia ischemica	68
4.14	Soggetti ricoverati per malattie cerebrovascolari	69
4.15	Soggetti ricoverati per malattie apparato genito urinario	70
4.16	Soggetti ricoverati per malattie apparato osteo muscolare	71
4.17	Soggetti ricoverati per traumatismi	72
Cap. 5	Alcune patologie di particolare interesse	74
5.1	Malati cronici di ipertensione	74
5.2	Malati cronici di insufficienza cardiaca	75
5.3	Malati cronici di pregresso ictus	76
5.4	Malattie respiratorie e BPCO	77
5.5	Malati cronici di diabete mellito	78
5.6	Salute mentale	79
5.6.1	Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 giorni dalla dimissione	79
5.6.2	Prevalenza d'uso farmaci antidepressivi	79
Cap. 6	La salute dei gruppi di popolazione	81
6.1	Soggetti ricoverati per parto	81
6.2	Dimissioni ospedaliere per parto cesareo	82

6.3	Ospedalizzazione per aborto spontaneo	83
6.4	Dimissioni ospedaliere per Interruzione Volontaria di Gravidanza	84
6.5	Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita	85
6.6	Mortalità infantile	86
6.7	Natimortalità	86
6.8	Nati vivi di peso alla nascita basso	88
6.9	Nati vivi di peso alla nascita molto basso	89
6.10	Nati vivi prematuri	89
6.11	Anziani assistiti in domiciliare diretta	91
6.12	Anziani in residenza sanitaria assistenziale permanente	92
6.13	Dimissioni ospedaliere di cittadini non italiani residenti	93
Cap. 7	Prevenzione	94
7.1	Ambiente	94
7.2	Prevenzione	95
7.2.1	Screening oncologici	96
7.2.1.1	Screening per i tumori della cervice uterina	96
7.2.1.2	Screening per i tumori della mammella	97
7.2.1.3	Screening per i tumori del colon-retto	98
7.3	Vaccinazioni	100
7.3.1	Anti-poliomielite	101
7.3.2	Anti-morbillo-parotite-rosolia	102
7.3.3	Anti-papillomavirus	103
7.3.4	Anti-influenzale	104
Cap. 8	Ospedale, i volumi di attività	106
8.1	Volumi dell'attività ospedaliera	106
8.2	Durata media della degenza dei ricoveri in regime ordinario	108
8.3	Attrazione ospedaliera	109
Cap. 9	Ospedale, indicatori di esito	112

Cap. 10	Territorio	122
10.1	Volumi dell' attività: alcuni indicatori di performance	122
10.1.1	Monitoraggio dell'emoglobina glicata	122
10.1.2	Monitoraggio della creatinina o clearance	123
10.1.3	Monitoraggio della microalbuminuria tra i malati cronici di diabete mellito	124
10.1.4	Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di diabete mellito	125
10.1.5	Visita oculistica in due anni tra i malati cronici di diabete mellito	126
10.1.6	Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina tra i malati cronici di diabete mellito	127
10.1.7	Terapia con statine tra i malati cronici di diabete mellito	128
10.2	Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II tra i malati cronici di insufficienza cardiaca	129
10.2.1	Terapia con beta-bloccanti tra i malati cronici di insufficienza cardiaca	130
10.3	Monitoraggio della creatinina o clearance tra i malati cronici di ipertensione	131
10.3.1	Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di ipertensione	132
10.4	Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	133
10.4.1	Registrazione della glicemia in CAD tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	134
10.4.2	Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell' angiotensina II tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	135
10.4.3	Terapia con beta bloccanti tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	136
10.4.4	Terapia antitrombotica tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	137
10.4.5	Terapia con statine tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	138
10.5	Terapia antitrombotica nei malati cronici di pregresso ictus	139
10.5.1	Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di pregresso ictus	140
10.6	Misurazione spirometrica tra i malati cronici di BPCO	141
10.6.1	Terapia con broncodilatatori tra i malati cronici di BPCO	142
10.7	Assistenza specialistica ambulatoriale	143
10.8	Riabilitazione	144
10.8.1	Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni (biennio 2021-2023)	144

10.8.2	Riabilitazione post ictus entro 28 giorni (biennio 2021-2023)	145
10.9	Indicatori di attività ospedaliera per condizioni sensibili alle cure territoriali	145
10.9.1	Angina pectoris senza interventi, ospedalizzazione	145
10.9.2	Tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti	146
10.9.3	Tasso di ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario	146
10.9.4	Diabete, complicanze a breve termine, ospedalizzazione	147
10.9.5	Diabete, complicanze a lungo termine, ospedalizzazione	147
10.9.6	Diabete non controllato, senza complicanze, ospedalizzazione	148
Cap. 11	Emergenza	149
11.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso per codice assegnato di triage	150
11.2	Accessi al PS dei presidi della Toscana che esitano in ricovero	151
11.3	Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva	151
11.4	Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva poi dimessi a domicilio	152
11.5	Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva poi ricoverati	152
11.6	Percentuale di accessi che esitano in abbandono da parte dei pazienti	153
Cap. 12	Reti cliniche	154
12.1	Stemi, tipo di presentazione- primo ricovero	154
12.2	Ictus ischemico, tempo DOOR IN-DOOR OUT (DIDO)- primo nodo di rete	154
12.3	Trauma maggiore, Mortalità intraospedaliera- primo nodo di rete	155
12.4	Incidenza di sepsi in ospedale – 2023	155

Allegato - Il problema ICA, esiti della formazione 2024

Introduzione e note metodologiche

La Relazione Sanitaria Aziendale è il documento che l'Azienda annualmente redige entro il 30 giugno, a rendiconto delle attività svolte nel corso dell'anno precedente. Per accordo tra le Aziende e la Regione Toscana, l'Agenzia Regionale di Sanità (di seguito ARS) si incarica di estrarre i dati iscritti nei flussi sanitari regionali, di organizzarli per argomenti di principale interesse, per ex azienda di produzione e per Zona Distretto/SdS; di renderli confrontabili tra loro, standardizzandoli direttamente o indirettamente a seconda delle dimensioni del dato totale. Annualmente, in prossimità del periodo di preparazione del testo della Relazione Sanitaria Aziendale, ARS pubblica in un'apposita sezione del proprio sito tutti i dati a disposizione, organizzandoli per capitoli convenzionalmente predefiniti nella successione e nei contenuti. Ogni capitolo è articolato in indicatori obbligatori e facoltativi. Ogni indicatore viene popolato delle misure ultime rese disponibili a seguito della elaborazione dei dati provenienti dai "flussi sanitari correnti". Non sempre però è possibile analizzare i dati riferibili all'anno precedente: in molti casi, infatti, la disponibilità di quelle informazioni è condizionata e pesantemente limitata dalla completezza delle banche dati di riferimento; in questi casi quindi si è costretti a mantenere in essere le misure calcolate sui dati relativi all'anno precedente o, addirittura come nel caso dell'indicatore "mortalità", a due o più anni precedenti. In taluni casi, l'indisponibilità di indicatori aggiornati rispetto a quelli già rendicontati più volte, ha determinato l'eliminazione dal nostro testo del paragrafo relativo. Molti degli indicatori riportati nella Relazione Sanitaria sono stati corredati anche da un commento finalizzato a descrivere taluni "comportamenti" peculiari di parte della popolazione aziendale (riconoscibile come ex aziende precedenti e/o ambiti zonali), sottolineare le dissonanze di maggior rilievo, spiegare, ove possibile, certe anomalie talvolta solo apparenti. Come già indicato, i dati riprodotti sono quasi tutti resi metodologicamente confrontabili tra loro. Il metodo maggiormente utilizzato e che consente la loro confrontabilità è la "standardizzazione". Essa fondamentalmente autorizza la confrontabilità di dati descrittivi di popolazioni a composizione profondamente diversa, annullando il peso del confondente "età" nella realizzazione del fenomeno oggetto di osservazione. Questo significa che popolazioni complessivamente molto anziane possono essere confrontate nelle loro espressioni fenomeniche con popolazioni molto più giovani, come se le une e le altre fossero composte da un numero di vecchi e di giovani proporzionalmente simile. In un limitato numero di indicatori, invece, non è stata fatta una trasformazione degli stessi secondo modalità standardizzate. In tali casi sono riportati i dati nella forma "grezza" e questa presentazione deve necessariamente essere tenuta in considerazione in quanto non consente di effettuare confronti efficaci tra popolazioni diverse. Normalmente il disallineamento sopra descritto, quello cioè che prevede la possibilità di inserire nella Relazione Sanitaria di un anno informazioni calcolate sulle misure rilevate l'anno precedente, non è in grado di deformare eccessivamente la rappresentazione della realtà epidemiologica, essendo infatti caratteristica delle grandi misure di popolazione con distribuzione "normale" quella di modificarsi lentamente nel tempo. Gli indicatori ottenuti con la elaborazione di grandi o grandissimi numeri, quindi, possono, in condizioni ordinarie, essere "previsti" di anno in anno, con una buona o discreta approssimazione. Cambiano invece quando siano costruiti su numeri relativamente "piccoli" e quindi spesso instabili o quando cambino le condizioni di reclutamento.

Tutti i dati estratti sono stati analizzati dal gruppo di lavoro costituito dagli esperti: Alice Canale, Roberto Della Cerra, Chiara Lorenzini, Tommaso Mariotti, Nunzio Zotti. Il gruppo è coordinato dalla dott.ssa Paola Vivani (UO Epidemiologia aziendale).

Capitolo 1 – Demografia

La popolazione residente è quella fotografata da ISTAT, riferita ai presenti al 1° gennaio di ogni anno. I dati provengono dalla Rilevazione sulla "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" che ISTAT conduce presso le Anagrafi dei comuni italiani. I dati si riferiscono a tutti i comuni italiani e possono essere aggregati, secondo i confini amministrativi vigenti nel periodo considerato, in Zone-Distretto, ASL o intera Regione.

La struttura della popolazione è spesso utilizzata come denominatore per valutare l'offerta dei servizi (numero medio per target).

Età e sesso sono, infatti, due determinanti della salute e del ricorso ai servizi della popolazione.

L'incidenza delle patologie non comunicabili (salvo alcune eccezioni) cresce con l'età, per l'accumularsi delle esposizioni nel corso della vita e per il normale processo di decadimento funzionale della persona. Il trend si riflette anche sulla prevalenza delle malattie (più frequenti tra gli anziani).

Anche le malattie infettive/trasmissibili sono in qualche modo influenzate dall'età, per l'associazione che quest'ultima ha con abitudini e stili di vita (comportamenti ed esposizione a fattori di rischio noti per la trasmissione delle malattie).

Considerazioni analoghe possono valere per il genere. Uomini e donne, per differenze culturali e legate agli stili di vita, oltre che per differenze biologiche ancora in parte non note, hanno pattern di malattie diversi tra loro.

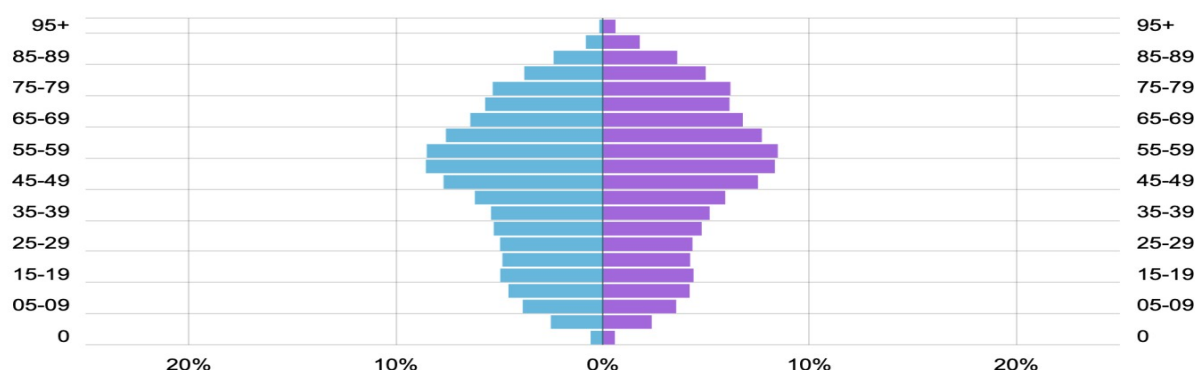
All'interno del proprio contesto territoriale (ad esempio zonale o aziendale), la struttura per età e sesso della popolazione può contribuire a guidare la programmazione dei servizi territoriali e ospedalieri.

1.1 Struttura per età e sesso dei residenti

Struttura per età e sesso dei residenti

Numero

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



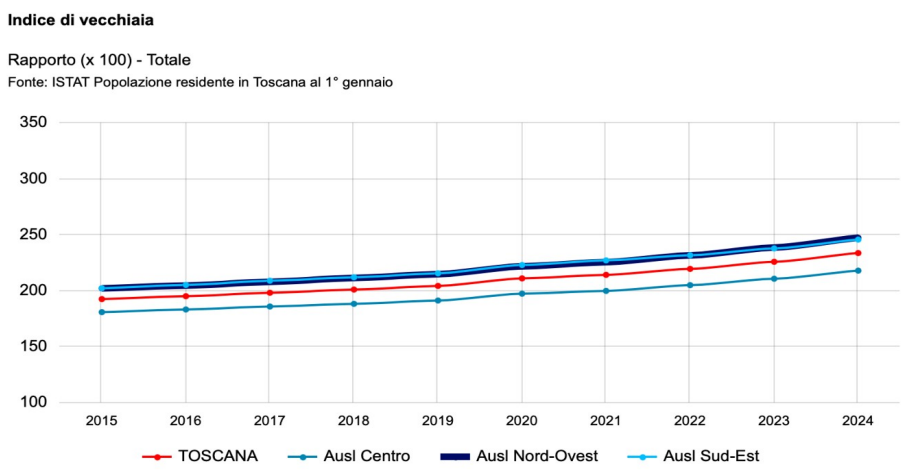
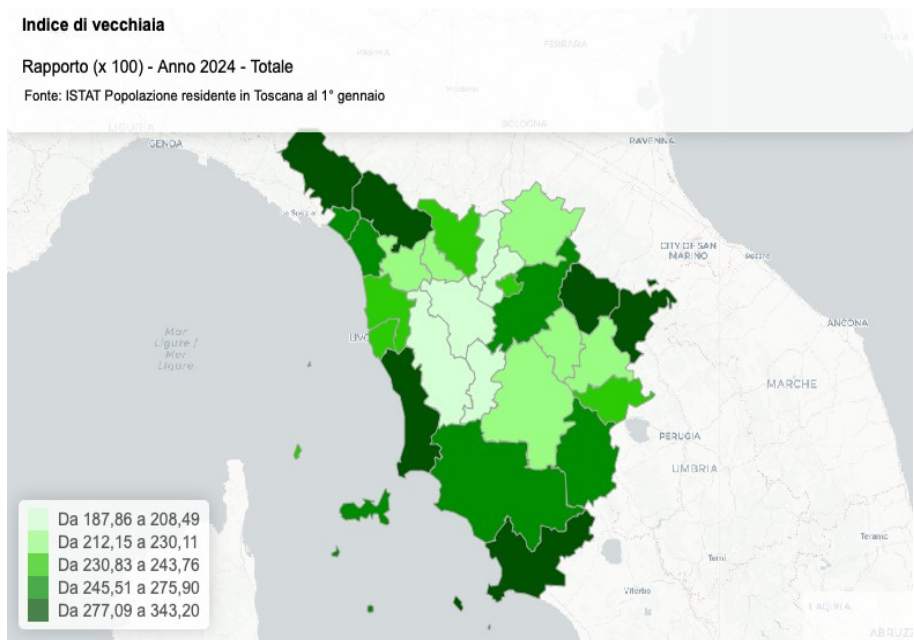
1.2 Indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia è uno dei principali indicatori demografici sintetici, misura dinamica del livello di invecchiamento di una popolazione.

Tende a crescere in misura maggiore se ad un'alta presenza di anziani è associato un basso livello di natalità nel territorio, con una conseguente diminuzione del numero di giovani e una tendenza al calo demografico nel lungo periodo, per la mancanza di un sufficiente ricambio generazionale. Ad esempio, nei paesi economicamente sviluppati, tra cui l'Italia, l'indice tende a crescere in virtù del progressivo invecchiamento della popolazione (aumento della speranza di vita) e del contestuale costante calo delle nascite.

Se letto insieme ad altri indici di struttura (ad esempio di invecchiamento o dipendenza), l'indice di vecchiaia descrive sinteticamente, meglio della semplice media, l'età della popolazione. L'età è un forte determinante di salute, capace di spiegare, almeno in parte, molte delle differenze di incidenza e prevalenza delle malattie osservate tra territori.

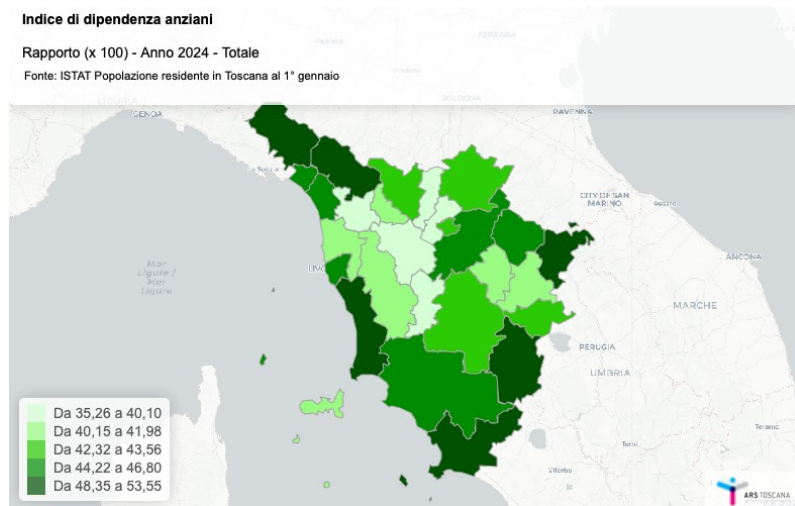
Di conseguenza, è anche un forte determinante di ricorso ai servizi e la presenza di anziani è fortemente associata con il bisogno di cure e assistenza atteso nella popolazione. Per questo l'indice offre un'importante informazione di contesto in sede di programmazione sanitaria e sociosanitaria e può essere utilizzato come parametro di riferimento per l'assegnazione delle risorse.



1.3 Indice di dipendenza anziani

L'indice di dipendenza degli anziani misura quanti over-64 ci sono in proporzione a 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni). È interpretabile come il carico sociale ed economico teorico della popolazione anziana che grava su quella in età attiva: valori elevati segnalano una situazione di squilibrio generazionale.

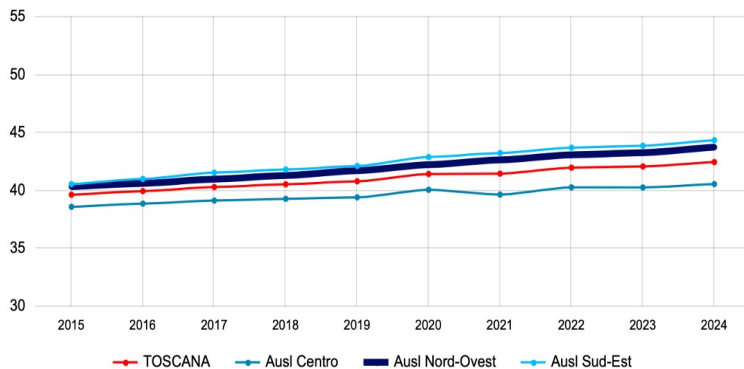
Il termine dipendenza si riferisce al fatto che, convenzionalmente, è la popolazione tra i 15 ed i 64 anni a farsi carico, sia tramite la fiscalità contributiva sia con il sostegno quotidiano, delle fasce di popolazione inattive (tipicamente pensionati o giovani under15).



Indice di dipendenza anziani

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



1.4 Natalità

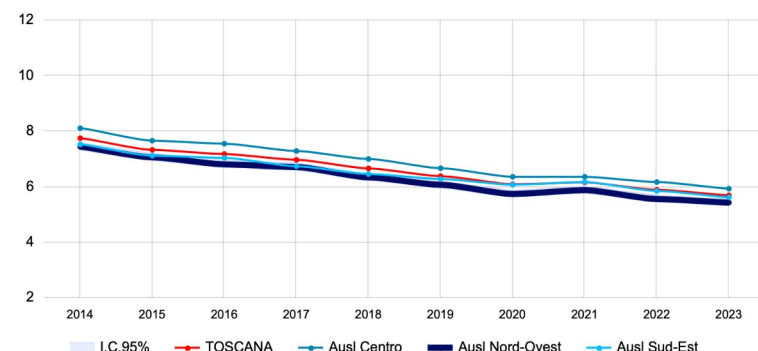
Il tasso di natalità è il rapporto tra il numero delle nascite in una popolazione residente in un determinato territorio in un periodo di tempo e la popolazione media dello stesso periodo e dello stesso territorio. Misura la frequenza delle nascite di una popolazione in un arco di tempo (normalmente un anno) ed è calcolato come rapporto tra il numero dei nati in quel periodo e la popolazione media.

Dal 2014 si sta assistendo in Toscana (come in Italia) ad una contrazione delle nascite. Il fenomeno è in parte riconducibile a un effetto strutturale: stanno uscendo dall'esperienza riproduttiva le generazioni di donne nate a metà degli anni '60, molto più numerose delle generazioni nate nelle decadi successive che hanno appena raggiunto o stanno raggiungendo le età feconde. Le cittadine straniere avevano compensato questo squilibrio strutturale fino al 2010, ma negli ultimi anni è diminuita anche la fecondità delle donne straniere, in parte per la diminuzione dei flussi femminili in entrata, in parte per le modifiche dovute al costante processo di acculturazione che rende i comportamenti delle donne straniere stabilmente residenti sul nostro territorio sempre più simili a quelli osservati nelle donne italiane, con conseguente riduzione della natalità. La natalità totale in ATNO registra un decremento nel triennio 2021-2023 seguendo la tendenza generale della Regione Toscana, ma attestandosi nella media su valori al di sotto della media regionale.

Natalità

Tasso grezzo (x 1000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



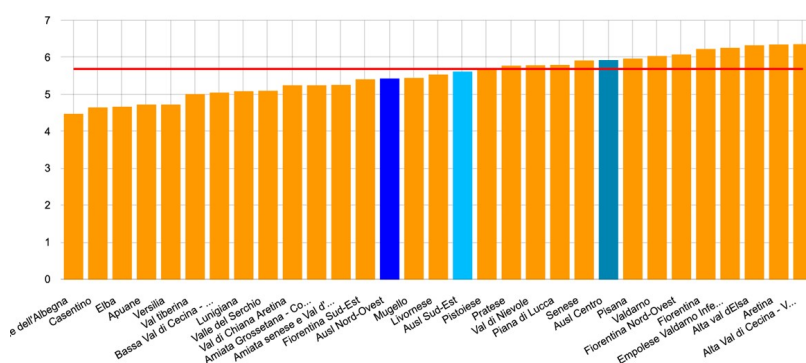
calcolato al 31.12 dell'anno



Natalità

Tasso grezzo (x 1000) - Anno 2023 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



calcolato al 31.12 dell'anno



1.5 Nati di cittadinanza non italiana

L'incidenza dei nati con almeno un genitore straniero sul totale delle nascite è un indicatore che consente di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Toscana.

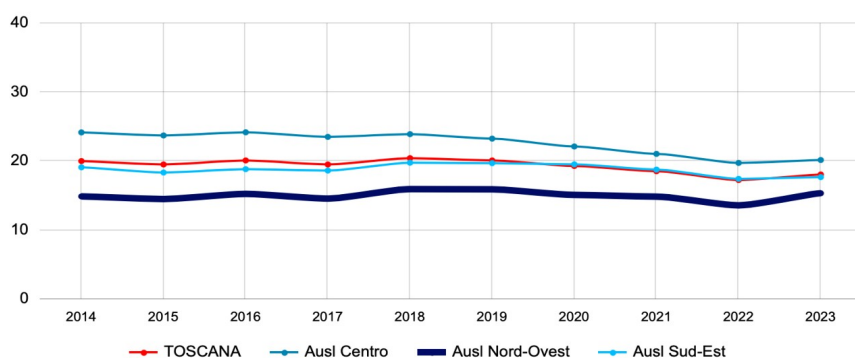
Come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello ius sanguinis, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo toscano, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano.

La contrazione delle nascite già citata sta iniziando a coinvolgere anche le straniere, in parte per la diminuzione dei flussi femminili in entrata, in parte per le modifiche dovute al costante processo di acculturazione che rende i comportamenti delle donne straniere stabilmente residenti nel nostro territorio sempre più simili a quelli osservati nelle donne italiane. Nonostante questo, si sono registrate oscillazioni tutto sommato stabili nel decennio.

Nati di cittadinanza non italiana

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente straniera al 31 dicembre, ISTAT Movimento e calcolo della popolazione straniera residente

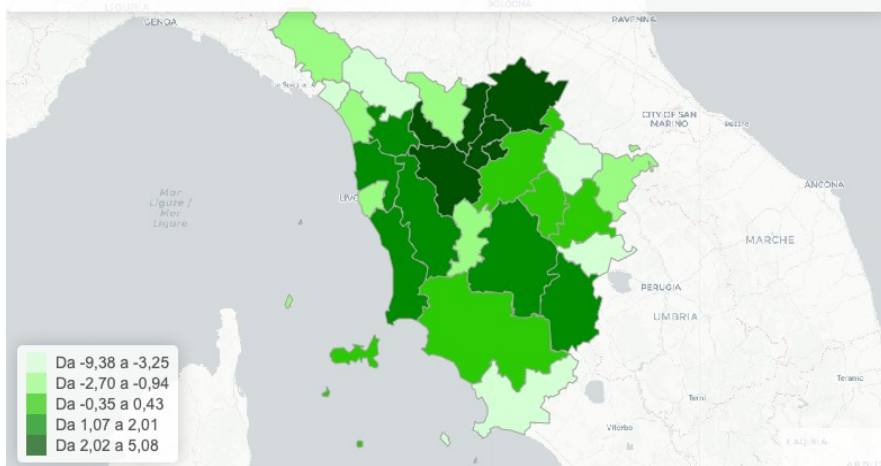


1.6 Quoziente di incremento totale della popolazione

Quoziente di incremento totale della popolazione

Saldo - Anno 2023 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



La popolazione è quella fotografata da ISTAT, riferita ai presenti al 1° gennaio di ogni anno. I dati provengono dalla Rilevazione sulla "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" che ISTAT conduce presso le Anagrafi dei comuni italiani.

I dati si riferiscono a tutti i comuni italiani e possono essere aggregati, secondo i confini amministrativi vigenti nel periodo considerato, in Zone-Distretto, ASL o intera Regione.

L'indicatore misura la direzione e la velocità con cui si modifica la popolazione. Territori con un saldo di popolazione positivo tendono ad attrarre nuovi residenti da altre zone e/o ad avere tassi di natalità superiori ai tassi di mortalità, caratteristiche solitamente associate a maggior dinamismo e vitalità (opportunità lavorative, alta fecondità, buona qualità della vita).

È atteso che in presenza di saldi positivi la popolazione tenda a veder diminuire la propria età media, per l'effetto combinato del ricambio generazionale e della dinamica migratoria.

Il trend passato dell'indicatore può aiutare a prevedere la struttura per età della popolazione a breve/medio termine.

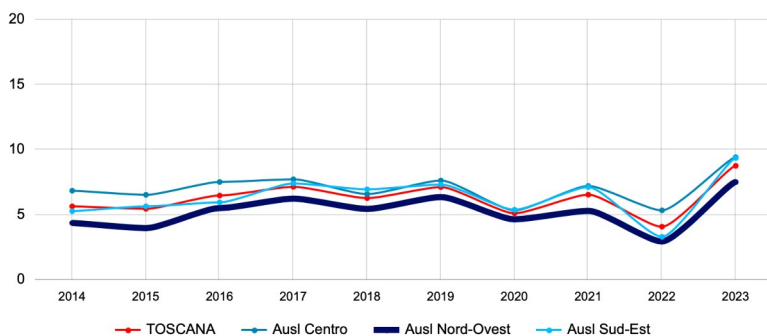
Nel 2023, l'ATNO ha registrato complessivamente un rapporto di -0,2, con un range compreso tra -3,5 (nella Valle del Serchio) e 2,0 (in Alta Val di Cecina-Valdera)

1.7 Stranieri nuovi iscritti all'anagrafe

Stranieri nuovi iscritti alla anagrafe

Rapporto (x 1000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 31 dicembre, ISTAT Movimento e calcolo della popolazione straniera residente



L'indicatore misura l'intensità dei flussi migratori, in relazione alla popolazione residente nel territorio. Sono considerati solamente gli stranieri regolarmente iscritti alle anagrafi comunali.

La popolazione straniera può avere, specialmente nel periodo immediatamente successivo all'arrivo, caratteristiche di salute e modalità di ricorso ai servizi sanitari e sociosanitari molto diverse da quelle della popolazione autoctona. Tali differenze tendono ad ampliarsi all'aumentare della distanza tra il paese di origine e quello di destinazione, per posizione geografica, cultura, qualità e organizzazione del sistema sanitario e di welfare.

È noto che mediamente la popolazione immigrata è più giovane di quella autoctona, sono infatti gli adulti in età lavorativa (e le loro famiglie) che tendono a spostarsi. Le differenze più evidenti con la popolazione autoctona possono riguardare inoltre gli stili di vita (dieta, abitudine al fumo e al consumo di alcol, attività fisica), il livello di istruzione o lo status economico (spesso alla causa del processo migratorio), tutti determinanti noti, insieme all'età, dello stato di salute e del ricorso ai servizi.

Altre differenze evidenziate dagli indicatori demografici riguardano i livelli di natalità e di mortalità. La diminuzione delle nascite tra le coppie italiane è compensata, almeno in parte, da quelle straniere che, storicamente, hanno un numero medio di figli superiore. La struttura per età più giovane, unita alla possibilità che l'immigrato torni nel proprio paese di origine una volta terminata l'esperienza lavorativa, corrisponde a livelli di mortalità più bassi rispetto a quelli osservati nella popolazione autoctona.

Oltre agli aspetti epidemiologici e demografici vanno inoltre considerati quelli sociali. Rappresentando una popolazione potenzialmente svantaggiata, il welfare si è dotato di percorsi appropriati per la presa in carico di eventuali situazioni di difficoltà (ad es. servizi di accoglienza, integrazione, supporto all'inserimento scolastico e nel mondo del lavoro).

Per quanto detto, conoscere l'impatto del fenomeno migratorio può contribuire a effettuare previsioni a breve/medio termine sulle ricadute sulla salute della popolazione e i servizi sanitari.

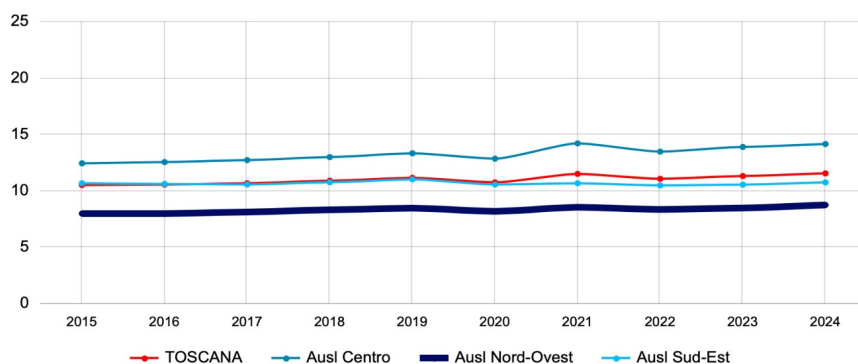
Nel caso dell'ATNO, come per la Regione e le altre Aziende, si è assistiti nell'ultimo anno analizzato a un incremento della quota di nuovi stranieri iscritti, attestandosi su un valore di 7,5 per 1.000 abitanti, mostrando il punteggio maggiore in Bassa Val di Cecina-Val di Cornia (10,2 per 1.000 abitanti).

1.8 Proporzione stranieri iscritti all'anagrafe

Proporzione stranieri iscritti alla anagrafe

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



Parlando di popolazione straniera iscritta all'anagrafe comunale, trattiamo di persone che per motivi di carattere economico, studio o umanitario, risiedono stabilmente sul territorio. L'indicatore descrive la proporzione di stranieri iscritti all'anagrafe di un comune della Toscana (e quindi residenti) sul totale della popolazione residente in Toscana. Questa misura può essere utilizzata come proxy per descrivere il livello di attrattiva economica e sociale di un territorio che, grazie a politiche produttive e d'inserimento, favorisce la

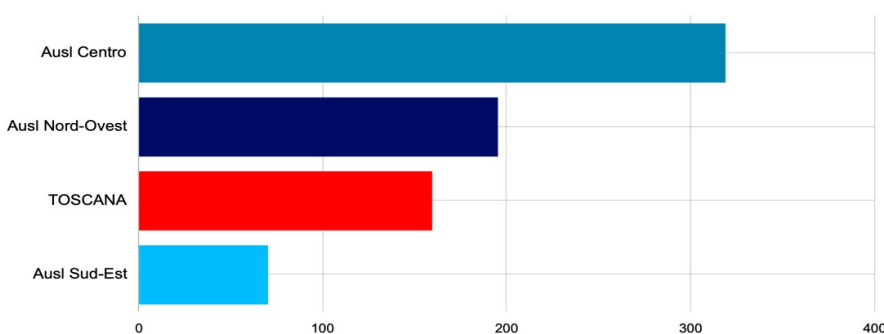
stabilizzazione della popolazione straniera. Negli anni, l'ATNO si è mantenuta stabile su tale indicatore.

1.9 Densità abitativa: numero di residenti per Km quadrato

Densità abitativa - Numero residenti per Km quadrato

Proporzione - Anno 2024 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



La densità abitativa misura il numero di persone che vivono in una determinata area, considerabile come un proxy del livello di urbanizzazione di un territorio: tende a diminuire infatti nelle aree rurali, montane o periferiche. La densità di popolazione, in quanto legata all'urbanizzazione, può avere effetti diretti e indiretti sulla salute, legati all'ambiente (aria, acque, rumore), ai determinanti sociali e di comunità (reti di comunità, disuguaglianze), all'accesso ai servizi o agli stili di vita (propensione all'attività fisica in primis).

Le evidenze sull'effetto del livello di urbanizzazione sulla salute non sono univoche, entrambi gli estremi della scala (elevata o minima densità abitativa) hanno vantaggi e svantaggi. La sfida è di riuscire a massimizzare i vantaggi e minimizzare gli svantaggi.

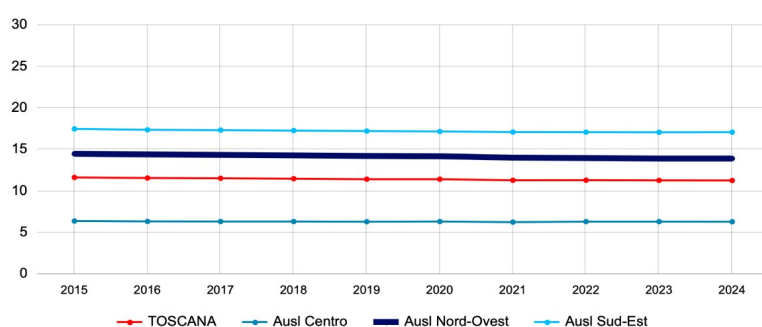
Il dato di ATNO nel 2024 (195,0 abitanti per km2) è lievemente sopra la media di Regione Toscana, ma in una posizione intermedia tra i due estremi dati dalla Azienda USL Toscana Sud-Est e l'Azienda USL Toscana Centro (rispettivamente 70,0 e 318,6 abitanti per km2).

1.10 Popolazione residente nei comuni montani

Popolazione residente in comuni montani

Proporzione (x 100) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Come per l'urbanizzazione, anche il contesto montano può avere effetti diretti e indiretti sulla salute, lega all'ambiente, ai determinanti sociali e di comunità, all'accessibilità dei servizi (accessibilità e distanza) o agli stili di vita (propensione all'attività fisica, dieta).

Solitamente la popolazione che vive in comuni montani è mediamente più anziana di quella che vive in comuni urbani.

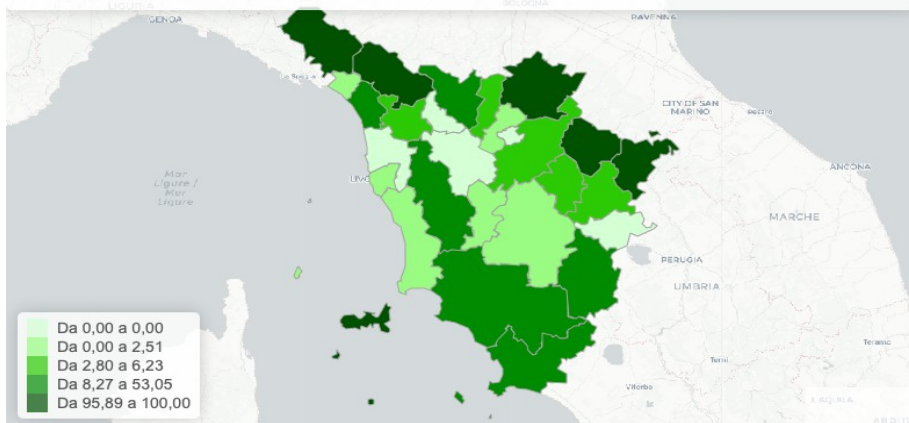
Trattandosi di uno dei parametri che contribuiscono a determinare l'intensità del ricorso ai servizi da parte della popolazione, in sede di programmazione sanitaria e sociosanitaria l'indicatore può rappresentare anche un riferimento per valutare l'adeguatezza dell'offerta (sedi di presidi, tipologia di prestazioni erogate) rispetto alla domanda attesa.

Il dato di ATNO, come quello medio della Regione e quello delle altre due Aziende USL, è sostanzialmente immutato nel corso degli anni. Il dato di ATNO (13,9%) è lievemente sopra la media regionale, data la Lunigiana e la Valle del Serchio, che - insieme al Mugello, il Casentino e la Valtiberina - mostrano i valori più alti di popolazione residente in comuni montani.

Popolazione residente in comuni montani

Proporzione (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

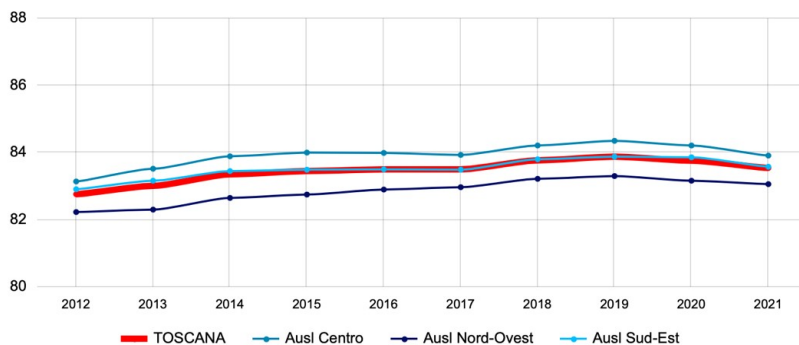


1.11 Speranza di vita alla nascita

Speranza di vita alla nascita

Speranza di vita - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



L'indicatore misura il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita in base ai tassi di mortalità osservati nell'ultimo triennio. Si tratta di uno degli indicatori di salute più utilizzati, perché è riflesso non solo dei livelli di mortalità di una popolazione, ma anche dell'età media di incidenza dei decessi (se in età relativamente giovane o meno).

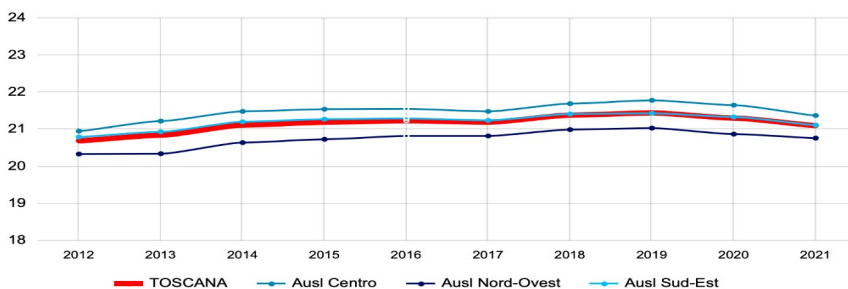
L'aspettativa di vita alla nascita è anche una misura della qualità generale della vita in un paese e riassume la mortalità a tutte le età. Si trova spesso associata al livello di sviluppo economico dei paesi, perché è atteso che con l'aumento del benessere aumentano anche la qualità delle cure e le condizioni igieniche della popolazione, con un impatto positivo sulla diffusione delle malattie infettive, sulla cura delle patologie e, di conseguenza, sulla probabilità di decesso. Nel caso specifico della ATNO, sebbene in aumento dal 2012, dal 2019 mostra una lievissima flessione della curva, attestandosi su un'età di 83,1 anni, rispetto a una media regionale di 83,6.

1.12 Speranza di vita a 65 anni

Speranza di vita a 65 anni

Speranza di vita - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



L'indicatore misura il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al compimento dei 65 anni d'età in base ai tassi di mortalità osservati nell'ultimo triennio. Si tratta di uno degli indicatori di salute più utilizzati, perché è riflesso dei livelli di mortalità della popolazione anziana.

A livelli più bassi corrispondono tassi di mortalità più alti e viceversa. L'aspettativa di vita a 65 anni è anche, come quella alla nascita, una misura della qualità generale della vita in un paese. Si trova spesso associata al livello di sviluppo economico dei paesi, perché è atteso che con l'aumento del benessere aumentino anche la qualità delle cure e le condizioni igieniche della popolazione, con un impatto positivo sulla diffusione delle malattie infettive, sulla cura delle patologie e, di conseguenza, sulla probabilità di decesso. Il pattern del grafico nel corso degli anni è lo stesso osservato nel caso della speranza di vita media di cui al punto precedente, attestandosi a 20,8 anni nel 2021.

Capitolo 2- Stili di vita

L'attenzione agli stili di vita è un punto centrale nell'attività di valutazione e programmazione delle Aziende Sanitarie. I quattro principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema di sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) - fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica, sono ormai riconosciuti come fattori di rischio per molte patologie cronico-degenerative e, in quanto tali, devono essere oggetto di campagne di prevenzione e di un attento monitoraggio nella popolazione.

A tal proposito, l'esigenza di informazione e monitoraggio sui comportamenti a rischio e sulle abitudini dei cittadini è prevista come punto programmatico della strategia europea "Guadagnare Salute", alla quale l'Italia ha aderito e partecipa in modo attivo da anni.

2.1 Fumo di sigaretta

Il fumo di tabacco rientra tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. Attualmente sono oltre 1 miliardo i fumatori in tutto il mondo ed in Italia, come in molti paesi economicamente sviluppati, il fumo di tabacco costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. Si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Secondo la definizione dell'OMS con "fumatore" si identifica una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Nell'ultimo decennio a livello globale si è assistito ad una lenta diminuzione del consumo di sigarette in particolar modo nei paesi industrializzati.

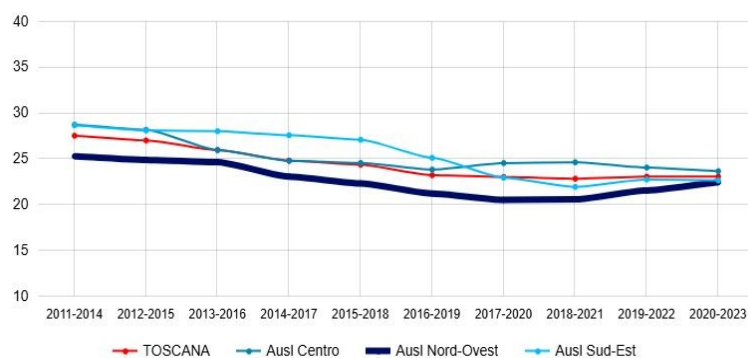
Nel nostro paese la diminuzione dei consumi di tabacco ha avuto inizio a partire dagli anni '80, in particolare grazie ad una minor prevalenza di maschi fumatori e alla crescente quota di ex-fumatori. Secondo i dati più recenti in Italia i fumatori (di 15 anni e più)

rappresentano circa il 22% della popolazione adulta.

Fumatori (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



L'indicatore stima la quota di persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni che rientra nella definizione dell'OMS di fumatore.

La Ausl Nord Ovest ha il più basso rapporto di fumatori rispetto alle altre Ausl e alla media della Regione (22,49% Ausl NO vs 23,11% media regionale). Nell'ultimo decennio, nella Ausl Nord Ovest si è assistito ad una progressiva diminuzione del numero totale di fumatori, che negli ultimi anni si è però arrestata determinando persino un aumento passando da un valore di 20,56%

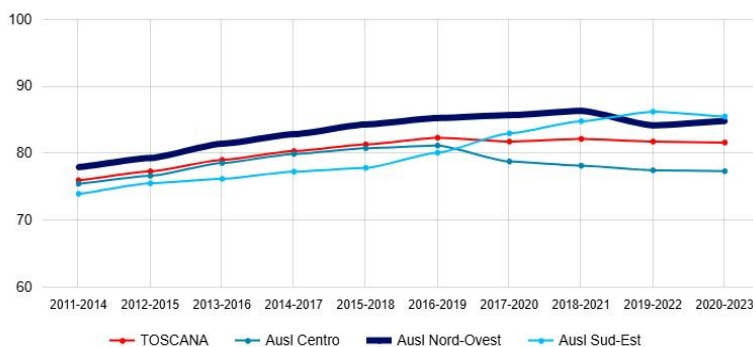
nel triennio 2017-2020 a un valore di 22,49% nel triennio 2020-2023. Il dato resta comunque inferiore rispetto a quello registrato nelle altre Ausl e alla media regionale (23,11%). Il parametro considerato comprende tutti i fumatori indipendentemente dal numero di sigarette fumate.

Ad oggi la cessazione del fumo rappresenta il mezzo più efficace per fermare la progressione della malattia polmonare ostruttiva cronica, le patologie cardiocircolatorie e tutte le altre conseguenze sanitarie oramai note. Definizione di ex-fumatore: una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di sei mesi. L'indicatore stima la quota di residenti toscani in età adulta (18-69 anni) che riferiscono di essere in questa condizione e che risultano dunque non più esposti ai rischi associati al tabagismo.

Specularmente al rapporto di fumatori, il rapporto di ex-fumatori nella Ausl Nord Ovest è diminuito negli ultimi anni, passando da un valore di 19,24% nel triennio 2018-2021 ad un valore di 14,96% nel triennio 2020-2023. Il valore registrato è comunque il più basso delle tre Ausl e della media regionale (17,37%).

Adulti (18-69 anni) che non consentono di fumare nella propria casa

Rapporto pesato (x 100) - Totale
Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI

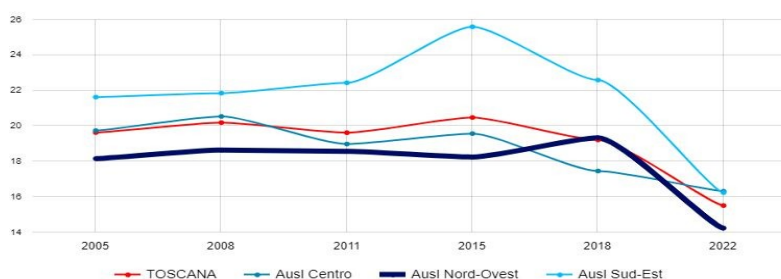


La letteratura mostra come l'esposizione al fumo passivo sia stata causalmente associata a svariati esiti avversi per la salute, tra cui malattie cardiache e cancro ai polmoni negli adulti, un aumento del rischio di infezioni respiratorie acute e sindrome della morte improvvisa infantile nei bambini, etc. L'eliminazione completa del fumo negli ambienti domestici rappresenta l'unico modo per proteggere i non fumatori. L'indicatore fa riferimento ai comportamenti abituali tenuti nell'ambiente domestico e stima la quota di adulti toscani di età compresa tra i 18 e i 69 anni (che vivono in casa con minori di 14 anni) che dichiarano

di non consentire l'uso di sigarette (e tabacco in generale) nelle proprie abitazioni. Nonostante l'aumento del numero di fumatori, nella Ausl Nord Ovest nell'ultimo triennio si è assistito ad un aumento degli adulti che non consentono di fumare nelle proprie case con un rapporto del 84,91%, maggiore rispetto anche alla media della Regione del 81,69%.

Studenti e studentesse (14-19 anni) che fumano regolarmente

Prevalenza - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



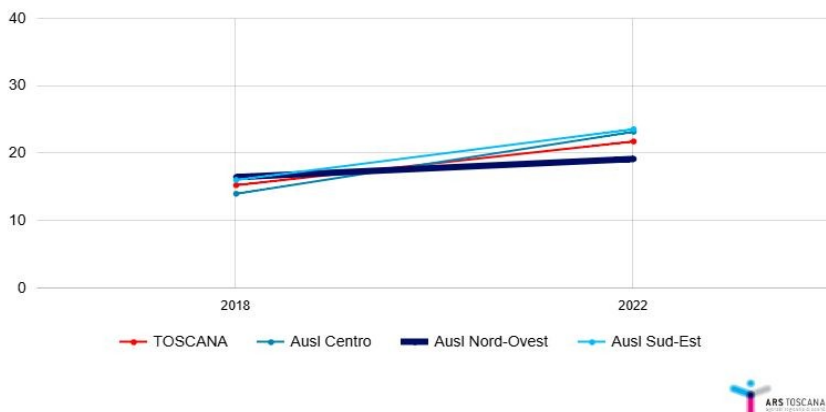
Una buona parte dei fumatori adulti sviluppa la propria abitudine al fumo in età adolescenziale, avendo così una maggiore probabilità di essere tabagista nell'età adulta. La stima ottenuta con questo indicatore fornisce una misura della diffusione degli adolescenti toscani che fumano sigarette quotidianamente e che quindi, oltre a rientrare nella

categoria dei fumatori, riportano anche un maggior rischio di consolidare nel tempo il tabagismo acquisito.

Anche per quanto riguarda l'abitudine al fumo degli studenti tra i 14 e i 19 anni, la Ausl Nord Ovest ha un valore di prevalenza inferiore rispetto alle altre Ausl e alla media della Regione (14,25 Ausl NO vs 15,52 media Regione). Negli ultimi 5 anni si è assistito ad una progressiva diminuzione del numero totale di studenti fumatori, passando da un valore di prevalenza di 19,34 nel 2018 a un valore di 14,25 nel 2022.

Studenti e studentesse (14-19 anni) che utilizzano sigarette elettroniche

Prevalenza - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



L'uso della sigaretta elettronica (e-cig) nasce come alternativa, tra quelle già esistenti, finalizzata alla disassuefazione del fumo di sigaretta e dunque alla diminuzione del tabagismo e dei suoi effetti sulla salute. Tuttavia nel tempo gli studi scientifici hanno dimostrato che l'impiego di e-cig ha dimostrato un'efficacia non superiore a quella degli altri metodi di disassuefazione.

Inoltre, negli ultimi anni, l'impiego di questi device si è ampiamente diffuso nei segmenti giovanili della popolazione. Secondo quanto riportato in letteratura l'uso da parte dei giovani non è finalizzato alla disassuefazione poiché la maggioranza degli utilizzatori non è un tabagista. Inoltre è stato dimostrato che in alcuni casi l'uso della e-cig è associato ad una maggiore probabilità di iniziare a fumare sigarette.

Questo indicatore stima la quota di adolescenti toscani che utilizzano la e-cig con regolarità (quotidianamente) e che quindi sono maggiormente esposti al rischio di iniziare a fumare sigarette.

Nel 2018 l'Ausl Nord Ovest aveva la prevalenza di ragazzi e ragazze tra i 14 e i 19 anni che utilizzano sigarette elettroniche maggiore rispetto alla media regionale e alle altre Ausl (16,53 vs 15,33 media Regione). Nel 2022 questo valore è diminuito diventando il più basso delle tre Ausl e della relativa media Regionale (19,22 vs 21,82 media Regione).

2.2 Consumo di alcol

Secondo quanto stimato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sono circa 2 miliardi le persone che consumano bevande alcoliche nel mondo. Le conseguenze sanitarie dell'uso e abuso di alcol consistono in oltre 200 malattie ed infortuni (epatopatie, malattie gastroenteriche e cardiocircolatorie, alcol dipendenza, tumori, incidenti stradali etc) e rappresentano una delle principali cause di morte e disabilità, in particolar modo tra i giovani adulti, provocando circa 3,3 milioni di decessi l'anno.

Per poter misurare e monitorare il consumo di alcol in relazione alle dosi assunte, si utilizzano le unità alcoliche (UA). 1 UA corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Secondo le evidenze scientifiche emerse, ad oggi, il consumo abituale (o moderato) di alcolici viene definito in relazione al numero di UA consumate in media al giorno:

- soglia del consumo moderato per gli uomini = 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno, corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni; per le donne = 1 UA in media al giorno, corrispondenti a 30 UA negli ultimi 30 giorni.

Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come consumo abituale elevato:

- uomini che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >2 unità alcoliche al giorno (cioè >60 UA negli ultimi 30 giorni) e donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >1 unità alcolica al giorno (cioè >30 UA negli ultimi 30 giorni).

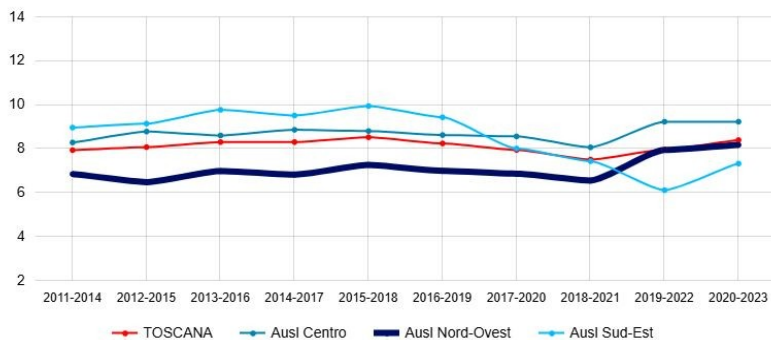
L'indicatore stima il rapporto di uomini tra i 18 e i 69 anni che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >2 unità alcoliche al giorno (cioè >60 UA negli ultimi 30 giorni) più le donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >1 unità alcol al giorno (cioè >30 UA negli ultimi 30 giorni).

Negli ultimi anni il consumo abituale di alcol ha subito una diminuzione, ma nonostante questo la Asl Toscana Nord ovest ha la maggior percentuale di persone che consumano abitualmente dosi elevate di alcol, rispetto alle altre Asl e alla media della Regione Toscana (2,89% Asl NO vs 2,4% media regionale nel triennio 2020-2023).

Binge drinkers (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



Il Binge drinking viene definito come un consumo negli ultimi 30 giorni di 5 o più UA in una singola occasione per i maschi e 4 UA per le femmine. Il consumo episodico eccessivo di alcol comporta un sostanziale incremento del rischio di incorrere in danni acuti correlati all'alcol o lesioni traumatiche (per es. incidenti stradali o episodi di violenza) ed è associato anche con un aumento del rischio di dipendenza e di

effetti nocivi cronici.

Negli ultimi 20 anni in Italia (ancor più in Toscana) i pattern di consumo di alcolici hanno sperimentato diversi cambiamenti andando a consolidare la coesistenza di due principali modelli di consumo, quello "mediterraneo", più tradizionale per il nostro paese, caratterizzato da un consumo in prevalenza durante i pasti e dedicato maggiormente al vino e ai contesti familiari e un modello "nordico", più tipicamente giovanile, contraddistinto dal consumo di grandi quantità di superalcolici, aperitivi e birra in contesti ricreativi e di aggregazione. Le stime calcolate con questo indicatore consentono di osservare la dimensione e l'andamento dei comportamenti legati al consumo di alcolici più simili al modello "nordico" e ad oggi più diffusi nelle fasce giovanili della popolazione.

Rispetto alla media regionale di 8,41% nel triennio 2020-2023, la Nord Ovest ha un numero più basso di Binge drinkers (8,19%). Nell'ultimo decennio l'andamento ha subito varie oscillazioni ma ad oggi il trend è in aumento (6,57% del 2018-2021 e 7,96% nel 2019-2022).

L'uso e abuso di alcol comporta oltre a varie malattie anche infortuni, *in primis* incidenti stradali che rappresentano una delle principali cause di morte e disabilità, in particolar modo tra i giovani adulti, provocando circa 3,3 milioni di decessi l'anno.

La guida sotto l'effetto di alcol si identifica in un soggetto che si mette alla guida di un mezzo entro 1 ora dall'aver consumato 2 o più UA.

Per guidare auto e motoveicoli è necessaria una piena lucidità e padronanza delle proprie capacità psico-fisiche. Bere prima di guidare comporta un aumentato rischio di incidenti, con danni sia alla persona che beve sia a terzi. Le stime calcolate con questo indicatore consentono di osservare la dimensione e l'andamento di questo comportamento nella popolazione adulta.

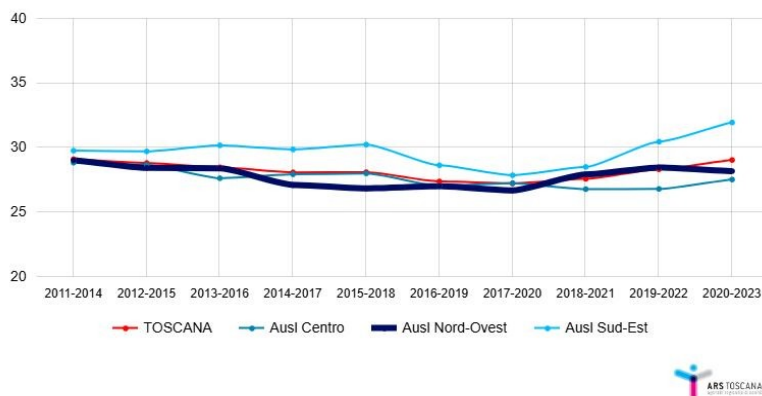
Negli ultimi anni si è assistito ad una graduale diminuzione del numero di persone che si mette alla guida sotto l'effetto dell'alcol. Nel triennio 2020-2023 l'Ausl Nord Ovest ha confermato questo trend con un rapporto del 3,09% (8,34% nel 2011-2014), valore inferiore anche alla media della Regione del 3,77%.

2.3 Sovrappeso ed obesità

Sovrappeso e obesità, sono condizioni associate a importanti rischi per la salute ed *in primis* alle malattie cardiovascolari. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 1980 ad oggi l'obesità nel mondo è più che raddoppiata, gli adulti in sovrappeso raggiungono il 39% e gli obesi il 13%. La condizione di obesità se consolidata è difficile da invertire ed è associata ad un aumentato rischio di malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2 e alcuni tumori. Il controllo del peso rappresenta un fattore fondamentale nella prevenzione di queste patologie.

Sovrappeso (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale
Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



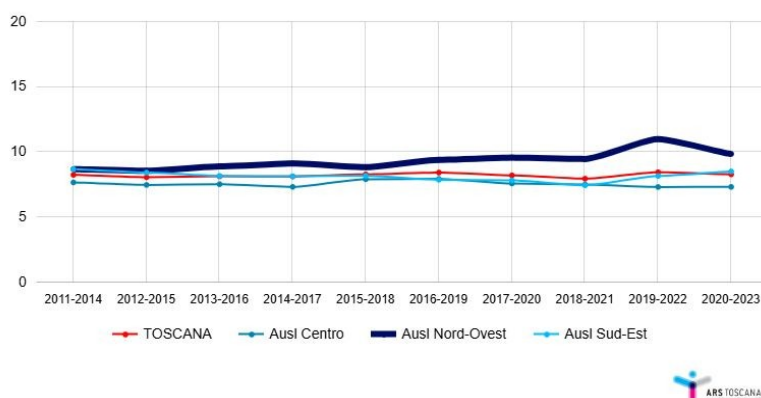
L'indicatore misura la stima di adulti toscani di età compresa tra i 18 e i 69 anni che riportano valori di Indice di Massa Corporea (IMC) riconducibili alla condizione di sovrappeso (IMC \geq 25 e $<$ 30 kg/m² peso e altezza autoriferiti). Ad oggi la Ausl Toscana Nord Ovest ha una percentuale di persone in sovrappeso inferiore rispetto alla media regionale (28,21% NO vs 29,07% Regione) e rispetto al triennio precedente (28,49% 2019-2022).

Sovrappeso e obesità in giovane età (infanzia e adolescenza) possono persistere fino all'età adulta e risultano associati a comorbidità fisiche e psicosociali, nonché a scarsi risultati cognitivi. Questo indicatore per mezzo del calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) stima la quota di adolescenti (età 14-19 anni) toscani in sovrappeso e che sono dunque esposti ai rischi connessi con questa condizione.

Sebbene la prevalenza negli adolescenti della Ausl Toscana Nord Ovest sia inferiore rispetto alla media delle regione Toscana (14,8 NO vs 14,95 Regione), negli ultimi anni si è assistito ad un incremento passando da una prevalenza di 13,79 nel 2018 ad una prevalenza del 14,8 nel 2022.

Obesità (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale
Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



L'indicatore misura la stima di adulti toscani di età compresa tra i 18 e i 69 anni che riportano valori di Indice di Massa Corporea (IMC) riconducibili alla condizione di obesità ((IMC) ≥ 30 kg/m² peso e altezza autoriferiti).

Negli ultimi anni, nella Ausl Nord ovest, si è assistito ad un progressivo aumento del numero delle persone obese che si è arrestato nell'ultimo triennio (con un valore massimo di 11,02% nel 2019-2022) con una successiva diminuzione fino al raggiungimento del valore di 9,88% nel 2020-2023. La Ausl Toscana Nord Ovest ha comunque una percentuale maggiore rispetto alle altre Ausl e alla media delle Regione (8,31%).

Questo indicatore per mezzo del calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) stima la quota di adolescenti (età 14-19 anni) toscani affetti da obesità e che sono dunque esposti ai rischi connessi con questa condizione.

Il rapporto degli adolescenti obesi della Ausl Toscana Nord Ovest risulta leggermente superiore rispetto alla media delle regione Toscana (2,92% NO vs 2,89% Regione).

In analogia alla condizione di sovrappeso, negli ultimi anni si è assistito ad un incremento del numero di adolescenti obesi passando da un valore del 2,3% nel 2018 ad un valore del 2,92% nel 2022.

2.4 Sedentarietà

L'attività fisica è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come «qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico». Perché un individuo sia fisicamente attivo sono sufficienti le azioni e i movimenti che fanno parte della vita quotidiana, come camminare, ballare, andare in bicicletta e fare i lavori domestici.

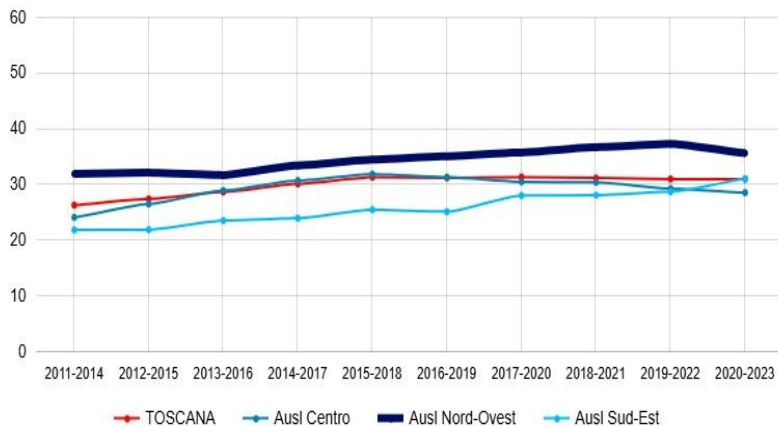
Praticare una regolare attività fisica, preferibilmente di tipo aerobico e non necessariamente ad alta intensità, contribuisce infatti a migliorare la qualità della vita a ogni età in quanto influisce positivamente sia sullo stato di salute fisica (prevenendo e/o alleviando molte patologie croniche) sia sul grado di soddisfazione personale (supportando il benessere psichico e sociale). L'esercizio fisico, infatti, riduce la mortalità del 20-35%, aiuta a prevenire le malattie metaboliche e cardiovascolari (con una riduzione del rischio di incorrere in coronaropatia e ictus che va dal 20% al 35%) e neoplastiche (riduzione del rischio di cancro della mammella del 20% e di tumore del colon tra il 30% e 50%). L'attività fisica riduce inoltre il tessuto adiposo in eccesso, agisce come fattore protettivo sulla pressione arteriosa e modula positivamente il colesterolo nel sangue, controlla il livello di glicemia e riduce il rischio di diabete di tipo 2 del 35-50%. Uno stile di vita attivo comporta benefici evidenti per l'apparato muscolo-scheletrico prevenendo e/o attenuando le artrosi e contribuisce anche a ridurre il rischio di depressione del 20-30%, di ansia, stress e solitudine.

Recentemente, l'OMS ha stimato che nel mondo 1 adulto su 4 non è sufficientemente attivo e l'80% circa degli adolescenti non raggiunge i livelli raccomandati di attività fisica.

Sedentari (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



L'indicatore è rappresentato dalla percentuale di soggetti di età 18-69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di non aver fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista. L'Ausl Nord Ovest ha la maggior percentuale di soggetti sedentari con un valore di 35,75% rispetto alla media regionale del 31,1%. Il valore registrato è però inferiore a quello del precedente triennio 2019-2020 (37,4%).

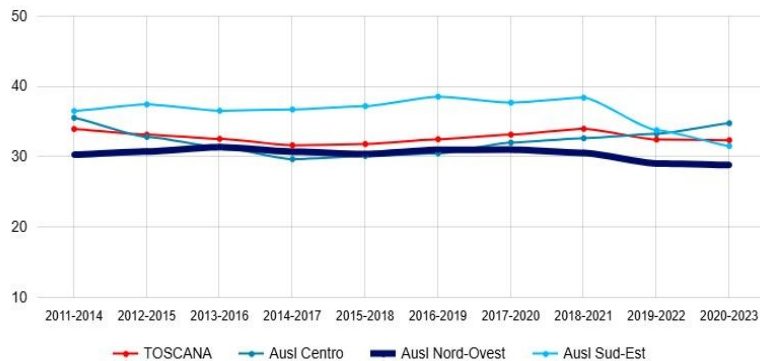
L'indicatore è rappresentato dalla proporzione di soggetti di 14-19 anni sedentari.

Al contrario delle altre Ausl e della media regionale (12,55), la prevalenza degli adolescenti sedentari della Ausl Toscana Nord Ovest è in aumento (13,03 nell'anno 2022 rispetto a 12,58 dell'anno 2018).

Fisicamente attivi (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



L'indicatore è rappresentato dalla percentuale di persone di età 18-69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro pesante dal punto di vista fisico oppure di aver fatto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, 30 minuti di attività moderata, per almeno 5 giorni alla settimana.

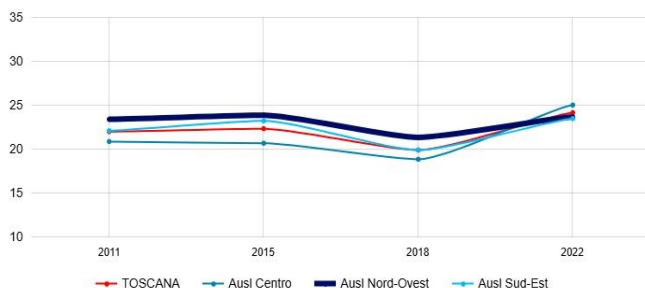
L'Ausl Nord Ovest negli ultimi anni ha registrato valori inferiori rispetto alle altre Ausl e alla media della Regione. Nel triennio 2020-2023 il rapporto pesato di adulti fisicamente attivi è del 28,92% (media regionale 32,44%).

L'attività fisica, ricreativa o sportiva, ha un ruolo prioritario per la salute e riveste particolare rilevanza durante l'età evolutiva. L'adozione nei bambini e negli adolescenti di sane abitudini rispetto all'attività fisica e sportiva, favorisce la riduzione del rischio di obesità e malattie croniche ad essa correlate nell'età adulta.

Studenti e studentesse (14-19 anni) che svolgono attività fisica per un totale di almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni a settimana

Prevalenza - Totale

Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



La pratica di attività fisica appropriata nei più giovani infatti favorisce un sano sviluppo anche dei tessuti muscolo-scheletrici, del sistema cardiovascolare, del coordinamento e controllo del movimento e contribuisce allo sviluppo di una buona socializzazione, favorendo la costruzione della fiducia in se stessi e l'interazione sociale. Secondo l'OMS le raccomandazioni inerenti il movimento per bambini e ragazzi (età compresa tra i 5 e i 17 anni) consiste in "almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività sportive".

L'indicatore stima la quota di adolescenti toscani (14-19 anni) che riferisce di svolgere attività fisica secondo i livelli raccomandati e che assume comportamenti con effetti protettivi per la salute.

Secondo i dati del 2022, l'Ausl Nord Ovest ha una prevalenza di ragazzi e ragazze tra i 14 e i 19 anni che svolge attività fisica per un totale di almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni a settimana del 23,72%. Il valore risulta inferiore rispetto alla media regionale del 24,2%, ma maggiore rispetto al valore dell'anno 2018 (21,39%).

2.5 Nutrizione

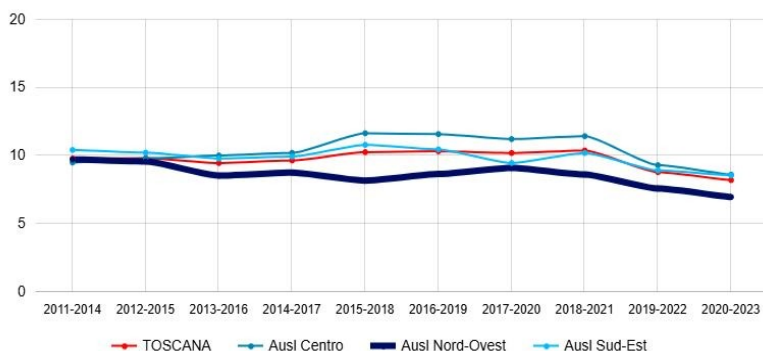
Le persone che hanno un regime alimentare ricco di frutta e verdura presentano un minor rischio di sviluppare malattie croniche non trasmissibili, tra cui ictus, ipertensione, diabete, altre patologie cardiovascolari, alcuni tipi di tumori, malattie respiratorie, ecc.

Le linee guida per una sana alimentazione italiana raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. Per porzione si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta. Questa quantità corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti. Pertanto la quantità raccomandata è pari a 400 gr di frutta o verdura al giorno.

Adulti (18-69 anni) che consumano 5 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



L'indicatore stima la quota di adulti toscani (età 18-69 anni) che riferiscono un consumo quotidiano di frutta e/o verdura pari o superiore alle 5 porzioni.

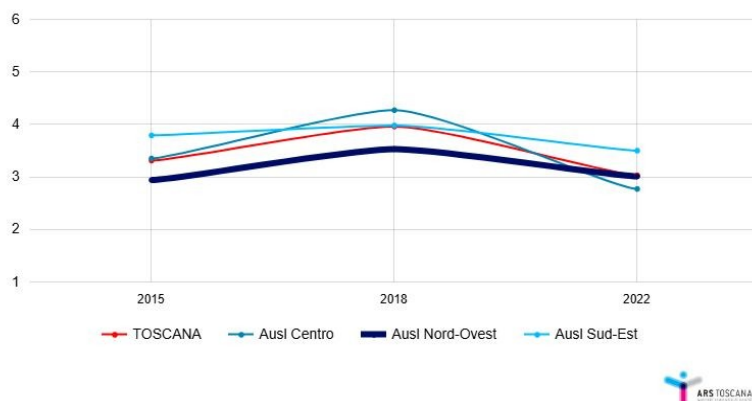
Negli ultimi 15 anni il consumo di frutta e verdura ha avuto un andamento altalenante con sia riduzioni che incrementi. A partire dal 2017 il trend è in continua diminuzione, passando dal 9,12% del 2017-2020 fino al 6,69% del 2020-2023.

L'Ausl Toscana Nord Ovest ha la percentuale più bassa rispetto alle altre Ausl e alla media regionale (8,23%).

Adolescenti (14-19 anni) che consumano al giorno almeno 5 porzioni di frutta/verdura

Prevalenza - Totale

Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



Lo stesso andamento in diminuzione si ritrova nella fascia 14-19 anni che nel 2022 ha registrato una prevalenza di adolescenti che consumano almeno 5 porzioni di frutta/verdura al giorno del 3,02 (3,54 nel 2018). Come per gli adulti il valore è leggermente più basso della media della Regione (3,04).

2.6 Approfondimento abitudini alimentari

Il capitolo 2 sugli stili di vita presenta un rapporto che fornisce una panoramica della situazione epidemiologica riguardante sovrappeso, obesità, abitudini alimentari, e sedentarietà in Toscana, basata su dati raccolti da diverse indagini, tra cui la sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per il periodo 2018-2021, le indagini ISTAT sulle condizioni di salute per il 2021, lo studio EDIT del 2022, e la rilevazione di PASSI d'Argento del 2021. Quando disponibili i dati sono dettagliati per le tre AUSL toscane: la centro, la nord ovest e la sud est.

In Toscana nel biennio 2021-2022, il 30,4% degli adulti è in sovrappeso e il 9,4% è obeso. Queste cifre rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al trend in diminuzione osservato dal 2011, anche se le stime regionali rimangono leggermente inferiori a quelle nazionali.

Per quanto riguarda le abitudini alimentari, i toscani consumano meno salumi e snack rispetto alla media italiana, e più ortaggi, verdure, pesce e carni bianche. Tuttavia, il consumo di frutta e verdura rimane insufficiente.

Il 31,2% degli adulti toscani è sedentario; mentre durante la pandemia si era osservata una riduzione della sedentarietà, i livelli sono tornati a crescere nell'ultimo biennio.

Nelle AUSL toscane nel periodo le percentuali di adulti in sovrappeso e obesi sono piuttosto omogenee e si allineano ai valori medi regionali. La prevalenza di sovrappeso è decisamente maggiore nei maschi rispetto alle femmine, mentre l'obesità presenta valori simili tra i generi.

Il consumo di frutta e verdura secondo le linee guida per una sana alimentazione deve essere incrementato in tutte le AUSL: tra gli adulti solo l'8,6% nella nord ovest, il 10,2% nella centro e l'11,5% nella centro consuma le cinque porzioni giornaliere raccomandate.

Anche la sedentarietà rappresenta un'importante area di intervento e tra gli adulti risulta più frequente nella AUSL nord ovest (36,8% vs 30,5% nella centro e 28,2% nella sud est). L'abitudine alla sedentarietà non è trascurabile neppure tra i giovani (11% nella sud est e 13% nella nord ovest e nella centro), è più diffusa tra le femmine e tende ad aumentare con il crescere dell'età.

In tutte le AUSL si registrano performance con margini di miglioramento per quanto riguarda gli indicatori della promozione di stili di vita salutari.

La sedentarietà, la cattiva alimentazione e, soprattutto, le conseguenze che queste abitudini hanno sul peso, configurano il sovrappeso e l'obesità come la nuova "epidemia" del XXI secolo nei paesi economicamente sviluppati.

Questo documento fornisce una panoramica dettagliata della situazione epidemiologica attuale circa sovrappeso, obesità, abitudini alimentari e sedentarietà in Toscana e nell'Azienda USL Toscana Centro basata su dati raccolti da diverse indagini, inclusa la Sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per il periodo 2018-2021, le indagini ISTAT sulle condizioni di salute per l'anno 2021, EDIT del 2022, lo studio HBSC condotto nel 2022, OKkio alla SALUTE 2023, nonché l'ultima rilevazione di PASSI d'Argento condotta nel 2021.

Il sistema PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, istituito dal Ministero della Salute e gestito dall'Istituto Superiore di Sanità, raccoglie informazioni attraverso interviste telefoniche condotte da personale delle ASL su un campione casuale stratificato di residenti tra 18 e 69 anni. Le domande riguardano vari aspetti della vita quotidiana, inclusi dieta, attività fisica, consumo di tabacco e alcool, prevenzione vaccinale e screening. I dati raccolti sono fondamentali per identificare problemi di salute pubblica e per sviluppare politiche sanitarie mirate a migliorare la salute e il benessere della popolazione.

PASSI d'Argento estende il monitoraggio alla popolazione anziana (65 anni e oltre), esplorando aspetti come le condizioni di salute, l'accesso ai servizi sanitari, la prevenzione, e l'isolamento sociale. Questo strumento è particolarmente importante per indirizzare le politiche di salute verso una fascia della popolazione che sta crescendo rapidamente, assicurando che gli anziani mantengano uno stile di vita attivo e sano il più a lungo possibile.

Le indagini ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari offrono un quadro ampio e dettagliato delle abitudini alimentari e di altri comportamenti di salute in Italia. Queste indagini, che fanno parte del programma statistico nazionale, raccolgono informazioni tramite questionari somministrati a un vasto campione di famiglie italiane. I dati raccolti permettono confronti regionali e nazionali e sono essenziali per il monitoraggio delle tendenze di salute pubblica e per la pianificazione di interventi di prevenzione.

L'indagine EDIT, Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana, è uno studio multicentrico, realizzato dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS), che ha inizio nel 2005 e si svolge ogni tre anni. L'obiettivo principale di questa indagine è analizzare i comportamenti alla guida e gli stili di vita a rischio tra gli studenti delle scuole superiori in Toscana, tra i 14 e i 19 anni. L'edizione 2022 di questo studio ha esplorato vari aspetti della vita degli adolescenti, inclusi il consumo di alcol, i comportamenti alimentari, e l'attività fisica. La rilevazione si è svolta online, utilizzando computer, tablet o smartphone. I risultati di questa indagine forniscono dati aggiornati che possono guidare le politiche pubbliche e le iniziative di prevenzione rivolte ai giovani. Inoltre, sono utilizzati per monitorare l'efficacia del Piano Regionale di Prevenzione (2021-2025) e sono parte integrante del sistema di sorveglianza regionale in ambito sanitario (ARS Toscana).

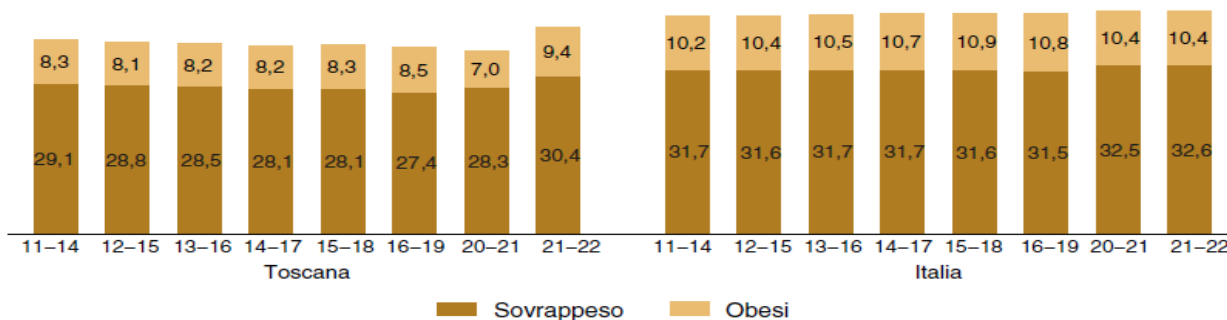
L'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è uno studio internazionale coordinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che si focalizza sulle abitudini di salute degli adolescenti. In Italia, lo studio coinvolge migliaia di studenti e raccoglie dati sui comportamenti di salute, inclusi l'alimentazione, attività fisica. I risultati di HBSC sono cruciali per comprendere i fattori che influenzano la salute degli adolescenti e per sviluppare programmi scolastici e comunitari che promuovano stili di vita salutari.

OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza nazionale che raccoglie informazioni sullo stato ponderale, stili alimentari e abitudine all'esercizio fisico dei bambini delle scuole primarie, per promuovere e valutare interventi di salute a livello regionale e locale. In Toscana, l'indagine è condotta in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale e l'Università degli Studi di Siena. L'indagine del 2023 è la settima condotta in Toscana.

Le abitudini alimentari e sportive mediamente migliori rispetto alla media italiana contribuiscono a una minore prevalenza di sovrappeso e obesità in Toscana rispetto ai valori medi a livello nazionale. Ma in Toscana il numero di **adulti** in sovrappeso è in aumento, raggiungendo il 30,4% (727.000 persone), così come il numero di obesi, che rappresenta il 9,4% (225.000 persone). Questa rappresenta un'inversione di tendenza rispetto al trend in diminuzione

osservato dal 2011, anche se le stime regionali rimangono leggermente inferiori a quelle nazionali, che sono rispettivamente del 32,6% e del 10,4% (Figura 1).

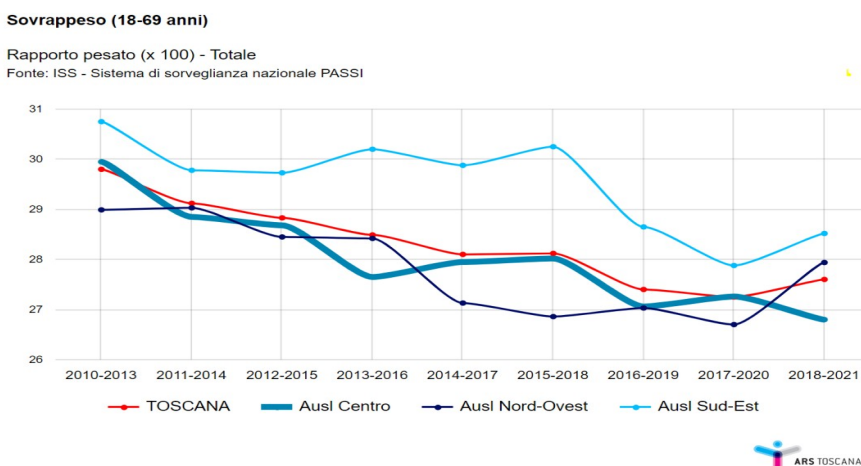
Figura 1. Sovrappeso e obesi – Valori per 100 abitanti d’età 18-69 anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI, ISS



Tra gli **uomini Toscani, il 38,4% è in sovrappeso** (contro il 22,6% tra le donne) e il **10,2% è obeso** (rispetto all'8,6% delle donne). Con l'aumentare dell'età aumenta la percentuale di persone in sovrappeso o obese: il 20% dei 18-34enni è in sovrappeso, percentuale che sale al 29% tra i 35-49enni e al 37% tra i 50-69enni. Per quanto riguarda l'obesità, le percentuali passano dal 3% dei 18-34enni, al 9% dei 35-49enni, fino al 13% dei 50-69enni.

Nel periodo 2018-2021, rispetto al peso corporeo e al peso ideale per la prevenzione dalle malattie, a livello di AUSL la proporzione maggiore di sovrappeso tra i 18 e i 69 anni si registra nella AUSL Toscana sud est (28,5%) quella più bassa nella centro (26,8%) mentre la nord ovest si allinea ai valori medi regionali 27,9%. In tutte le AUSL la proporzione di sovrappeso è significativamente maggiore tra i maschi; in particolare la quota maggiore di sovrappeso si registra nella sud est tra i maschi (37,2% vs 34% nella centro e 35% nella nord ovest), e nella nord ovest tra le femmine (21% vs 19,8% nella centro e 20% nella sud est). Per l'obesità non ci sono differenze significative tra i generi ma a livello territoriale le proporzioni maggiori di obesi in entrambi i sessi si rilevano nella Nord-ovest dove, in particolare, si rilevano il 9% di obesi tra gli uomini (vs 7,8% nella centro e 8,5% nella sud est) e il 10% tra le donne (vs 7,3% nella centro e 6,5% nella sud est).

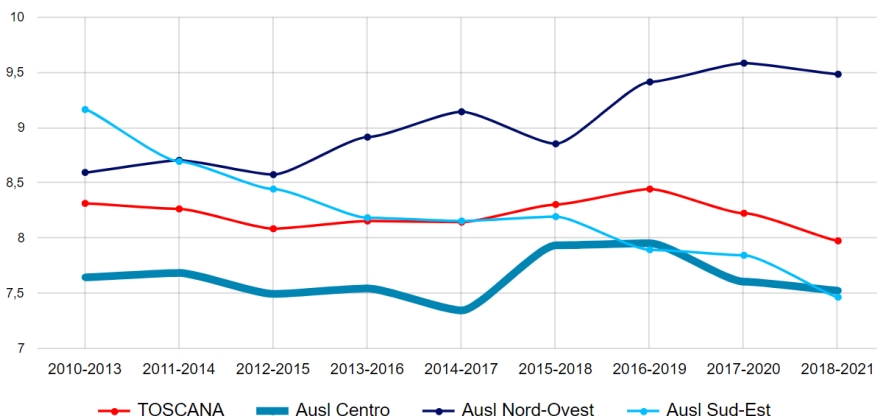
Figura 2. Andamento della percentuale di adulti sovrappeso o obesi residenti nelle ASL toscane dal 2010 al 2021 dall'Indagine PASSI. Fonte ARS, 2024.



Obesità (18-69 anni)

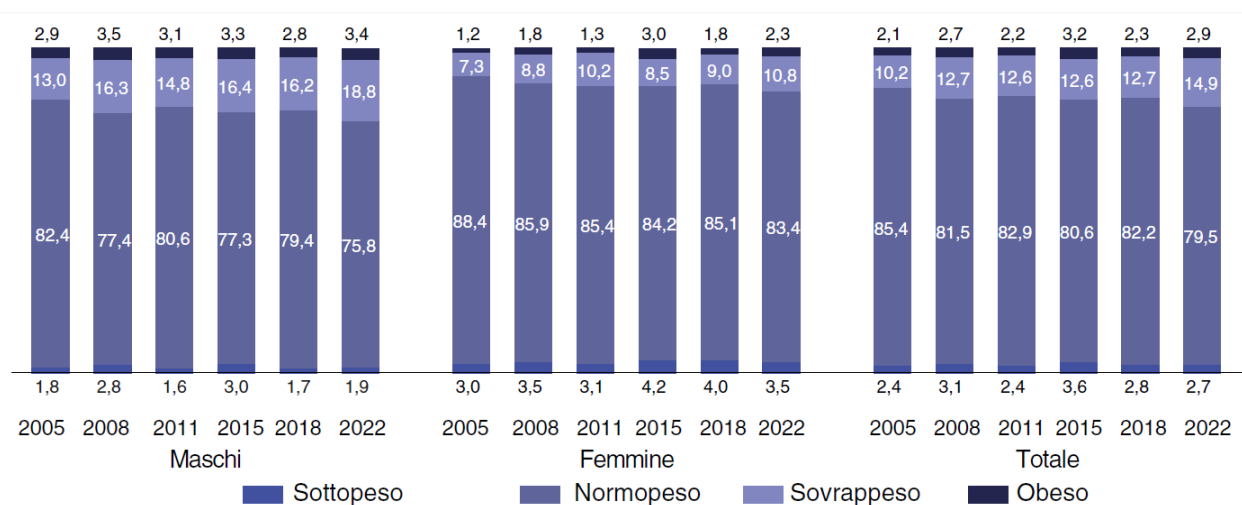
Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



Tra i bambini toscani di 8-9 anni, il 17% è in sovrappeso, il 5,7% è obeso e l'1,3% è gravemente obeso, portando il totale dei bambini con eccesso ponderale al 24%, rispetto alla media italiana del 28,8%. I dati delle rilevazioni precedenti mostrano una stabilizzazione dell'obesità, mentre il sovrappeso è diminuito dal 22,5% nel 2008 al 17% nel 2023 (Fonte: Sorveglianza OKkio alla SALUTE 2023, ISS). Tra gli adolescenti toscani, il sovrappeso (14,9%) e l'obesità (2,9%) sono in aumento (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS), coinvolgendo rispettivamente 30.000 e 6.000 ragazzi. La sorveglianza HBSC conferma questi dati con il 14% di sovrappeso e il 2,5% di obesità in Toscana, rispetto al 18,2% e al 4,4% in Italia. Nei maschi adolescenti toscani è più frequente la condizione di sovrappeso/obesità, mentre tra le ragazze è maggiore la prevalenza di sottopeso rispetto ai maschi (Figura 3).

Figura 3. Indice di massa corporea, per genere – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2005-2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS

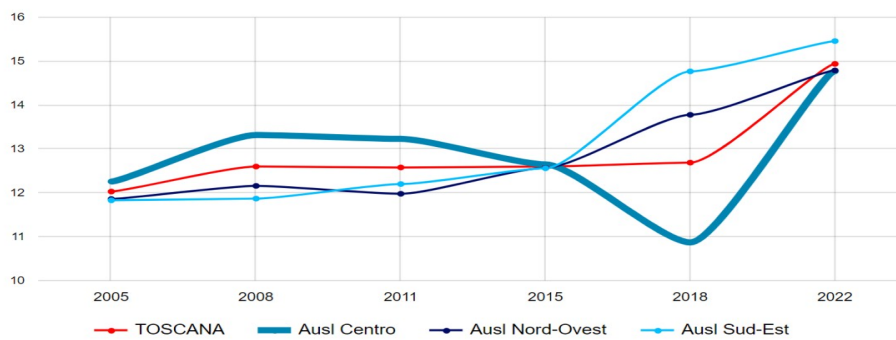


A livello territoriale i dati osservati per AUSL sono piuttosto omogenei, in tutte le AUSL la percentuale di sovrappeso è maggiore tra i maschi (19,1 nella Centro, 18,4 nella Nord Ovest e 18,9 nella Sud Est) rispetto alle femmine (3,6 nella nord ovest, 3,4 nella centro e 3,3 nella sud est). Per l'**obesità** tra i giovani di 14-19 anni si rilevano valori bassi un po' ovunque con differenze di genere molto modeste (3% nella centro, 2,9% nella nord ovest e 2,7% nella sud est). Anche la quota di sottopeso si distribuisce in maniera omogenea tra le AUSL con una prevalenza maggiore tra le ragazze (circa 3% rispetto al 2% tra i maschi).

Figura 4. Andamento della percentuale di ragazzi sovrappeso, obesi o sottopeso residenti nelle ASL toscane dal 2005 al 2022 dall'Indagine EDIT. Fonte ARS, 2024.

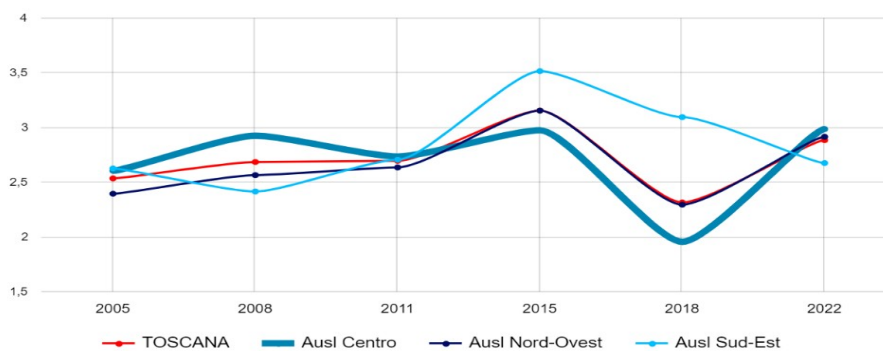
Studenti e studentesse (14-19 anni) in sovrappeso

Prevalenza - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



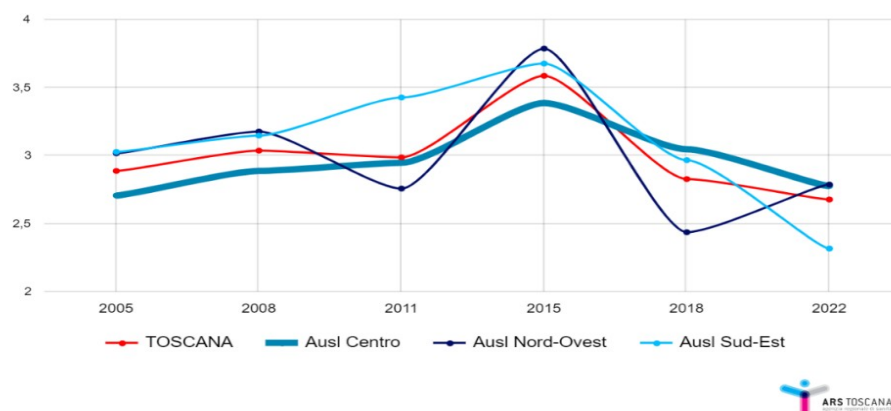
Studenti e studentesse (14-19 anni) obesi/e

Rapporto pesato (x 100) - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



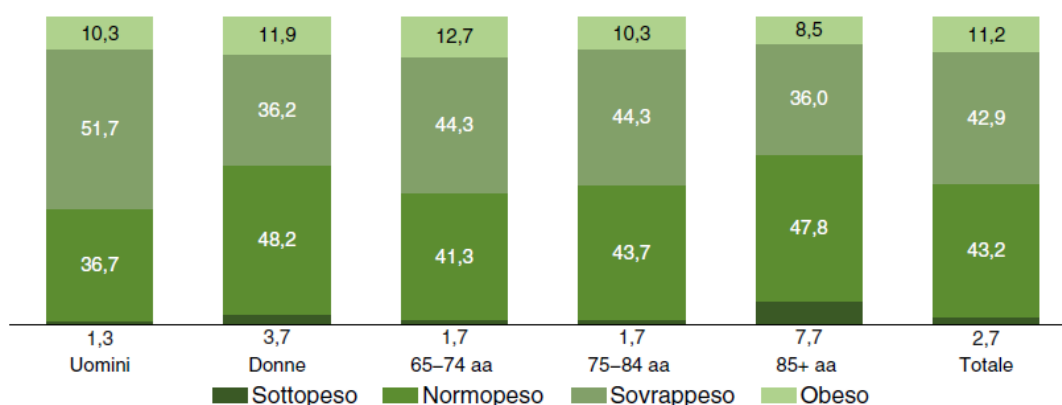
Adolescenti (14-19 anni) sottopeso

Rapporto pesato (x 100) - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



La rilevazione di PASSI d'argento, che si concentra sulla **popolazione anziana**, evidenzia che i valori della **prevalenza di sovrappeso e obesità in Toscana tra gli anziani sono significative, 42,9% e 11,2%** (Figura 5). Circa 2,7% degli anziani è sottopeso. La condizione di sottopeso è più frequente tra le donne e, di conseguenza, nelle età più avanzate, che sono a prevalenza femminile. L'obesità si riduce invece con l'età. Questi dati mostrano una situazione piuttosto stabile rispetto al passato, nonostante la pandemia. La prevalenza di obesi non presenta variazioni di rilievo tra le tre AUSL toscane (10,9% nella centro, 11,4% nella nord ovest e 11,5% nella sud est) lievemente maggiore nella centro la proporzione degli anziani sottopeso (3,8% nella centro, 1,8% nella nord ovest e 2,0% nella sud est).

Figura 5. Anziani per stato ponderale, per classe d'età e genere – Valori percentuali – Toscana, anno 2021 – Fonte: Sorveglianza Passi d'argento Iss



Le abitudini alimentari della popolazione toscana mostrano alcune peculiarità rispetto alla media nazionale (Tabella 1). Secondo i dati ISTAT del 2022, tra gli alimenti di cui limitare la quantità, i toscani consumano più frequentemente carni di maiale (46,7% rispetto al 43% nazionale) e latte (49,9% rispetto al 47,0% nazionale). Tuttavia, sono più attenti all'uso di sale iodato e alla cottura con oli vegetali, consumano mediamente più ortaggi, verdure, pesce e carni bianche, e meno salumi (56,6% vs 58,8%) e snack salati (27,1% vs 31,9%).

Rispetto al 2021, nella nostra regione si osserva un incremento nel consumo di snack (+2,6%), bilanciato da una diminuzione nel consumo di carni bovine (-3,1%), di maiale (-2,6%) e di salumi (-1,6%), da un aumento nel consumo di verdure (+1,3%) e nell'uso di sale iodato (+2,4%).

Il consumo di frutta e verdura, sebbene superiore al dato italiano, rimane insufficiente: il 91,9% degli adulti toscani non raggiunge le cinque porzioni giornaliere raccomandate (sono il 92,5% in Italia), con il 49,4% che non ne consuma nemmeno tre (il 54,7% in Italia).

Tabella 1. Consumo di alimenti – Prevalenza per 100 abitanti d'età 3+ anni – Toscana e Italia, periodo 2021-2021 – Fonte: ISTAT (Rapporto Welfare e Salute in Toscana 2023 a cura di ARS)

Alimenti	Toscana		Italia	
	2021	2022	2021	2022
Pane, pasta, riso 1+ al giorno	75,2	75,6	74,8	74,6
Salumi qualche volta o più a settimana	58,2	56,6	59,2	58,8
Carni bianche qualche volta o più a settimana	84,7	84,4	80,3	80,1
Carni bovine qualche volta o più a settimana	64,7	61,6	61,3	61,6
Carni di maiale qualche volta o più a settimana	49,3	46,7	44,2	43,0
Latte almeno 1+ al giorno	51,0	49,9	46,9	47,0
Formaggi, latticini 1+ volta al giorno	19,9	19,8	20,6	19,6
Verdure in foglia cotte e crude 1+ al giorno	49,9	51,2	49,7	49,2
Ortaggi 1+ al giorno	45,5	46,3	43,7	43,5
Frutta 1+ al giorno	73,4	73,5	72,6	72,9
Legumi qualche volta o più a settimana	54,3	53,4	53,2	52,7
Uova qualche volta o più a settimana	67,2	68,1	68,0	68,2
Pesce qualche volta o più a settimana	64,6	64,2	64,2	62,3
Snack salati qualche volta o più a settimana	24,5	27,1	30,8	31,9
Dolci qualche volta o più a settimana	52,9	51,9	51,1	50,9
Cottura con olio di oliva e grassi vegetali	98,4	97,9	96,0	96,1
Condimento a crudo con olio di oliva e grassi vegetali	98,9	98,6	97,4	97,6
Presta attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	71,4	72,3	72,0	73,2
Usa sale arricchito di iodio	49,8	52,2	48,7	48,4

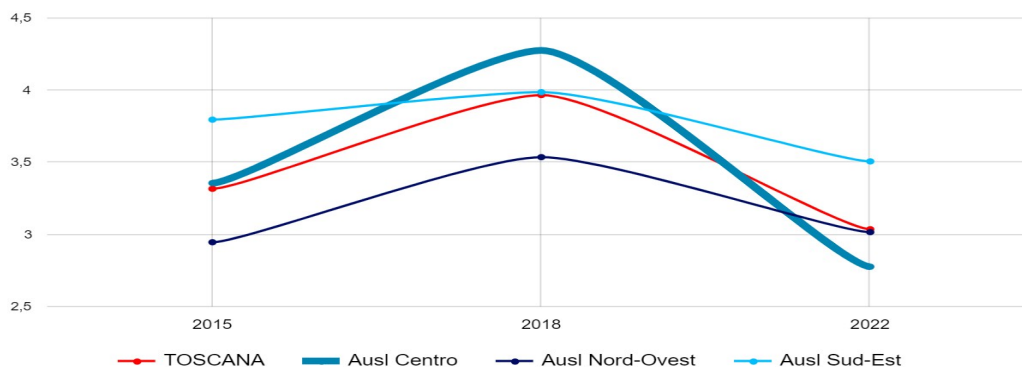
Dai dati PASSI la proporzione di adulti (18-69 anni) che consumano 5 o più porzioni di frutta e verdura, modesta in tutte le AUSL, è più bassa rispetto alla media regionale (10,4%) nella AUSL nord ovest (8,6% vs 10,2% nella sud est e 11,5% nella centro), con valori leggermente migliori nelle femmine rispetto ai maschi in tutte le AUSL ma con differenze di genere più evidenti nella sud est (M: 7%; F: 13,4%) rispetto alle altre due AUSL (M:9,4% F: 13,4% nella centro e M:7,3% F: 9,9% nella nord ovest). Nella AUSL Toscana centro si coglie un trend in lieve miglioramento negli ultimi anni, con l'aumento di chi consuma più frutta e verdura, tendenza che appare più sfumata nelle altre due AUSL toscane (Figura 6).

Figura 6. Andamento della percentuale di adulti e degli adolescenti che consumano più di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura residenti nelle ASL toscane dalle Indagini PASSI e EDIT, rispettivamente. Fonte ARS, 2024.

Adolescenti (14-19 anni) che consumano al giorno almeno 5 porzioni di frutta/verdura

Prevalenza - Totale

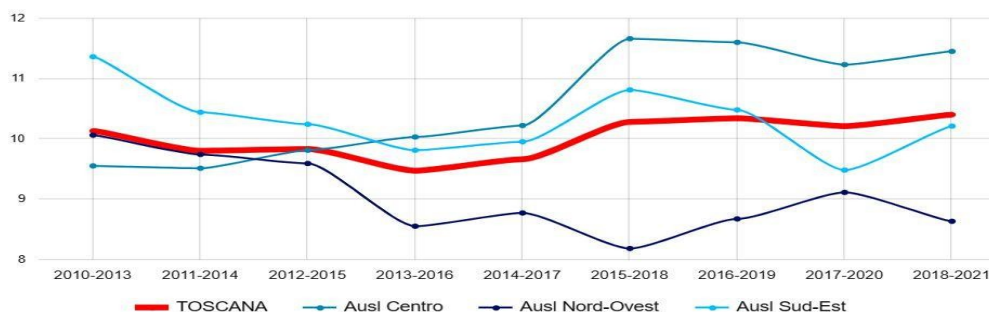
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



Adulti (18-69 anni) che consumano 5 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno

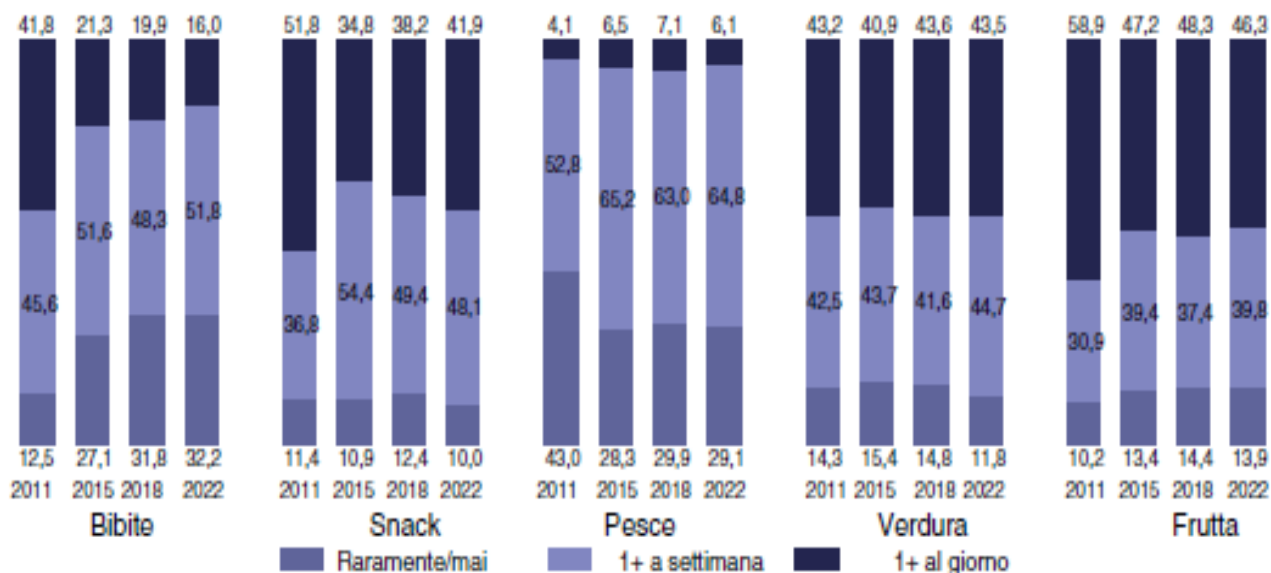
Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



Sebbene in generale, i bambini e gli adolescenti toscani mostrano abitudini alimentari tendenzialmente in linea o più sane rispetto ai loro coetanei italiani risulta decisamente molto scarsa l'abitudine al consumo di frutta e verdura tra gli adolescenti Toscani (14-19 anni): solo il 3% dichiarano di consumare almeno le 5 porzioni giornaliere senza differenze a livello di AUSL (2,8% nella centro, 3% nella nord ovest e 3,5% nella sud est), mentre il 22,6% dichiarano di consumarne almeno 3 porzioni (24,5% delle femmine e il 20,9% dei maschi). Sempre tra **gli adolescenti toscani, il 43,5% consuma verdura almeno una volta al giorno, il 46,3% frutta, e il 70,9% pesce almeno una volta a settimana.** Resta ancora significativo anche se in diminuzione il consumo di bevande zuccherate e snack: **il 41,9% consuma quotidianamente snack e il 16% beve almeno una bibita zuccherata (figura 7).**

Figura 7. Consumo di bibite, snack, pesce, verdura e frutta – Prevalenza per 100 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2011-2022 – Fonte: Sorveglianza EDIT, ARS



Stratificando per fascia di età, tra gli 8 e i 9 anni (Fonte: Indagine OKkio alla SALUTE 2023, ISS), il 91% dei bambini ha consumato la colazione il mattino dell'indagine, in linea con i risultati precedenti, ma solo il 58,3% ha fatto una colazione adeguata. Il 32,6% ha consumato una colazione qualitativamente inadeguata, mentre il 9% non fa abitualmente colazione.

Nel 2008, l'11,2% dei bambini faceva una merenda di metà mattina adeguata, costituita da un frutto o uno yogurt; nel 2023, questa percentuale è aumentata al 36,2%.

Anche se ancora pochi, i bambini che assumono le 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno raccomandate dalle linee guida internazionali sono aumentati dal 2,2% nel 2008 al 6,4% nel 2023. Circa il 20,2% consuma quotidianamente bibite zuccherate e/o gassate, una percentuale ancora alta rispetto al valore desiderato, ma in diminuzione rispetto al 37,3% del 2008.

I dati di OKkio alla SALUTE 2023 mostrano che il 92,9% degli studenti delle scuole primarie toscane ha una mensa scolastica, l'84,5% partecipa a programmi di educazione nutrizionale e curriculare, e il 96,4% ha accesso a programmi di rafforzamento dell'attività motoria, evidenziando l'importanza di continuare l'educazione alimentare con il supporto di genitori e scuole.

Per gli adolescenti più giovani (11-15 anni), i dati della sorveglianza HBSC dell'ISS mostrano un consumo ancora minore di frutta e verdura rispetto agli adolescenti più grandi (14-19 anni), ma anche di dolci e bibite zuccherate. Tuttavia, il quadro toscano è migliore della media nazionale: il 34,6% consuma frutta almeno una volta al giorno (33,5% in Italia), il 31,4% verdura (27,3% in Italia), il 23,6% dolci (29,3% in Italia) e l'8,2% bibite zuccherate (12,8% in Italia).

Di seguito, riportiamo nelle Tabelle da 2 a 8 i dati dello studio HBSC del 2022 sulle abitudini alimentari dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni. La percentuale di ragazzi che fa colazione cinque giorni a settimana diminuisce con l'aumentare dell'età: 68,8% tra gli 11enni, 61,6% tra i 13enni, e 51,1% tra i 15enni (Tabella 2). Un dato preoccupante è che il 22,6% (il 29% tra i quindicenni) non fa mai colazione, un'abitudine che può influire negativamente sul rendimento scolastico e sul benessere generale.

Tabella 2. Di solito quante volte fai colazione (in settimana)?", per età (%). Fonte: Rapporto HBSC 2022 - Regione TOSCANA

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	15,4	21,6	29	22,6
Un giorno	3,2	3,3	5,2	4
Due giorni	3,8	3,2	4,4	3,8
Tre giorni	4,9	4,7	6	5,2
Quattro giorni	6,9	5,7	4,3	5,5
Cinque giorni	68,8	61,6	51,1	58,8

La percentuale di ragazzi che mangia verdura tra 2 e 4 giorni a settimana aumenta con l'età: 24,8% tra gli 11enni, 27,2% tra i 13enni e 31,3% tra i 15enni (Tabella 3). La percentuale di chi consuma verdura quotidianamente rimane stabile tra il 15% e il 18%.

Tabella 3. "Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?", per età (%). Fonte: Rapporto HBSC 2022 - Regione TOSCANA

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	6,9	6,5	5,6	6,3
Meno di una volta a settimana	7,7	5,4	6,3	6,4
Una volta a settimana	12,5	7,9	8,4	9,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	24,8	27,2	31,3	28,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	17,6	19,4	18,4	18,5
Una volta al giorno tutti i giorni	15	18,4	15,7	16,4
Più di una volta al giorno	15,7	15,2	14,3	15

Il consumo di frutta più frequente (più di una volta al giorno) diminuisce con l'età: dal 20,2% tra gli 11enni al 14,8% tra i 15enni (Tabella 4). La maggior parte dei ragazzi consuma frutta tra 2 e 4 giorni a settimana, con una percentuale intorno al 29%.

Tabella 4. "Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?", per età (%). Fonte: Rapporto HBSC 2022 - Regione TOSCANA

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	3,4	4,8	4,5	4,3
Meno di una volta a settimana	4,7	6,6	8,8	6,9
Una volta a settimana	11,3	10	13,2	11,6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	27,1	29,2	29,2	28,6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15,3	13,1	14,1	14,1
Una volta al giorno tutti i giorni	18	17,2	15,4	16,8
Più di una volta al giorno	20,2	19	14,8	17,8

Il consumo di dolci 2-4 giorni a settimana è prevalente in tutte le fasce d'età, intorno al 30% e una percentuale significativa di ragazzi, intorno al 24%, consuma dolci una volta o più di una volta al giorno (Tabella 5).

Tabella 5. "Di solito quante volte alla settimana mangi dolci, caramelle o cioccolato?", per età (%). Fonte: Rapporto HBSC 2022- Regione TOSCANA

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	5,2	3,3	4	4,1
Meno di una volta a settimana	11,3	8,5	11,5	10,4
Una volta a settimana	15,5	15,4	14,9	15,3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	30,7	30,1	32,8	31,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13,5	17,6	14,6	15,3
Una volta al giorno tutti i giorni	14,4	14,9	12,5	13,8
Più di una volta al giorno	9,4	10,3	9,7	9,8

La maggior parte dei ragazzi consuma bevande zuccherate una volta a settimana o meno frequentemente, ma circa il 5% consuma queste bevande più di una volta al giorno (Tabella 6).

Tabella 6. "Di solito quante volte alla settimana bevi cola o altre bibite con zucchero?", per età (%). Fonte: Rapporto HBSC 2022- Regione TOSCANA

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	17,8	16,5	17,3	17,2
Meno di una volta a settimana	22,1	22,5	22,9	22,6
Una volta a settimana	27,2	25	23,2	24,9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	17,6	21,3	20,2	19,8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	8	5,8	8,3	7,4
Una volta al giorno tutti i giorni	3,4	3,1	4,1	3,6
Più di una volta al giorno	3,9	5,8	4	4,6

Il Family Affluence Scale (FAS) è un indicatore utilizzato per misurare il livello di benessere economico delle famiglie. Questo indice è spesso impiegato nelle ricerche sociali e sanitarie per valutare l'impatto dello status socioeconomico sulla salute e sul comportamento degli individui, in particolare dei bambini e degli adolescenti. Questo indicatore considera vari aspetti della ricchezza materiale della famiglia, tra cui il possesso di beni materiali (ad esempio, la disponibilità di automobili, computer, televisori, ecc.), la frequenza con cui la famiglia può permettersi di andare in vacanza, il numero di camere da letto rispetto al numero di persone nella casa, come indicatore di spazio abitativo, etc. Questi elementi vengono combinati per creare un punteggio complessivo che suddivide le famiglie in diverse categorie di affluenza bassa, media o alta che permette di correlare le differenze nello status socioeconomico con vari esiti di salute e comportamentali. Dallo studio HBSC condotto tra i ragazzi toscani emerge che quelli con FAS basso tendono ad avere abitudini alimentari peggiori circa il consumo quotidiano di colazione, frutta e verdura (Tabella 7). Coerentemente, la prevalenza di sovrappeso e obesità diminuisce con l'aumentare del FAS, confermando il noto legame tra lo status socioeconomico e la sicurezza alimentare.

Tabella 7. Gli indicatori storici di HBSC stratificati con il FAS (%). Fonte: Rapporto HBSC 2022- Regione TOSCANA

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione (durante settimana)	54,1	59,7	63,8
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	28,1	34,9	41,8
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	24,7	34,3	31
Consumo quotidiano di bevande gassate	1,3	7,2	7,4
Prevalenza di sovrappeso	15,8	14,6	10,5
Prevalenza di obesità	4,3	2,3	0,9

Nel confronto tra il periodo pre- e quello post- pandemico, c'è stata una leggera diminuzione nel consumo quotidiano di colazione, frutta e verdura tra il 2018 e il 2022 (Tabella 8).

Tabella 8. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%). Fonte: Rapporto HBSC 2022- Regione TOSCANA

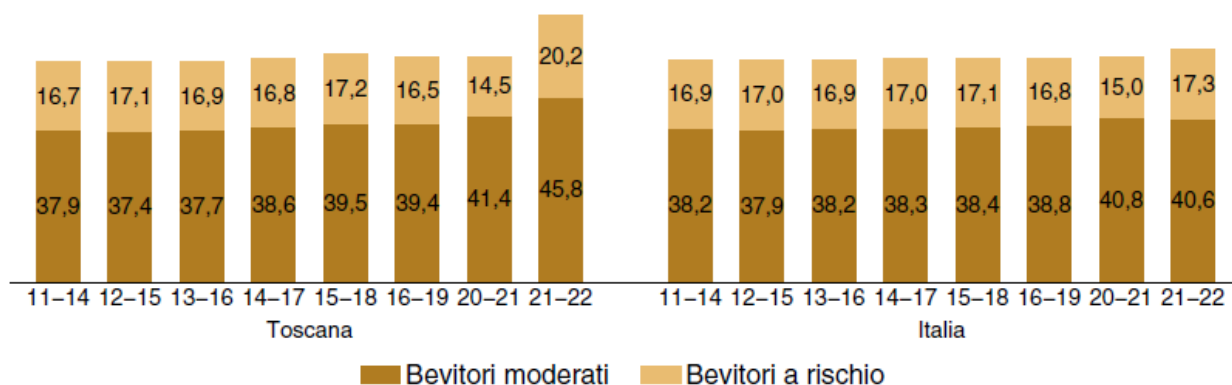
	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	61,2	58,8
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	37,7	34,6
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	33,9	31,4
Consumo quotidiano di bevande gassate	9,8	8,1
Prevalenza di sovrappeso	14,2	14
Prevalenza di obesità	2,1	2,5

Anche nelle **età più avanzate**, i Toscani mostrano un consumo limitato di frutta e verdura, simile a quello osservato nella popolazione adulta più giovane. Tuttavia, si nota una maggiore attenzione all'uso di sale iodato e alla riduzione di alimenti ad alto contenuto di grassi saturi. Solo l'8% degli **anziani toscani**, pari a circa 76.000 persone, consuma abitualmente le 5 o più porzioni di frutta e verdura raccomandate dall'OMS, con la percentuale che scende al 3,4% tra gli ultra-ottantaquattrenni. Lo 0,7% non consuma affatto frutta e verdura, il 43% ne consuma almeno 3-4 porzioni al giorno, mentre il 53% si ferma a 2 porzioni. Negli ultimi anni, è diminuita la percentuale di **anziani** che consumano 5 porzioni al giorno (era il 16,7% nelle scorse edizioni), mentre è aumentata quella di coloro che consumano 3-4 porzioni giornaliere, passata dal 39,9% nel 2019 al 51,2% nel 2017.

Per quanto riguarda le bevande alcoliche, stanno cambiando le modalità di consumo. Il 66,0% degli adulti toscani dichiara di bere alcolici almeno saltuariamente (rispetto al 57,9% in Italia), e un toscano su cinque (483.000 persone) consuma alcolici **in modo eccessivo o a rischio**, secondo la definizione dell'ISS (fuori dai pasti, binge drinking), rispetto al 17,3% in Italia (Figura 8). Gli uomini adottano più frequentemente abitudini di consumo a maggior rischio (25% contro il 15,6% delle donne).

Negli ultimi due anni, in Toscana si è registrato un aumento significativo sia dei bevitori totali che di quelli a rischio, un trend non osservato a livello nazionale. I bevitori a rischio sono il 45% tra i 18-24enni, il 31% tra i 25-34enni, il 19% tra i 35-49enni e il 12% tra i 50-69enni.

Figura 8. Consumo di alcol – Valori per 100 abitanti d’età 18-69 anni – Toscana e Italia, periodo 2011-2022 – Fonte: Sorveglianza PASSI ISS, immagine estratta dal Rapporto Welfare e Salute in Toscana 2023 a cura di ARS

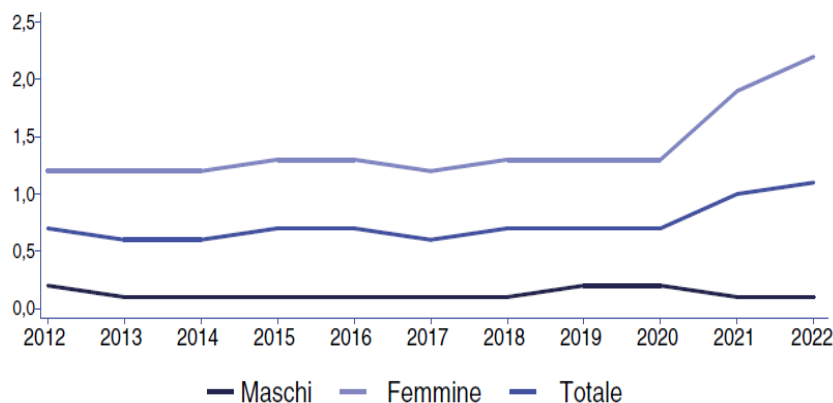


Gli episodi di consumo eccessivo sono più frequenti **tra i giovani**, che mantengono abitudini tipiche dell’adolescenza. Le ragazze e i ragazzi tendono a seguire il modello di consumo nordico, caratterizzato da eccessi.

Oltre la metà (52,1%) dei giovani toscani tra 14 e 19 anni dichiarano di aver avuto almeno una **ubriacatura** nei 12 mesi precedenti l’intervista, percentuale più elevata nella AUSL Toscana sud est (54,2%) rispetto alle altre (52,3% nella centro e 50,5% nella nord ovest). Come già registrato da alcuni anni, **questo comportamento è più frequente tra le ragazze** (55,8% vs 48,5% tra i coetanei maschi), cosa che accade in tutte le AUSL toscane. Nello stesso campione lievemente superiore tra i maschi risulta invece la percentuale di coloro che dichiarano almeno un episodio di *binge drinking* (consumo di 5 o più unità alcoliche in un’unica occasione) nei 12 mesi precedenti l’intervista (48,9% vs 45,2% tra le ragazze); a livello di AUSL le percentuali maggiori si rilevano ancora nella sud est (49,8% rispetto a 46,5% nella centro e 46,2 nella nord ovest).

La letteratura internazionale e i clinici hanno evidenziato l'aumento dei disturbi del comportamento alimentare durante la pandemia da COVID-19 (Devoe et al., 2022). Molti studi hanno descritto un peggioramento della sintomatologia dovuto al ridotto accesso alle cure e ai trattamenti, ai cambiamenti nella routine, all'influenza negativa dei media e all'isolamento sociale. Il trend degli adolescenti ricoverati per disturbi alimentari conferma questa tendenza, passando da 0,7 a 1,1 ogni 1.000 tra il 2019 e il 2022, con un totale di 356 ricoveri nel 2022 rispetto ai 224 del 2019. L'aumento riguarda quasi esclusivamente le ragazze, con un incremento da 1,2 a 2,2 ricoverate ogni 1.000 (Figura 9). In particolare, tra le ragazze, i casi di anoressia sono aumentati significativamente, passando da circa 90 ricoveri annuali nei cinque anni precedenti a 149 e 167 ricoveri nel 2021 e 2022 rispettivamente.

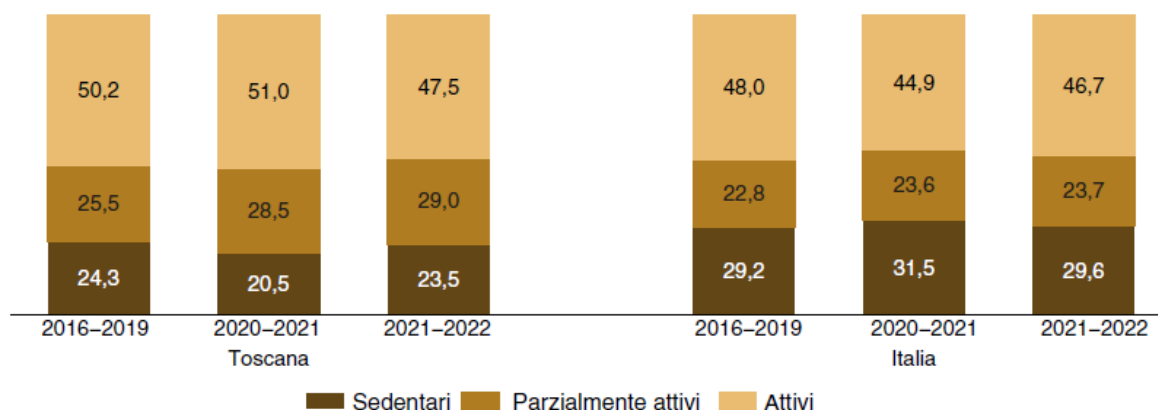
Figura 9. Ospedalizzazione per disturbi del comportamento alimentare, per genere- Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti d'età 14-19 anni – Toscana, periodo 2012-2022 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Flusso Schede di dimissione ospedaliera. Immagine tratta dal Rapporto Welfare e Salute in Toscana 2023 a cura di ARS



La sorveglianza EDIT (2022, ARS) stima che il **50,5% delle ragazze** tra i 14 e i 19 anni presenta abitudini associate a un disturbo alimentare, rispetto al 18,6% dei maschi, secondo i risultati di un test di screening auto-compilato (test Scoff) che non fornisce una diagnosi, ma rileva una situazione di **potenziale rischio**. Nonostante i dati di sorveglianza indichino una sofferenza diffusa anche tra i più giovani, ciò non si è tradotto in un aumento della richiesta di cure da parte dei servizi territoriali. La mancata presa in carico può essere uno dei determinanti dell'aumento dei ricoveri, indicativo di un aumento dell'insorgenza o dell'aggravamento di un quadro clinico già presente, soprattutto tra gli adolescenti, già nel 2021. Desta preoccupazione in particolare l'assenza di richiesta di supporto da parte di bambini e adolescenti che, pur non presentando una sintomatologia tale da richiedere un intervento clinico, potrebbero beneficiare di un supporto o di un orientamento da parte dei professionisti dei servizi di salute mentale.

La sedentarietà è un **problema crescente** in **Toscana**. Nel 2021-2022, il 23,5% degli adulti toscani (circa 562.000 persone) risultano sedentari. Gli uomini tendono ad essere meno sedentari rispetto alle donne (21% vs 25,8%). Durante i primi due anni della pandemia, si era osservata una riduzione della sedentarietà con un aumento delle persone parzialmente attive e attive, **ma i livelli sono tornati a crescere nell'ultimo biennio** (Figura 10).

Figura 10. Attività fisica per livello – Valori per 100 abitanti d'età 18-69 anni – Toscana e Italia, periodo 2016-2022 –
Fonte: Sorveglianza PASSI, ISS



La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età. Tra gli **adolescenti**, la fascia d'età con i tassi più bassi di inattività, solo il 12,6% (circa 26.000) è sedentario, mentre il 62,5% pratica almeno un'ora al giorno di attività fisica per tre o più giorni alla settimana, e il 24,9% per uno o due giorni (fonte: Sorveglianza EDIT 2022, ARS). I maschi sono meno sedentari (8,2% rispetto al 17,3% delle femmine) e hanno livelli più alti di attività fisica: il 29,7% pratica attività fisica almeno cinque giorni alla settimana, rispetto al 18,5% delle femmine. In generale, il quadro non è cambiato rispetto al passato e non è stato influenzato dalla pandemia, che aveva temporaneamente ridotto l'attività fisica a causa della chiusura delle strutture sportive e dell'interruzione dei campionati.

Le stime della sorveglianza HBSC confermano quelle di EDIT, con il 10,7% dei ragazzi non ha fatto attività fisica, e percentuali che aumentano all'aumentare dell'età, passando dal 5,7% degli undicenni al 15,1% dei 15enni (Tabella 9); la maggior parte del campione, circa il 51,2%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e solo il 14,8% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana). **In generale le femmine svolgono meno attività fisica dei coetanei maschi.**

Tabella 9. "Attività fisica intensa esercitata al di fuori dell'orario scolastico", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	5,7	10	15,1	10,7
Un giorno	8,3	9,6	13,1	10,5
Due giorni	16,1	14,2	13	14,3
Tre giorni	25,4	18	16,7	19,6
Quattro giorni	17,6	17,1	17,2	17,3
Cinque giorni	12	14,6	11,5	12,7
Sei giorni	5,1	7,8	6,3	6,4
Sette giorni	9,8	8,7	7,2	8,4

La sedentarietà interessa il 19% delle persone fino ai 50 anni e il 28% dei 50-69enni e resta elevata tra gli anziani (Passi d'Argento 2021), soprattutto tra le donne, evidenziando una differenza di genere sfavorevole per la pratica dell'attività fisica. La quota di **anziani sedentari** in Toscana è simile a quella della popolazione generale italiana, con gli uomini toscani che mostrano un vantaggio rispetto alla media nazionale, bilanciato dallo svantaggio delle donne. Dalla

rilevazione PASSI d'Argento del 2021 emerge che in Toscana, il 42,6% degli anziani non svolge un'adeguata attività fisica per la propria età. A livello di aziende AUSL la proporzione più alta di anziani non attivi si rileva nella AUSL Toscana sud est (48,7% vs 41,3% nella centro e 4,6% nella nord ovest). La pandemia non ha peggiorato questa situazione; anzi, la percentuale di anziani che svolgono attività fisica è leggermente aumentata. In Figura 11 vengono mostrata la prevalenza percentuale dei determinanti di salute tra gli anziani, per genere in Toscana e in Italia per l'anno 2021.

Figura 11. Determinanti di salute tra gli anziani, per genere – Prevalenza percentuale – Toscana e Italia, anno 2021 – Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, ISS. Immagine tratta dal Rapporto Welfare e Salute in Toscana 2023 a cura di ARS

Determinante	Maschi		Femmine		Totale	
	Toscana	Italia	Toscana	Italia	Toscana	Italia
Sedentari	35,3	39,2	48	44,3	42,6	42
Bevitori	52,3	56,6	20,3	26,6	34,2	39,8
di cui a rischio	29,5	31,9	6,1	8,7	16,3	19
Fumatori	8	12,2	8,2	9,3	8,1	10,6
Ex-fumatori	41,2	43	14,1	16,5	25,8	28,2
Obesi	10,3	13,7	11,9	14,8	11,2	14,3
<5 porzioni di frutta/verdura	92,7	91	90,7	89,7	92	89,9

Dai dati della sorveglianza PASSI, rispetto all'attività fisica, gli adulti toscani fisicamente attivi (che riferiscono di svolgere un lavoro pesante dal punto di vista fisico oppure di aver fatto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, 30 minuti di attività moderata, per almeno 5 giorni alla settimana) sono il 34,1% con differenze piuttosto marcate tra le AUSL, in particolare nella sud est si rileva la percentuale più elevata (38,5% vs 32,7% nella centro e 30,6% nella nord ovest) i maschi sono significativamente più virtuosi delle femmine in Toscana (maschi 39,4% vs femmine 28,8%), così come in tutte le AUSL (centro: 38,5% vs 27,2%; nord ovest 34,9% vs 26,4%; sud est 44,1 vs 33%).

Tra gli adulti i sedentari (soggetti di età 18-69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di non aver fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista) in Toscana sono poco meno di uno su tre (31,3%), con percentuali significativamente maggiori nella AUSL Toscana nord ovest (36,8) rispetto alla centro (30,5%) e alla sud est (28,2%). In particolare la AUSL Toscana sud est è anche quella con la frequenza inferiore di sedentari tra gli adolescenti (10,7% vs 13% nella nord ovest e 13,2% nella centro).

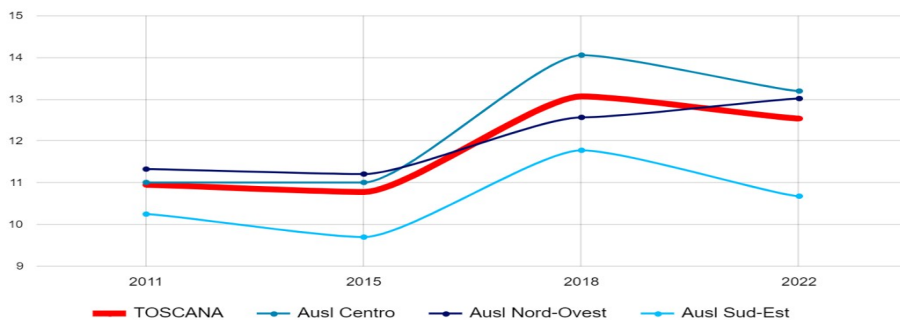
Il trend temporale della sedentarietà sia tra gli adulti che tra gli adolescenti (Figura 12), stazionario a livello regionale negli ultimi anni, è in aumento nella AUSL Toscana nord ovest. **In tutte le AUSL toscane si osserva una maggiore sedentarietà delle donne rispetto agli uomini con una differenza di genere ancora più evidente tra gli adolescenti dove tra le ragazze le percentuali di sedentarietà sono oltre che doppie rispetto ai coetanei maschi.**

Sono sempre i maschi giovani che praticano più attività fisica con regolarità (almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni a settimana) rispetto alle coetanee (M: 29,6%; F: 18,4%), con differenze di genere evidenti in tutte le zone toscane.

Figura 12. Andamento della percentuale di adulti e adolescenti sedentari residenti nelle ASL toscane dalle Indagini PASSI e EDIT, rispettivamente, e andamento della percentuale di adolescenti fisicamente attivi. Fonte ARS, 2024.

Studenti e studentesse (14-19 anni) sedentari/e

Prevalenza - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita

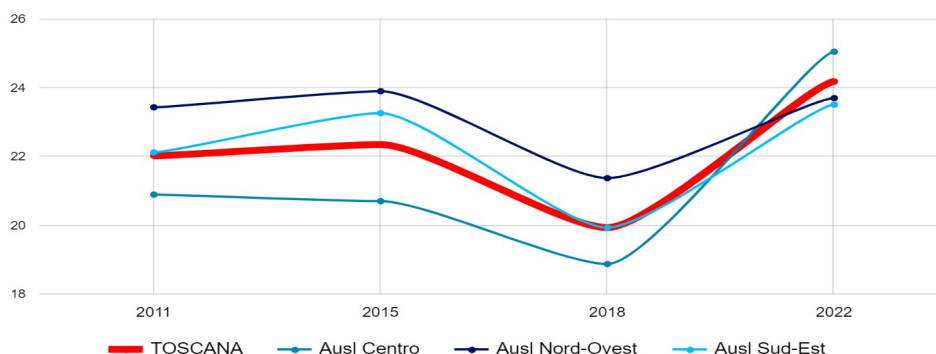


Secondo l'OMS, i giovani tra i 5 e i 17 anni dovrebbero svolgere quotidianamente almeno 60 minuti di attività fisica intensa-moderata, includendo gioco, sport, attività ricreative ed educazione fisica in contesti familiari, scolastici e di comunità. Secondo i dati dell'indagine OKkio alla SALUTE 2023, in Toscana, il 62,1% delle classi scolastiche delle scuole primarie svolge almeno 2 ore di educazione fisica a settimana, mentre nelle altre classi solo un'ora settimanale. Nel pomeriggio precedente l'indagine, dopo la scuola, il 77,3% dei bambini ha giocato all'aria aperta e il 47,9% ha partecipato ad attività sportive strutturate, mentre il 12,1% è rimasto inattivo. Solo il 2,6% svolge almeno un'ora al giorno di attività sportiva strutturata, come raccomandato per l'età, e solo il 32,2% pratica giochi di movimento ogni giorno per almeno un'ora.

Il 40,9% dei bambini trascorre più di 2 ore al giorno davanti a televisione, videogiochi, tablet o cellulare durante una normale giornata di scuola. Questa abitudine alle attività sedentarie riduce il tempo dedicato al movimento e al gioco libero, contribuendo all'aumento di peso.

Studenti e studentesse (14-19 anni) che svolgono attività fisica per un totale di almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni a settimana

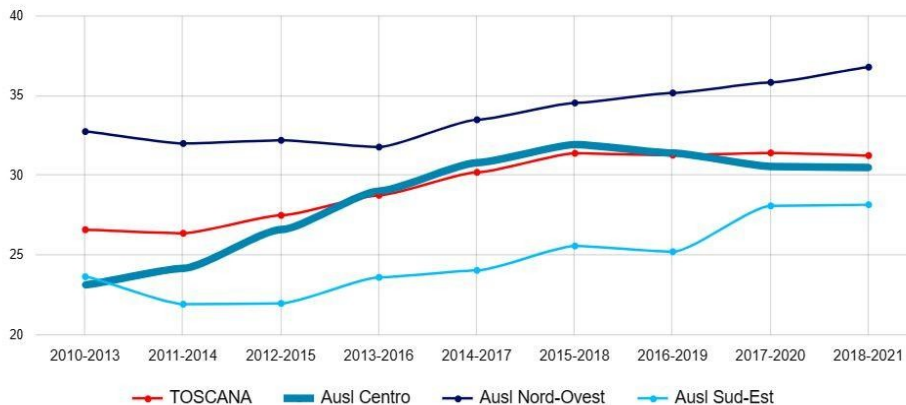
Prevalenza - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



Sedentari (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



I pentagrammi del percorso cronicità rappresentano un sistema di monitoraggio da parte del Sistema di Valutazione della performance del Laboratorio Management e Sanità (MeS), che valutano presa in carico delle persone con patologie croniche. Nel contesto del sistema sanitario toscano, i pentagrammi sono utilizzati per visualizzare e valutare la performance dei servizi sanitari attraverso una serie di indicatori chiave, per identificare aree di miglioramento, monitorare l'aderenza alle linee guida e valutare l'impatto delle politiche sanitarie. Oltre ai pentagrammi il MeS inserisce anche le mappe delle performance dove per ogni indicatore dello specifico percorso (nella figura 14 la freccia blu indica tra tutti gli indicatori del percorso cronicità quelli relativi alla promozione della salute) si può apprezzare sia la performance dell'indicatore nell'anno (asse orizzontale) che la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente (asse verticale).

In questo ambito gli indicatori per la valutazione della promozione di stili di vita sono la % di sedentari, che misura la percentuale di popolazione che non pratica attività fisica, la % di persone obese o in sovrappeso, e gli indicatori che monitorano i consigli forniti dai medici di base riguardo l'attività fisica e il controllo del peso e quelli che monitorano la diffusione dei Programmi di Attività Fisica Adattata (AFA). La figura 13 mostra come si collocano nel 2023 le AUSL a seconda della performance ottenuta rispetto a tali indicatori mentre la figura 14 associa ad ogni indicatore anche l'informazione relativa al peggioramento o miglioramento rispetto all'anno precedente. Relativamente ai singoli indicatori emergono alcune specificità aziendali di seguito riportate.

- Per frequenza di **sedentari** (31% in Toscana) tutte le AUSL si collocano in aree di valutazione scarsa o molto scarsa (fascia arancione o rossa) in particolare si rileva il 28,8% nella centro, il 29% nella sud est e il 35,8% nella nord ovest; tale indicatore è in miglioramento rispetto all'anno precedente in tutte le AUSL .
- Per **percentuale di persone obese o in sovrappeso** (38,2% in Toscana) la AUSL sud est ha una valutazione medio/scarsa (41,6% di obesi o sovrappeso), la nord ovest intermedia (38,1%) con il dato in miglioramento rispetto all'anno precedente, la centro buona (35,8%) con un dato tuttavia in crescita e quindi in peggioramento rispetto all'anno precedente.
- la **percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica** (39,7% in Toscana) è molto bassa nella nord ovest (31,2%), dove tuttavia la tendenza è in miglioramento rispetto all'anno precedente, intermedia nella centro (40,1%), anche in questo caso in miglioramento; più elevata nella sud est (47,8%) dove però si rileva una tendenza al peggioramento.

- A livello regionale solo il 7,3% dei bevitori a maggior rischio sono consigliati dal medico o da altro operatore sanitario di bere meno (indicatore non inserito tra quelli selezionati per descrivere il percorso cronicità e quindi non presente nelle figure 13 e 14), la percentuale più bassa e in peggioramento rispetto all'anno precedente si rileva nella sud est (5,4% vs 7,2% nella nord ovest e 8,4% nella centro).
- La **percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso** (43,6% in Toscana) è valutata bassa in tutte le AUSL in particolare è molto bassa (39%) nella nord ovest che si colloca fascia di valutazione scarsa ma risulta in crescita rispetto all'anno precedente; ha una valutazione scarsa anche la centro (43,9) dove il dato è stazionario, in posizione intermedia la AUSL sud est (48,1%) ma con un dato in netto peggioramento rispetto all'anno precedente.
- Sono poco diffusi in tutte le AUSL, sebbene con tendenza all'aumento, i **programmi di Attività Fisica Adattata (AFA) a bassa e alta disabilità** (rispettivamente 1,5% e 1,9% in Toscana), previsti tra le azioni regionali di sanità di iniziativa per il contrasto alle malattie croniche a partire dalla DGR 459/2009. In particolare per percentuale di anziani (≥ 65 anni) che partecipano a tali corsi tutte le Aziende si pongono in area critica con le percentuali più basse che si registrano nella nord ovest per l'AFA a bassa disabilità (1,1% vs 1,7% nella centro e nella sud est) e nella centro per l'AFA ad alta disabilità (1,8% vs 2% nella centro e 2,2% nella sud est).

Figura 13. Indicatori sulla promozione stili di vita inseriti nel pentagramma del percorso cronicità nelle Aree Vaste in Toscana, Anno 2023. Fonte: Figura modificata da "Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana – Rapporto 2023 a cura di Scuola Superiore Sant'Anna Istituto di Management Laboratorio Management e Sanità

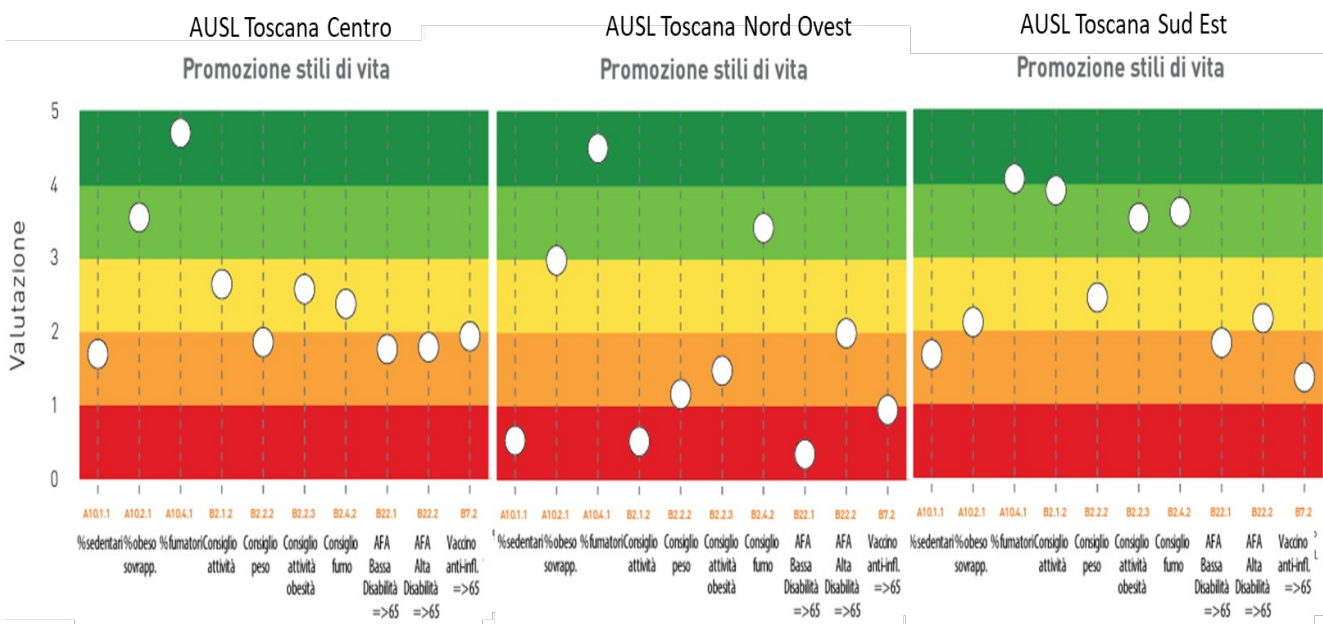


Figura 14. Mappa di performance del percorso cronicità nelle Aree Vaste in Toscana, Anno 2023. Fonte: Figura modificata da "Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana – Rapporto 2023 a cura di Scuola Superiore Sant'Anna Istituto di Management Laboratorio Management e Sanità



Conclusioni

Nonostante stili di vita nel complesso buoni, la Toscana e le AUSL nelle quali è diviso il suo territorio affrontano tendenze preoccupanti di sovrappeso, obesità e sedentarietà. I toscani dimostrano un'attenzione maggiore rispetto agli italiani circa il consumo di alimenti salutari, preferendo ortaggi, verdure, pesce e carni bianche rispetto ai salumi e snack. Inoltre, l'attenzione all'uso di sale iodato e oli vegetali è più alta in Toscana rispetto ad altre regioni. Tuttavia, la prevalenza di sovrappeso e obesità è preoccupante in tutte le fasce di età. Un'alta percentuale di bambini e adolescenti non segue una dieta equilibrata e ha livelli di attività fisica inferiori alle raccomandazioni. In particolare, l'obesità infantile è in aumento, con un trend che necessita di interventi urgenti per promuovere uno stile di vita più sano.

Le abitudini alimentari tra i giovani mostrano una preferenza per cibi ad alto contenuto calorico e basso valore nutritivo, come snack e bevande zuccherate. Tuttavia, c'è una crescente consapevolezza e un leggero aumento nel consumo di frutta e verdura, sebbene ancora insufficiente rispetto alle raccomandazioni dell'OMS. Tra i giovani, le abitudini formate tra gli 11 e i 17 anni influenzano la salute futura. Dieta, attività fisica e consumo di alcol sono determinanti chiave per la salute e rappresentano fattori di rischio per malattie cardiovascolari, oncologiche e diabete. Anche lo studio HBSC tra gli studenti toscani evidenzia una preoccupante prevalenza di sovrappeso e obesità già in giovane età. I dati di tale studio evidenziano tendenze preoccupanti nel calo della frequenza della colazione con l'età e un aumento del consumo di dolci e bevande zuccherate, inoltre confermano che le abitudini alimentari sono influenzate dallo status socioeconomico, con i ragazzi provenienti da famiglie con FAS basso che mostrano comportamenti alimentari meno salutari e con prevalenza maggiore di sovrappeso e obesità.

Tra gli adulti, si osserva una maggiore attenzione verso una dieta equilibrata, ma permangono problemi legati al consumo eccessivo di sale e zuccheri. La dieta mediterranea è seguita da una buona parte della popolazione, ma non abbastanza per contrastare efficacemente il sovrappeso e l'obesità.

I giovani toscani hanno migliorato il consumo di frutta e verdura, anche se solo una minoranza rispetta le raccomandazioni dell'OMS di cinque porzioni giornaliere. L'assunzione di snack e bevande zuccherate è diminuita, ma rimane rilevante.

La sedentarietà in Toscana è un problema tra i giovani e gli anziani, sebbene molti adolescenti praticino regolarmente attività fisica, con i maschi più attivi delle femmine. Rispetto alla media italiana, gli anziani toscani bevono meno in eccesso, consumano più frutta e verdura e hanno una prevalenza più bassa di obesità, pur essendo mediamente più sedentari.

In tutte le AUSL i valori in termini di frequenza di sovrappeso e obesità sono tali da incoraggiare azioni mirate per favorirne una riduzione, così come sono necessari interventi volti a incrementare il consumo di frutta e verdura.

L'attenzione agli stili di vita è cruciale per la valutazione e la programmazione delle Aziende Sanitarie. I principali fattori di rischio per le patologie croniche monitorati dal sistema PASSI - alcol, cattiva alimentazione e inattività fisica - sono modificabili. La mancanza di interventi su questi fattori aumenta il rischio di morti premature e malattie evitabili. La strategia europea "Guadagnare Salute", a cui l'Italia aderisce, prevede il monitoraggio continuo dei comportamenti a rischio. I principali fattori di rischio monitorati dal sistema PASSI sono in gran parte modificabili, suggerendo che interventi mirati possono ridurre significativamente il rischio di malattie croniche e morti premature.

La percentuale di persone sovrappeso e obese che ricevono consigli per perdere peso o fare attività fisica devono essere incrementate così come la percentuale di bevitori a rischio che ricevono consigli per ridurre l'alcol. Questo indica una necessità di intensificare gli sforzi per migliorare l'educazione e il supporto offerti dai professionisti sanitari. Il programma Attività Fisica Adattata è ancora poco diffuso in tutte le AUSL toscane, con bassa partecipazione tra i residenti over 65, sia per i corsi a bassa che ad alta disabilità. Questo suggerisce la necessità di aumentare la promozione e l'accessibilità di tali programmi.

In conclusione i dati suggeriscono la necessità di una strategia integrata che coinvolga educazione alimentare nelle scuole, promozione di attività fisica attraverso programmi comunitari e campagne di sensibilizzazione, per migliorare complessivamente lo stato di salute della popolazione toscana. I pediatri e i medici di famiglia hanno un ruolo chiave,

ma in generale tutti gli operatori sanitari possono intensificare gli sforzi per educare la popolazione sui rischi del sovrappeso e dell'obesità, promuovendo stili di vita più salutari e contribuendo così anche a ridurre il carico sul sistema sanitario.

Riferimenti

- Sorveglianza PASSI e sorveglianza PASSI d'Argento dell'Istituto Superiore di Sanità (dati di PASSI estratti dal portale di ARS).
 - 3.1 https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintaziendale-ausl-centro?provenienza=home_tasti&dettaglio=ric_geo_ausl&par_top_geografia=201
 - 3.2 https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Rapporti/2022/PDA2021_def_19-12.pdf
- Indagine Multiscopo ISTAT sulle abitudini alimentari, dati estratti dal Rapporto Welfare e Salute in Toscana 2023 a cura di ARS: <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/5048-rapporto-welfare-salute-toscana-2023.html>
- Indagine EDIT di ARS:
 - [https://ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintedit-risultati-VI-edizione-del-progetto-EDIT-2022-indagine-infortunistica-stradale-e-sugli-stili-di-vita-e-i%E2%80%93comportamenti-della-popolazione-adolescente-toscana-\(14-19-anni\)?provenienza=home_ricerca&dettaglio=ric_geo_edit&par_top_geografia=090](https://ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintedit-risultati-VI-edizione-del-progetto-EDIT-2022-indagine-infortunistica-stradale-e-sugli-stili-di-vita-e-i%E2%80%93comportamenti-della-popolazione-adolescente-toscana-(14-19-anni)?provenienza=home_ricerca&dettaglio=ric_geo_edit&par_top_geografia=090)
- https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Rapporti/2022/Libro_Edit_2022xweb_24_11xweb_def.pdf
Studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children): <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/indagine-2022/toscana-2022.pdf>

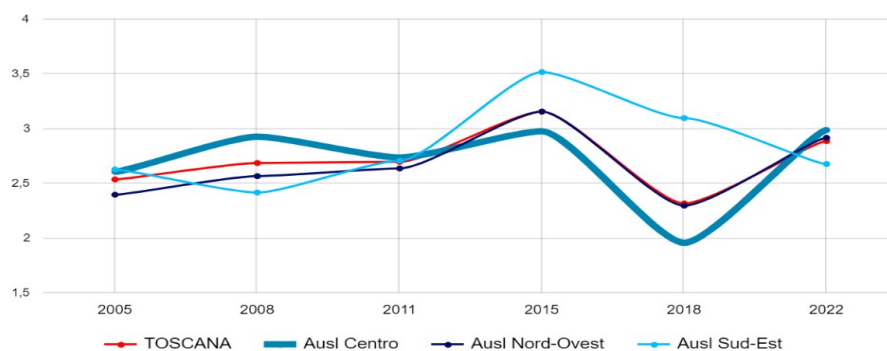
Capitolo 3 – Mortalità

3.1 Note tecniche e definizioni utili

Studenti e studentesse (14-19 anni) obesi/e

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



La mortalità è, insieme all'ospedalizzazione, uno dei due principali indicatori utilizzati in epidemiologia per valutare l'impatto delle patologie in una popolazione. Si tratta di una misura che spesso, in fase di lettura e interpretazione dei dati, è messa in relazione al livello di sviluppo di una popolazione (o di un Paese). È noto, infatti, che mediamente progresso e sviluppo economico portano vantaggi in termini di salute: migliorano le condizioni igieniche e la qualità delle

cure, diminuiscono le morti premature, specialmente quelle dovute a malattie infettive o eventi acuti (ad es. traumi, infarto, ictus), e sostengono l'aumento della sopravvivenza media della popolazione.

3.2 Certificati di morte

Contengono informazioni che permettono di misurare in modo più specifico, appropriato ed efficace la distribuzione delle singole malattie. Selezionando in fase di analisi la causa di morte principale (codificata secondo la classificazione internazionale ICD-9-CM), infatti, è possibile calcolare tassi specifici per patologia (o grande gruppo di patologia). In base all'obiettivo è possibile inoltre, laddove più appropriato, restringere l'osservazione a un determinato Comune, Zona Distretto o Asl di residenza. Questo consente di orientare la programmazione sanitaria verso la prevenzione e la presa in carico delle patologie che hanno maggiore impatto sulla mortalità. Attualmente circa due terzi dei decessi mondiali sono dovuti a tumori e malattie cardiovascolari, ma tra i giovani, ad esempio, sono gli incidenti stradali la causa principale di decesso.

3.3 Tasso di mortalità

Per una causa specifica, il tasso di mortalità dipende dalla diffusione della malattia nella popolazione, ma, a parità di diffusione, anche dalla letalità che ne caratterizza la prognosi. Non è escluso, infatti, che alcune malattie possano avere un impatto sulla mortalità superiore a quello di altre malattie più diffuse, ma con le quali la persona può convivere a lungo. Nei confronti spaziali (tra territori) e temporali (tra gli anni o i periodi) è raccomandato l'uso delle misure standardizzate per età, al fine cioè di possibili differenze nella struttura per età di due popolazioni o della stessa popolazione nel tempo. Nel 2019 è stata prodotta l'ultima versione dell'ICD-10 con alcuni cambiamenti nelle linee guida per la selezione della causa iniziale e nella classificazione di alcune condizioni morbose. Inoltre, dal 2020/2021 l'OMS ha fornito dei nuovi codici e istruzioni per la codifica dei decessi COVID-19 correlati.

3.4 Qualità dei dati raccolti

La corretta analisi delle cause di morte non può prescindere dalla qualità dei dati raccolti. Il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SIS) e Socio-Sanitario rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio sanitario regionale (SSR), attraverso la messa a disposizione di informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano la Regione e le Aziende sanitarie nell'esercizio delle proprie funzioni. I dati, organizzati in specifici flussi, sono rilevati, registrati ed inviati dalle Aziende sanitarie e sottoposti a

controlli di qualità e completezza definiti e condivisi tra il livello regionale e aziendale. La Regione Toscana provvede ad organizzare i dati ricevuti in modo da rendere fruibili le informazioni a tu gli operatori che effettuano elaborazioni a supporto del SSR.

3.5 Flussi informativi sanitari e socio-sanitari

Il flusso specifico dedicato ai dati di mortalità è l'RFC148, ovvero il modello tecnico in cui sono applicate le regole di compilazione dei traccia, le specifiche sulla struttura da, i controlli regionali, il ritorno informavo e i servizi forniti alle aziende, attualmente in vigore nello scambio di dati tra Aziende sanitarie toscane e Regione Toscana. Oggetto di rilevazione del presente flusso sono infatti tutti i decessi avvenuti in Toscana ed i decessi di residenti in Toscana ovunque avvenuti. In particolare, è tenuta all'invio dei decessi avvenuti in Toscana, l'Azienda USL in cui è avvenuto il decesso, mentre per i decessi al di fuori del territorio regionale, l'Azienda USL di residenza a cui è stato notificato il decesso dall'Azienda USL di evento o luogo estero di decesso.

3.6 Gestione schede di morte ISTAT

Come espressamente indicato dal DPR 285/90, la scheda di morte - deliberata dal Ministero della Sanità d'intesa con l'Istat - ha finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche. La corretta gestione delle informazioni relative alla scheda di morte costituisce un elemento portante per il monitoraggio della mortalità e fornisce un importante contributo alla corretta gestione della popolazione degli assistibili. I dati di Mortalità quindi, a partire dalla scheda ISTAT, subiscono un processamento che, partendo dal loro trasferimento in un sistema informatizzato, che si realizza in uffici a questo dedicati, arriva alla produzione dei grafici e delle tabelle richiamate anche in questa relazione. Tutte le schede ISTAT, infatti, vengono inviate dai Comuni agli uffici del Registro Nominavo delle Cause di Morte (ReNCaM) ospitati presso gli IPN (Uffici di Igiene Pubblica e Nutrizione) distribuiti sul territorio. I ReNCaM dell'ATNO sono 12 e raccolgono le schede ISTAT provenienti da 101 Comuni.

3.7 ReNCaM

Il Registro Nominavo delle Cause di Morte (ReNCaM) è un rilevante strumento informativo basato sulla registrazione sistematica della mortalità per causa della popolazione residente, che consente di avere a disposizione sia informazioni di carattere anagrafico (data di nascita e di decesso, residenza) che notizie relative alla distribuzione spaziale e/o temporale di eventuali fattori di rischio.

La fonte dei dati di mortalità è la scheda di morte ISTAT (Mod. D4), che raccoglie i dati anagrafici del deceduto, i dati clinici relativi agli eventi ed ai processi che hanno causato l'evento morte. La scheda ISTAT ha esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche. La certificazione della causa di morte è regolata da norme che ne sanciscono il contenuto; infatti l'obbligatorietà e la regolarità del flusso contribuiscono a dare certezza e valenza giuridica all'informazione legata al dato di mortalità.

Il coordinamento dei ReNCaM è affidato all'UO di Epidemiologia che, in qualità di referente per il registro di mortalità (RMR), si occupa del controllo e monitoraggio del lavoro e fornisce supporto agli operatori coinvolti nel processo, oltre che essere tramite tra i ReNCaM stessi e ISPRO (Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica) il quale, con cadenza semestrale, restituisce i dati di mortalità incrociati con quelli ricevuti direttamente da ISTAT, garantendo, in questo modo, un'ulteriore occasione di verifica della qualità e dell'appropriatezza.

Nonostante la struttura prevedesse già numerose possibilità di controllo qualitativo dei dati, l'UO Epidemiologia dell'ATNO si è preoccupata di portare il livello di attendibilità, completezza e appropriatezza ad uno standard ottimale, riuscendo a individuare e cercando di risolvere le criticità responsabili dei gap ancora presenti.

Dopo avere esaminato i tre diversi applicativi distribuiti nei diversi territori, sono stati affrontati e corretti tutti gli "errori" operatore-dipendenti, sottoponendo il personale ad una formazione sul campo uniformata rispetto al mandato aziendale e agli obiettivi ad esso connessi. Sono stati messi in evidenza i "bias" correlati agli applicativi in uso, in gran parte obsoleti, ed è stata sviluppata un'intensa collaborazione con ESTAR, fornendo un elenco di tutti i desiderata necessari per la creazione di un nuovo applicativo che, superando le criticità presenti in quelli attualmente in uso, riesca a rendere il lavoro più agile ed efficiente, con una ricaduta positiva sulla qualità, completezza e appropriatezza dei dati immessi nel flusso RFC148.

3.8 Prime 10 cause di mortalità - Dati ARS 2019-2021

Prime 10 cause di mortalità | AUSL NORD-OVEST | Indicatori socio-sanitari in Toscana

Residenza	Causa	Proporzione
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema circolatorio	30,89
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato digerente	3,34
REGIONE TOSCANA	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,16
REGIONE TOSCANA	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4,63
REGIONE TOSCANA	Tumori	26,00
REGIONE TOSCANA	Disturbi psichici	3,52
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema nervoso	5,21
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato respiratorio	7,39
REGIONE TOSCANA	Malattie infettive e parassitarie	2,41
REGIONE TOSCANA	Traumatismi e avvelenamenti	3,63
AUSL CENTRO	Malattie del sistema circolatorio	29,92
AUSL CENTRO	Malattie dell'apparato digerente	3,25
AUSL CENTRO	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3,94
AUSL CENTRO	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3,74
AUSL CENTRO	Tumori	26,21
AUSL CENTRO	Disturbi psichici	3,62
AUSL CENTRO	Malattie del sistema nervoso	5,49
AUSL CENTRO	Malattie dell'apparato respiratorio	7,74
AUSL CENTRO	Malattie infettive e parassitarie	2,05
AUSL CENTRO	Traumatismi e avvelenamenti	3,81
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,22
AUSL NORD-OVEST	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4,91
AUSL NORD-OVEST	Tumori	26,24
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	31,76
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato digerente	3,56
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato respiratorio	6,72
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	2,75
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avvelenamenti	3,45
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	3,45
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	5,07
AUSL SUD-EST	Malattie del sistema circolatorio	31,30
AUSL SUD-EST	Malattie dell'apparato digerente	3,18
AUSL SUD-EST	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,47
AUSL SUD-EST	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,79
AUSL SUD-EST	Tumori	25,25
AUSL SUD-EST	Disturbi psichici	3,45
AUSL SUD-EST	Malattie del sistema nervoso	4,91
AUSL SUD-EST	Malattie dell'apparato respiratorio	7,78
AUSL SUD-EST	Malattie infettive e parassitarie	2,51
AUSL SUD-EST	Traumatismi e avvelenamenti	3,59

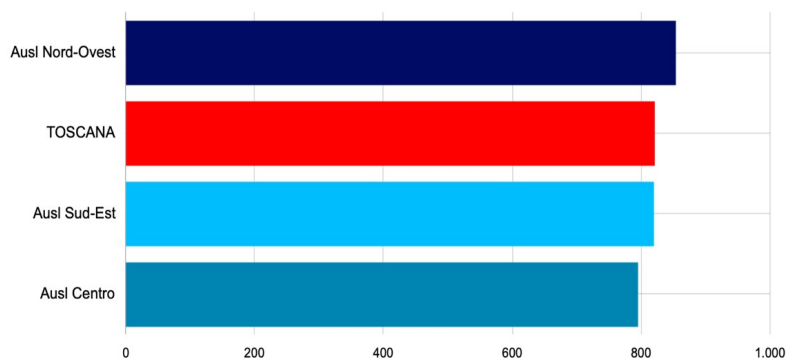
3.9 Mortalità per tutte le cause

Sebbene il tasso standardizzato della ATNO superi il valore delle altre Aziende, nel dettaglio delle Zone Distretto non si registrano significativi scostamenti rispetto alla media Regionale.

Mortalità per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2019-2021 - Totale

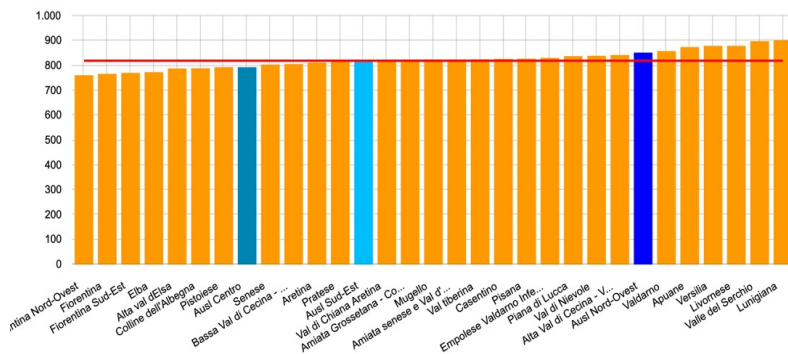
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2019-2021 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)

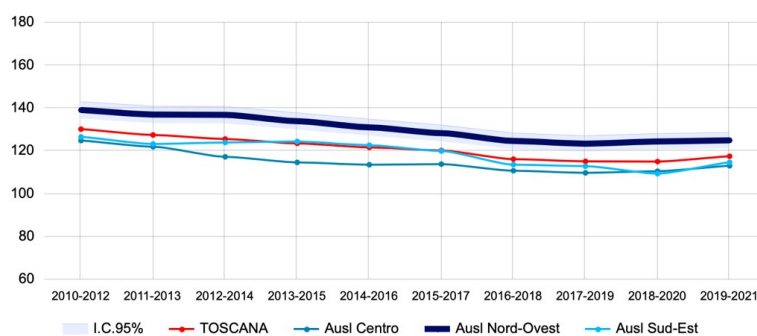


3.10 Mortalità prematura

Mortalità prematura

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



Per “prematuri” si intendono tutti i soggetti deceduti prima del compimento dei 65 anni: tra le cause principali di morte in età adulta o giovane, oltre ai tumori e agli eventi acuti cardiovascolari (infarto, ictus), troviamo i traumatismi, gli incidenti stradali e le malattie infettive. Il dato ATNO nel corso degli anni si è mantenuto al di sopra della media Regionale, tuttavia mantenendo un trend in costante riduzione.

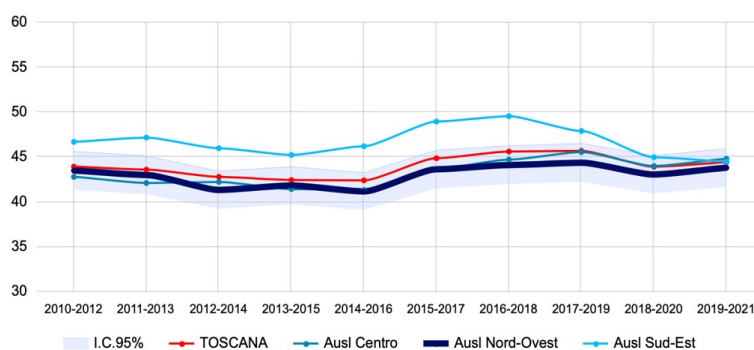
3.11 Mortalità per traumatismi e avvelenamenti

Per quanto i dati delle Aziende siano sovrapponibili alla media Regionale, l'ATNO si attesta lievemente al di sotto di essa (43,8 decessi per 100.000 abitanti nel triennio 2019-2021).

Mortalità per traumatismi ed avvelenamenti

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)

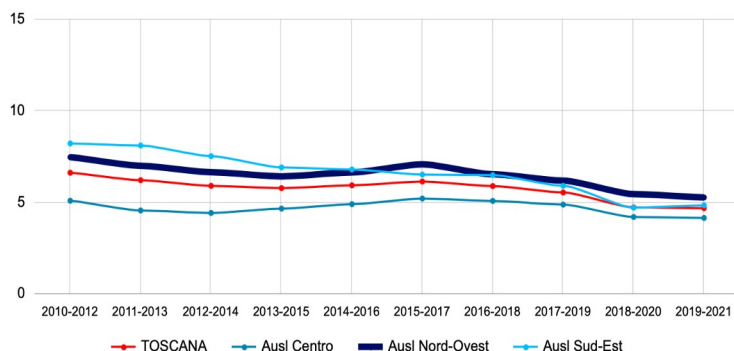


3.12 Mortalità per incidenti stradali

Mortalità per incidenti stradali

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



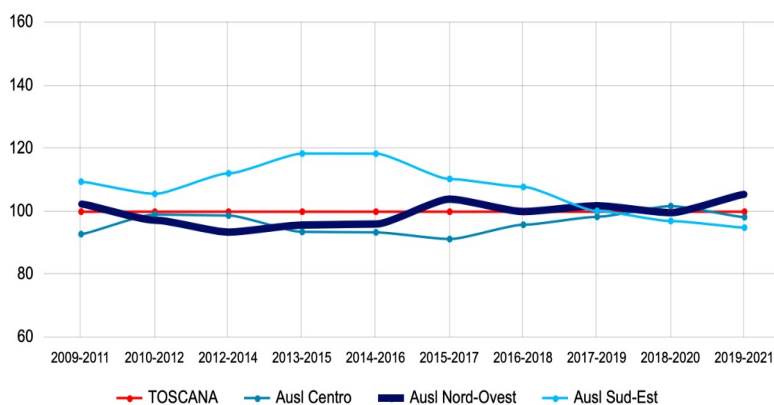
Nel corso degli anni si registra un decremento dei decessi totali per questa causa: da 7,5 per 100.000 abitanti nel triennio 2010-2012 a 5,3 per 100.000 abitanti nel triennio 2019-2021. ATNO si mantiene tuttavia su valori superiori a quelli della media regionale.

3.13 Mortalità per suicidio

Mortalità per suicidio

SMR (x 100) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



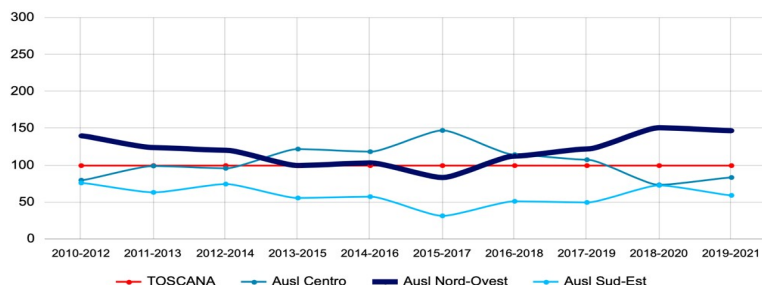
Negli anni, il rapporto standardizzato di mortalità ha seguito un pattern molto variabile, attestandosi a 105,5 nel triennio 2019-2021.

3.14 Mortalità per overdose

Mortalità per overdose

SMR (x 100) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



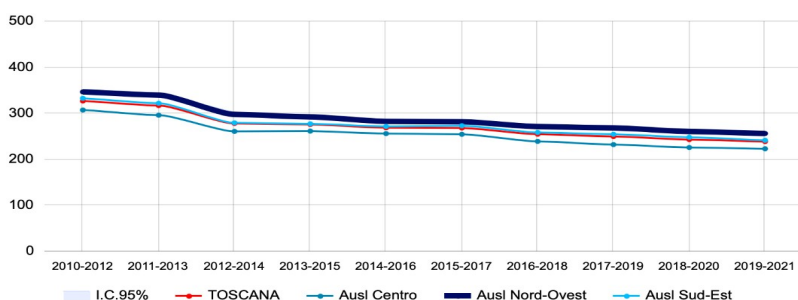
Anche in questo caso non si vede una regolarità del dato, che anzi sembrerebbe in aumento negli ultimi anni dopo una decrescita nel triennio 2015-2017. Nel triennio 2019-2021 il tasso standardizzato di mortalità è pari a 147,2.

3.15 Mortalità per malae del sistema circolatorio

Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



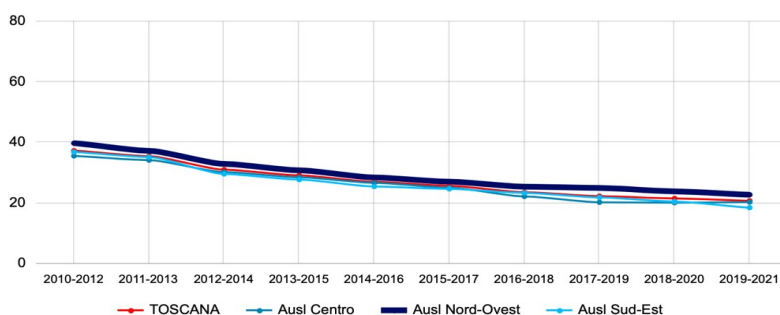
Il tasso standardizzato per età, nonostante lievemente sopra la media regionale, segue l'andamento decrescente generale anche nell'ultimo triennio esaminato: nel 2019-2021 è infatti pari a 256,7 mentre nel 2010-2012 era 347,1.

3.16 Mortalità per infarto del miocardio

Mortalità per infarto del miocardio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



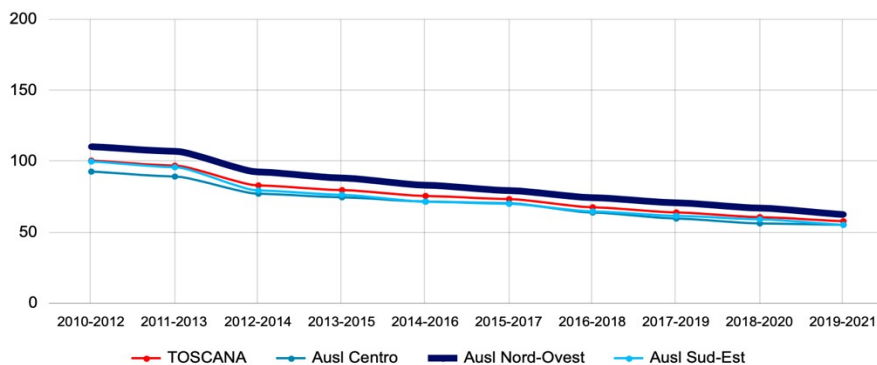
Pur mantenendosi lievemente al di sopra della media regionale, nel triennio 2019-2021 l'ATNO, ha visto una riduzione del tasso standardizzato relativo ai decessi totali per questa causa, attestandosi a 22,8 decessi per 100.000 abitanti (nel 2010-2012 era 39,9).

3.17 Mortalità per cardiopatia ischemica

Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



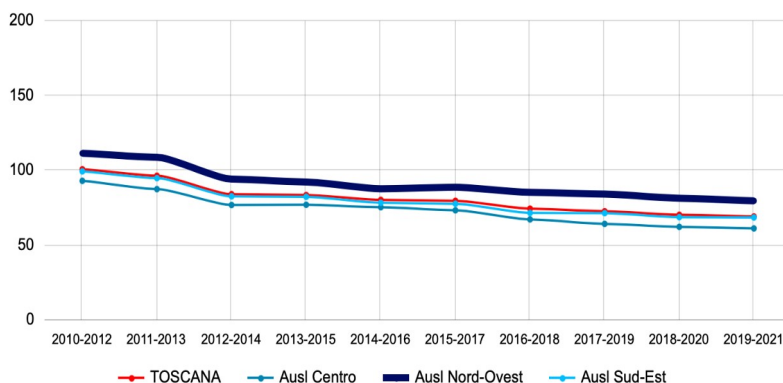
Come al punto precedente, dato lievemente sopra soglia rispetto alla media regionale ma in costante decrescita: nel triennio 2010-2012 era pari a 110,7 decessi per 100.000 abitanti, nel 2019-2020 è arrivato a 62,9.

3.18 Mortalità per malattie cerebrovascolari

Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



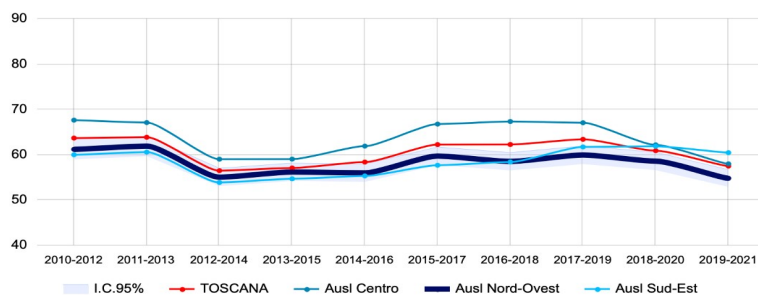
L'ATNO si mantiene costantemente al di sopra della media regionale, pur mostrando un trend in continua riduzione. Nel triennio 2019-2021 il tasso standardizzato è di 79,9 decessi per 100.000 abitanti (nel 2010-2012 era pari a 111,7).

3.19 Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio

Mortalità per malattie apparato respiratorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



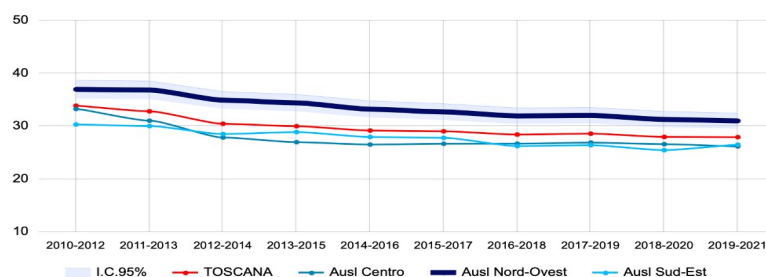
Nel grafico che esprime il tasso standardizzato dei decessi, si osserva un'evidente diminuzione, con l'ATNO che si attesta su valori inferiori rispetto a quelli delle altre due Aziende e alla media regionale: nel triennio 2019-2021 il tasso standardizzato è di 54,9 morti per 100.000 abitanti.

3.20 Mortalità per malattie dell'apparato digerente

Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



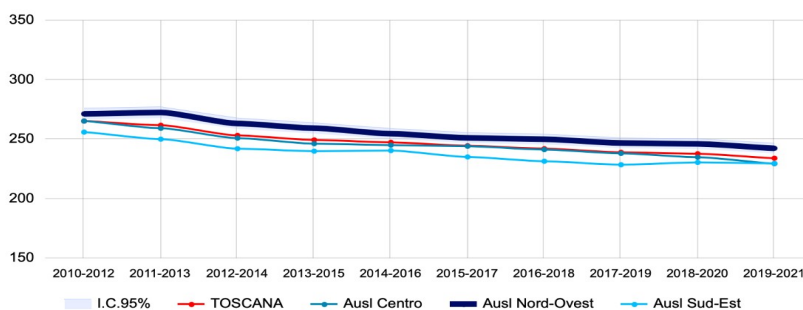
Sebbene sempre al di sopra della media regionale, nel triennio 2019-2021, ATNO mostra una riduzione del tasso, attestandosi a 31,0 per 100.000 abitanti (nel triennio 2010-2012 era 37,0).

3.21 Mortalità per tumori

Mortalità per tumori

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



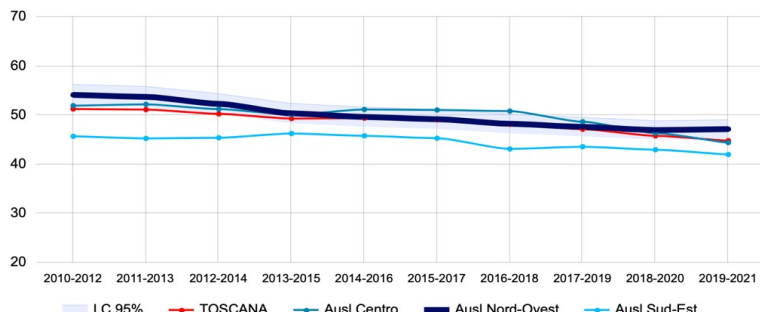
Nell'ultimo triennio, il tasso standardizzato dell'ATNO per la mortalità per tutti i tumori mostra un trend in decremento sovrapponibile a quello della media della Regione Toscana, seppur attestandosi, come negli anni precedenti, su valori superiori rispetto a quelli delle altre due Aziende e della media regionale stessa.

3.21.1 Mortalità per tumori del polmone

Mortalità per tumore del polmone

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



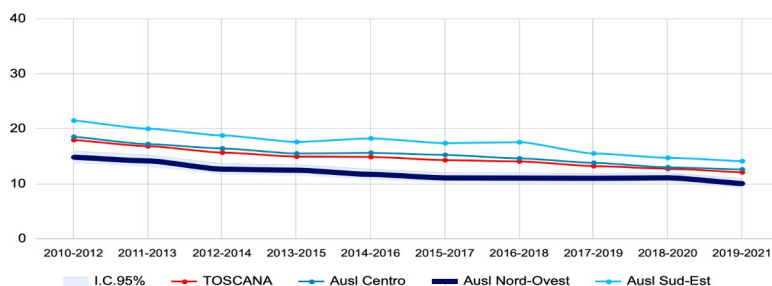
Il tasso standardizzato, sovrapponibile alla media regionale negli anni dal 2013 al 2019, è in lieve aumento rispetto alla stessa, attestandosi su un valore di 47,2 per 100.000 abitanti.

3.21.2 Mortalità per tumore dello stomaco

Mortalità per tumore dello stomaco

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



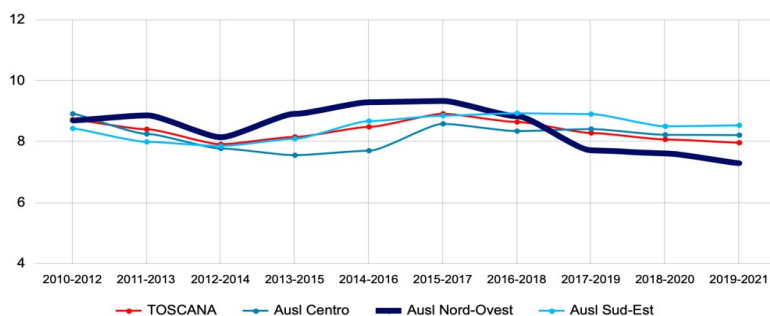
L'ATNO si attesta su valori più bassi rispetto alle altre due Aziende e alla media di Regione Toscana. Nel triennio 2019-2021 il tasso standardizzato è di 10,1 per 100.000 abitanti.

3.21.3 Mortalità per tumore della vescica

Mortalità per tumore della vescica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

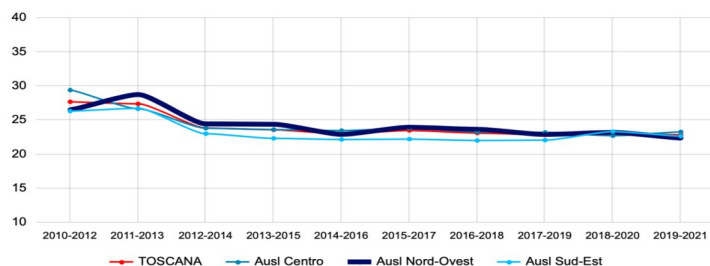


Il grafico mostra un decremento costante dal triennio 2015-2017, seppur meno repentino negli ultimi trienni. In ogni caso il tasso standardizzato è dal 2017 al di sotto della media regionale e inferiore alle altre aziende, nel triennio 2019-2021 è pari a 7,3 per 100.000 abitanti.

3.21.4 Mortalità per tumore della prostata

Mortalità per tumore della prostata

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi
Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

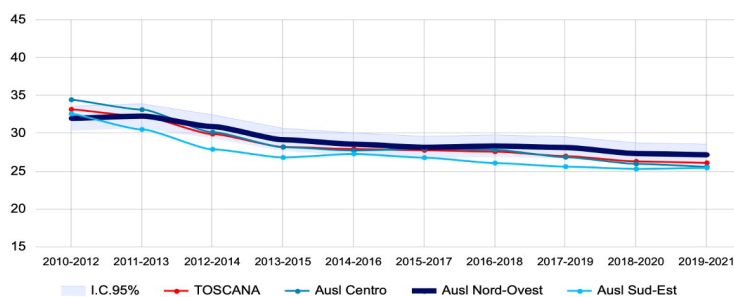


Il tasso standardizzato di ATNO (nel triennio 2019-2021 pari a 22,4 per 100.000 abitanti) in linea con la media regionale e con il tasso delle altre aziende, mostrando anche una lieve deflessione rispetto al periodo precedente.

3.21.5 Mortalità per tumore del colon retto

Mortalità per tumore del colon retto

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale
Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

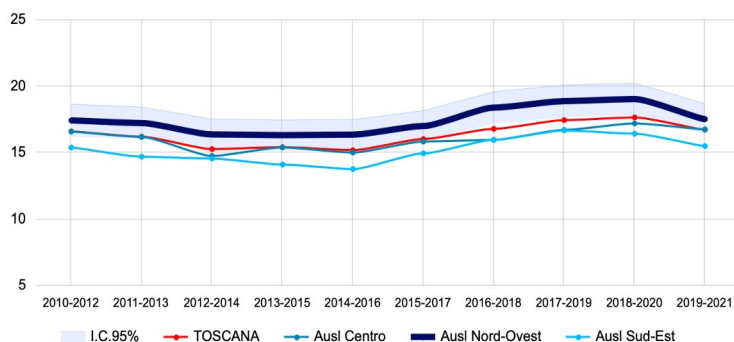


Nel triennio 2019-2021, il grafico del tasso standardizzato per questa causa di morte, registra un decremento per ATNO rispetto ai trienni precedenti, restando, tuttavia, ancora al di sopra della media di Regione Toscana. Il tasso nell'ultimo triennio è pari a 27,2 per 100.000 abitanti.

3.21.6 Mortalità per tumore della mammella

Mortalità per tumore della mammella

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



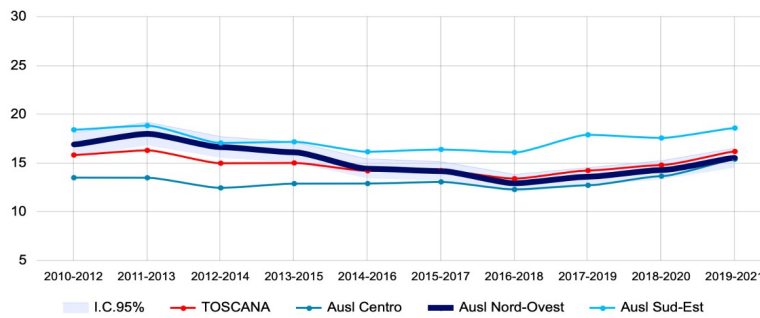
Tale causa di morte ha trovato il suo "picco" nel triennio 2018-2020, mentre nel 2019-2021 è in una lieve deflessione, attestandosi su 17,6 per 100.000 abitanti. In ogni caso, il dato rimane costantemente più alto della media regionale e di quello delle altre Aziende

3.22 Mortalità per malae dell'apparato genito urinario

Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



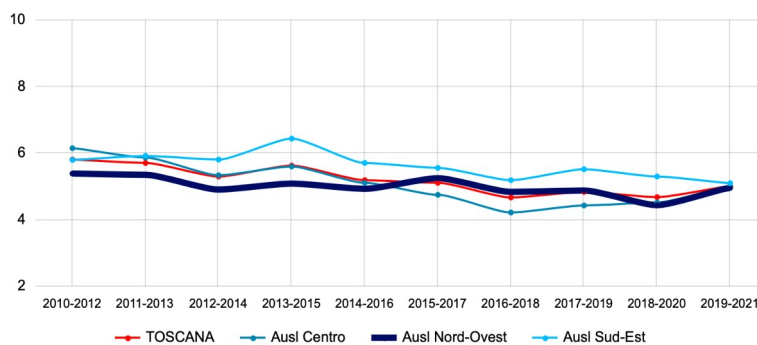
In ATNO, i decessi attribuibili a questa causa sono in aumento dal 2016, mantenendosi, tuttavia, al di sotto della media regionale. Nel 2019-2021 il tasso standardizzato è di 15,6 per 100.000 abitanti.

3.23 Mortalità per malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo

Mortalità per malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

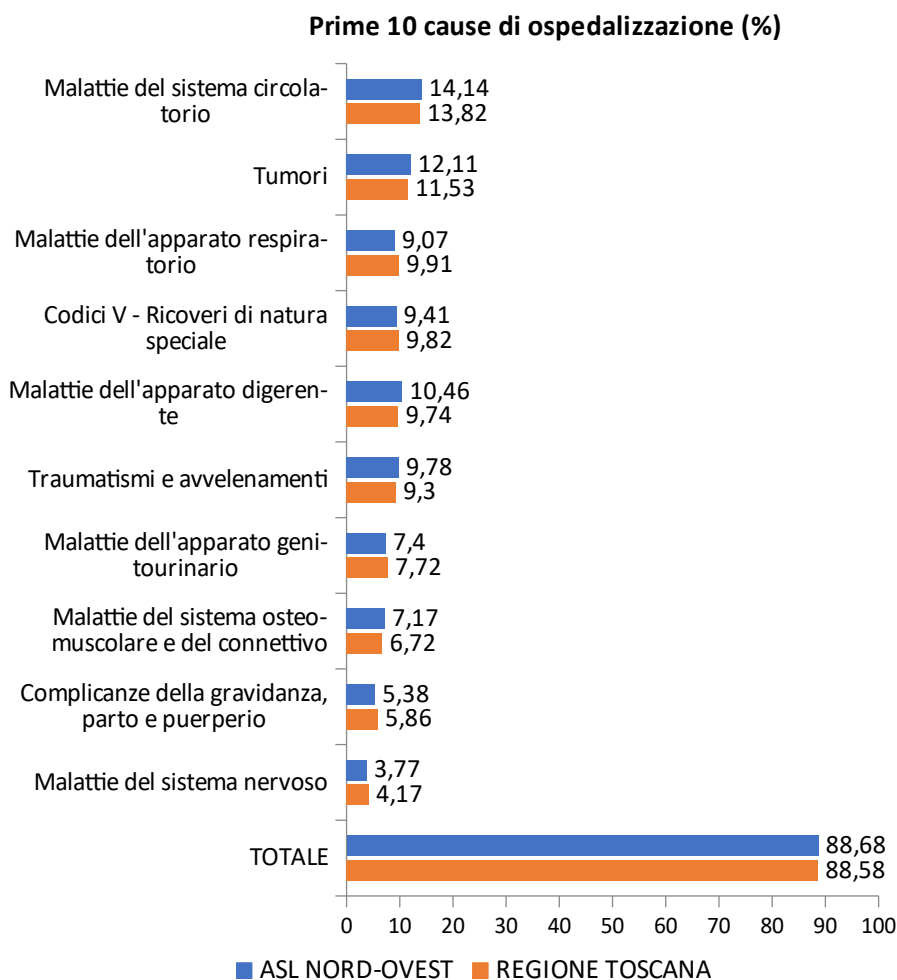
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)



Per tale causa di morte non si registra negli anni uno specifico pattern in crescita o in decrescita, ma il tasso rimane piuttosto stabile, attestandosi nel triennio 2019-2021 su 5,0 per 100.000 abitanti e rimanendo in linea con la media regionale.

Capitolo 4 - Ospedalizzazione

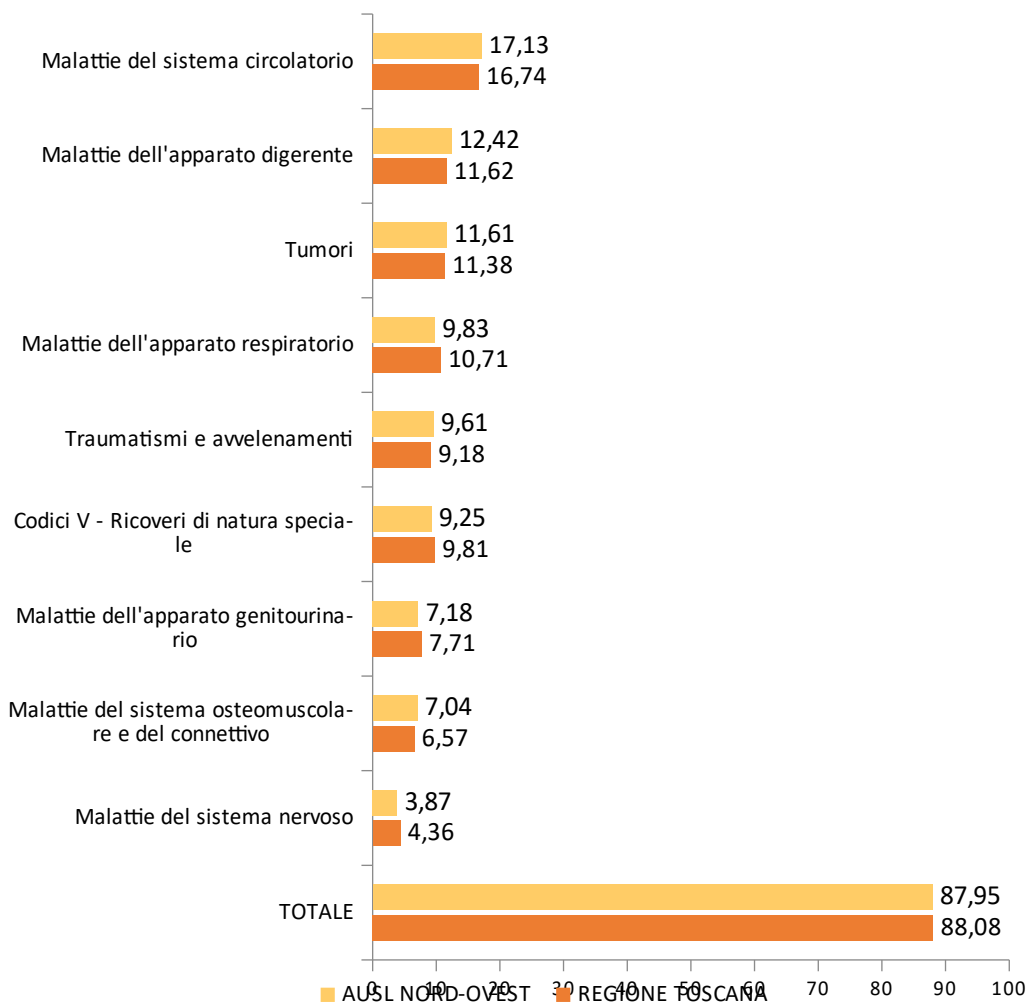
4.1- Prime 10 cause di ospedalizzazione



Il grafico riporta i dati riguardanti le prime 10 cause di ospedalizzazione nella Regione Toscana e nella ASL Nord-Ovest; in cui si evidenzia come le malattie dell'apparato digerente presentano una variazione percentuale più alta rispetto al dato regionale.

4.2- Principali cause di ospedalizzazione nei due sessi

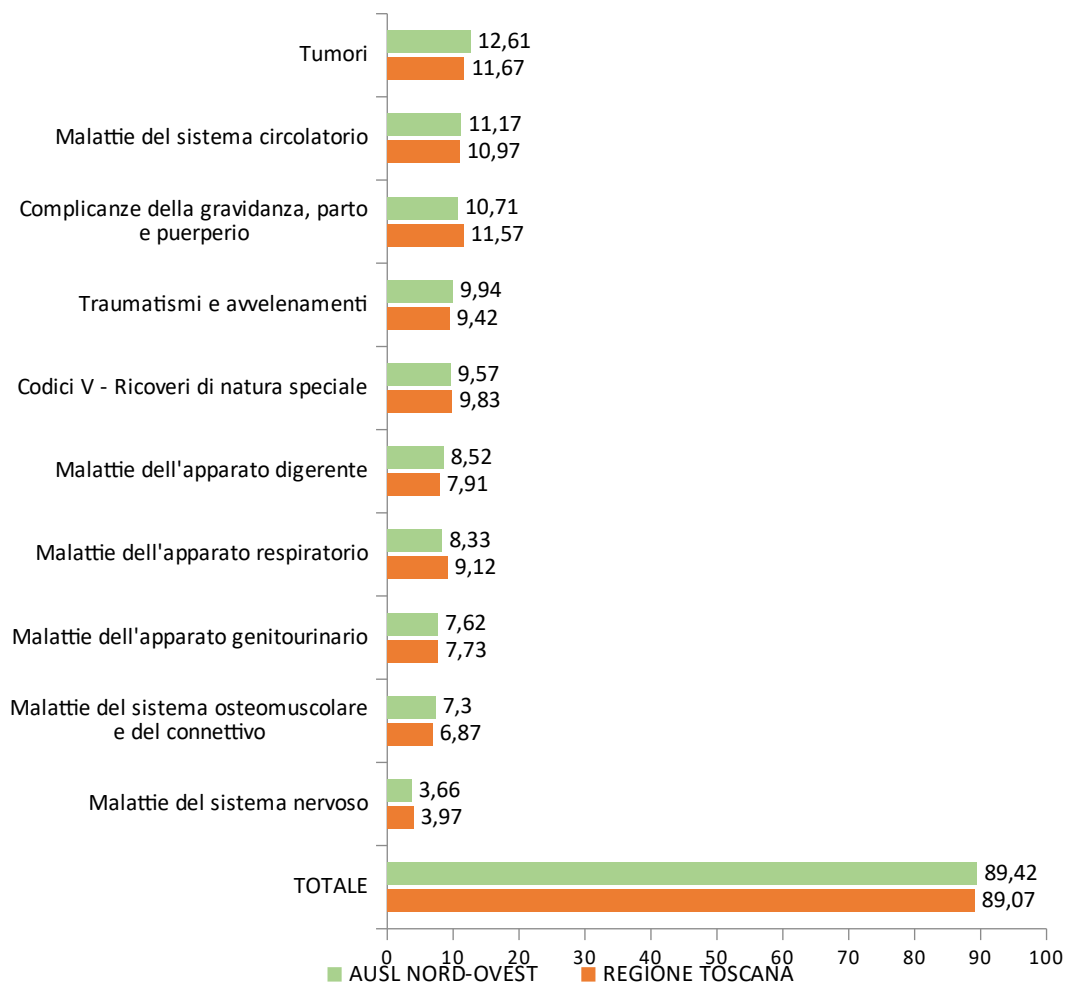
Principali cause di ospedalizzazione - maschi (%)



Nella popolazione maschile le prime tre cause di ospedalizzazione sono rappresentate dai ricoveri per malattie del sistema circolatorio, dell'apparato digerente e per patologie tumorali, ognuna delle quali presenta un tasso superiore al 10%. Tale distribuzione trova riscontro anche sul territorio regionale nel suo insieme, ma con proporzioni inferiori.

Di contro risultano inferiori rispetto al dato regionale le proporzioni di ricoveri per malattie dell'apparato respiratorio, apparato genitourinario, del sistema nervoso, e per cause di natura speciale.

Principali cause di ospedalizzazione - femmine (%)



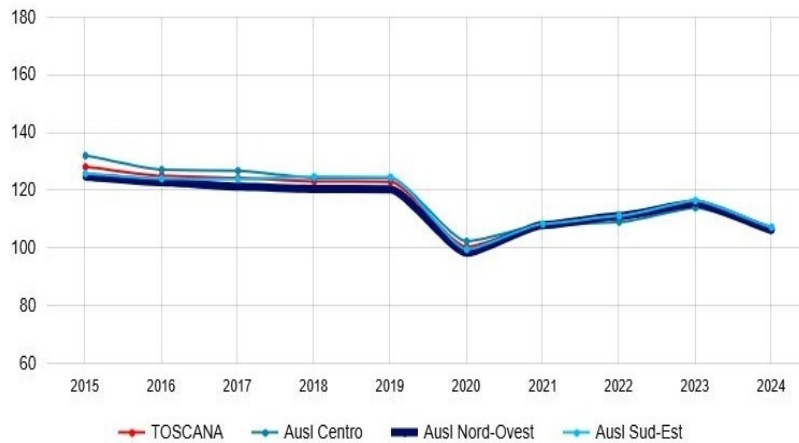
Nella popolazione femminile le prime tre cause di ospedalizzazione sono rappresentate da patologie tumorali, malattie dell'apparato cardiocircolatorio e complicanze della gravidanza, parto e puerperio, con una prevalenza superiore al 10%.

Si evidenzia una proporzione più alta dell'ospedalizzazione nella ASL Nord Ovest rispetto all'ambito regionale in particolare per le patologie tumorali, ma anche per le malattie dell'apparato digerente, malattie del sistema osteomuscolare e connettivo, e per traumatismi e avvelenamenti; mentre risulta inferiore la proporzione di ricoveri per complicanze della gravidanza, parto e puerperio.

Dimissioni ospedaliere per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



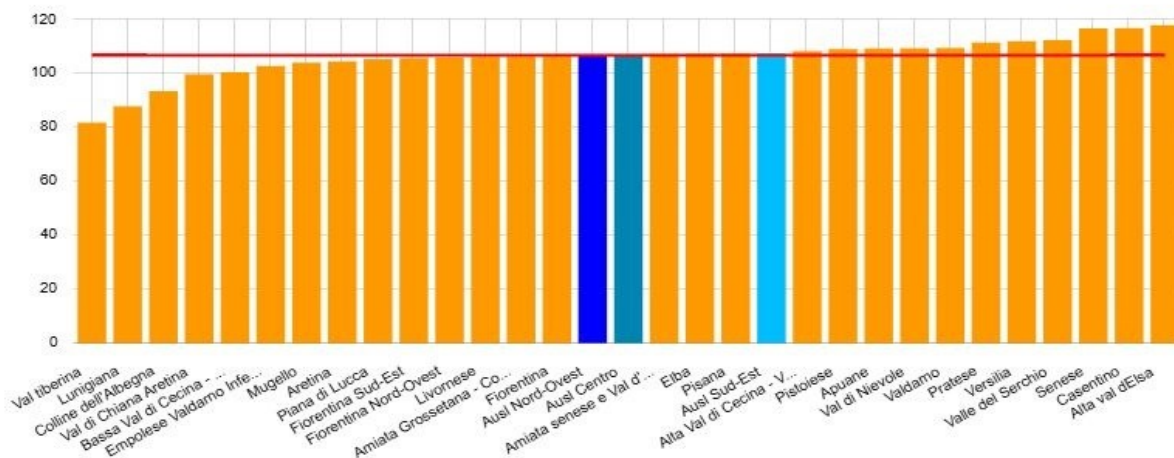
L'andamento temporale del tasso di dimissioni ospedaliere, standardizzato per età, mostra che il Territorio della ASL Nord Ovest ricalca la curva dei tassi regionali: dopo la deflessione nel 2020, causa covid, si nota una successiva ascesa della curva che raggiunge il suo picco nel 2023, per poi subire un decremento nel corso dell'ultimo anno analizzato, passando da un tasso medio aziendale di 115 ad un tasso di 106,5 dimissioni per 1000

residenti, in linea con quello regionale (106,8).

Dimissioni ospedaliere per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2024 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Analizzando il tasso di dimissioni ospedaliere per Zona, vediamo come sul territorio aziendale le strutture ospedaliere della Valle del Serchio e della Versilia superino le 110 dimissioni ogni 1000 residenti, seguite e dalla zona Apuane (109,3) e dalle zone Elbana, Pisana e Livornese, che presentano un tasso che si attesta intorno alla media regionale.

Le strutture della Lunigiana si confermano tra quelle con il tasso di dimissione più basso per il territorio ASL Nord Ovest, con circa 87 dimissioni ogni 1000 residenti.

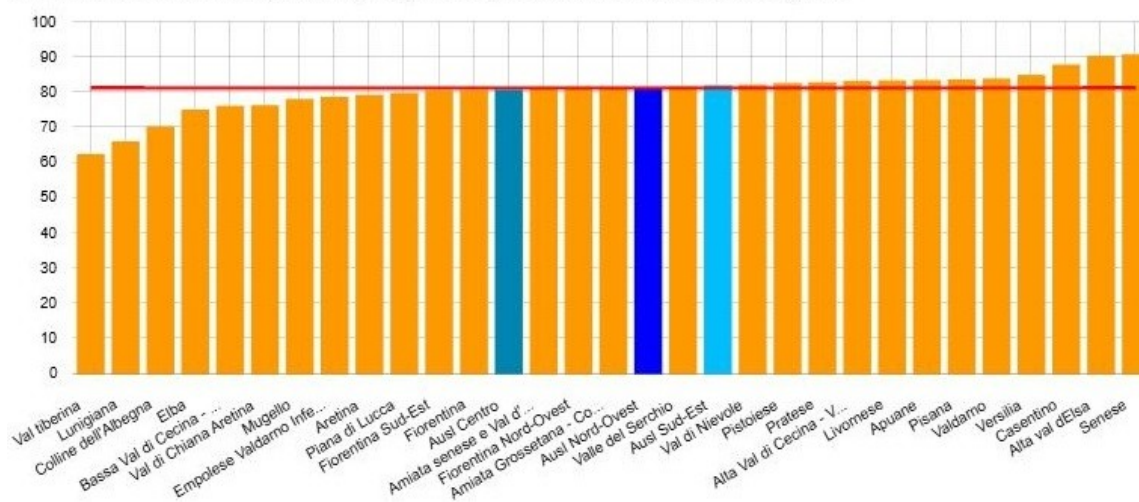
4.3 - Soggetti ricoverati per tutte le cause

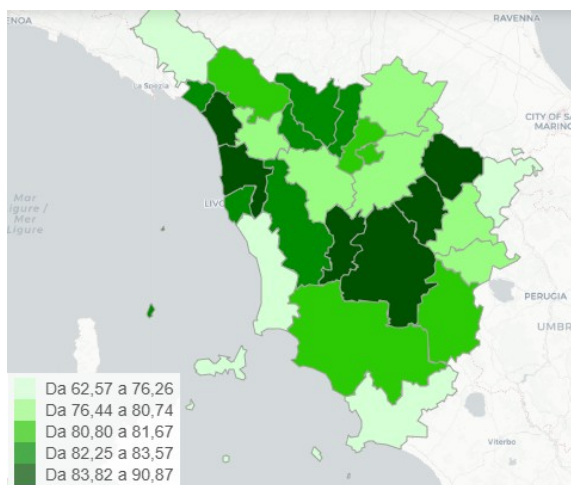
L'ospedalizzazione è, insieme alla mortalità, una delle due principali fonti utilizzate in epidemiologia per valutare l'impatto delle patologie in una popolazione. La frequenza con cui i residenti sono ricoverati è, salvo alcune eccezioni, una buona misura indiretta (proxy) della diffusione delle malattie. Le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera permettono di misurare in modo più specifico, appropriato ed efficace la diffusione delle singole malattie. Selezionando la diagnosi di dimissione principale è possibile calcolare tassi specifici per patologia (o grande gruppi di patologie). Rispetto agli indicatori sui volumi di ricoveri (totale dimissioni), gli indicatori sui soggetti ricoverati almeno una volta (per patologia) si avvicinano di più alla somma dell'incidenza delle malattie in un determinato periodo. L'obiettivo è stimare i nuovi casi nella popolazione, pertanto se un soggetto è ricoverato più volte per la stessa diagnosi nel periodo osservato, al numeratore viene comunque contato una sola volta. Come nel caso dei volumi di ricoveri, non è compreso nella misura il bisogno che resta insoddisfatto per eventuali problemi di accessibilità, o quello per il quale la risposta più appropriata è di tipo territoriale (medicina generale e/o specialistica ambulatoriale). In alcuni casi occorre cautela nel commentare i confronti dei tassi di soggetti ricoverati: per alcune patologie specifiche, parte della differenza osservata tra i territori potrebbe essere riconducibile a una diversa organizzazione dei servizi e dei percorsi di presa in carico, più che a reali differenze nello stato di salute della popolazione. Nei confronti spaziali (tra territori) e temporali (tra gli anni o i periodi) si utilizza la misura standardizzata per età, al netto cioè di possibili differenze nella struttura per età di due popolazioni o della stessa popolazione nel tempo.

Soggetti ricoverati per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



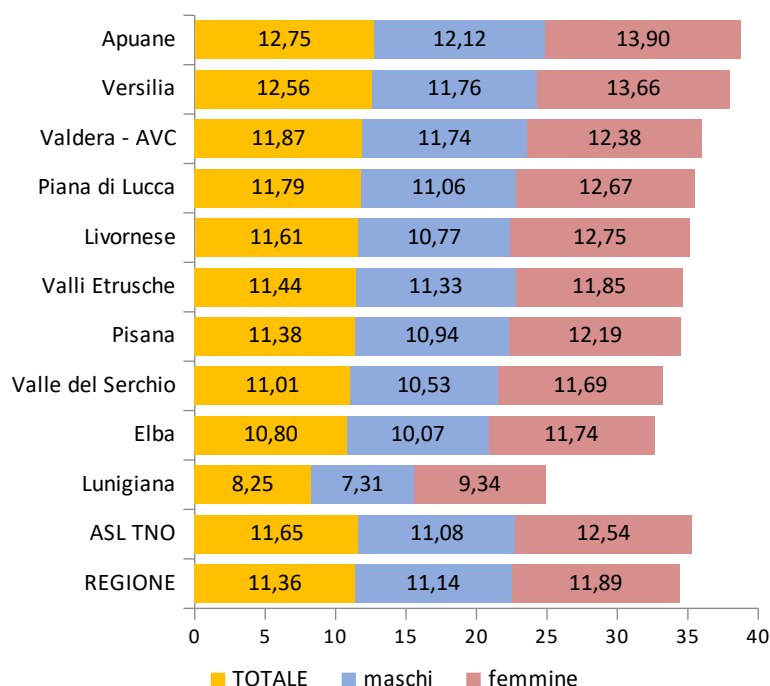


Nel grafico sovrastante sono riportati i tassi di ricovero standardizzato per età delle varie Zone distretto, che indica il numero di residenti ricoverati ogni mille residenti nel corso dell'anno in analisi.

Si può notare come le Zone Versilia, Pisana, Apuane e Livornese presentano i tassi più alti di soggetti ricoverati sul territorio della ASL Nord Ovest, attestandosi tra gli 82 e i 90 ricoveri ogni 1000 residenti, superiori anche rispetto alla media regionale (81,3).

4.4- Soggetti ricoverati per tumore

Soggetti ricoverati per tumori per Zona e genere
Tasso standardizzato per età (x 1000)



Osservando il tasso di ricovero per tumore, si nota come la zona Apuane risulti quella con il valore più alto, seguita dalla Versilia, e dalla Valdera-AVC.

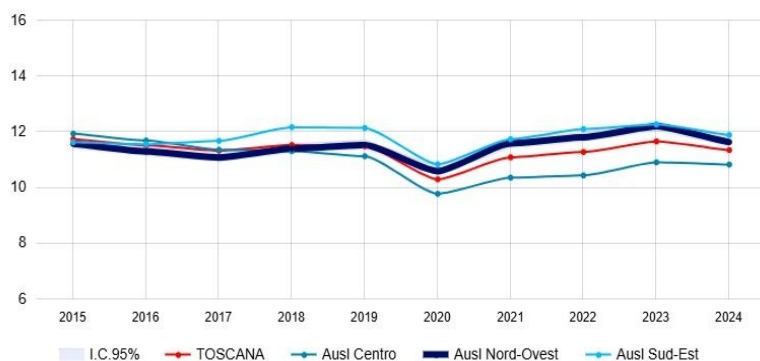
Le prime due presentano una variazione percentuale marcatamente superiore sia rispetto al dato medio aziendale sia a quello regionale. Al contrario nella Lunigiana si riscontra un tasso di ospedalizzazione nettamente inferiore.

In tutte le Zone appartenenti alla ASL Nord Ovest il tasso di ricoverati per patologia tumorale risulta maggiore nella popolazione femminile rispetto a quella maschile; infatti il dato medio aziendale nel sesso maschile è in linea con quello regionale, al contrario del dato per il sesso femminile, che eccede il tasso regionale di 0,65 punti.

Soggetti ricoverati per tumori

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Per quanto dal 2020 il tasso di ricovero per tumori della ASL Nord Ovest si sia attestato al di sopra della media regionale, durante l'ultimo anno si nota come la curva sia in flessione e si sta riavvicinando a quella della media regionale.

4.5- Soggetti ricoverati per le principali tipologie tumorali

Patologia tumorale	tasso medio ASL TNO	tasso medio regione	tasso medio pop. maschile ASL TNO	tasso medio pop. maschile regione	tasso medio pop. femminile ASL TNO	tasso medio pop. femminile regione
polmone	0,55	0,58	0,68	0,74	0,45	0,46
mammella	1,01	0,91	0,02	0,02	1,9	1,72
colon retto	0,63	0,58	0,77	0,71	0,51	0,48
stomaco	0,11	0,13	0,16	0,19	0,08	0,08
prostata	0,36	0,42	0,77	0,89		
vescica	0,8	0,88	1,43	1,55	0,28	0,33

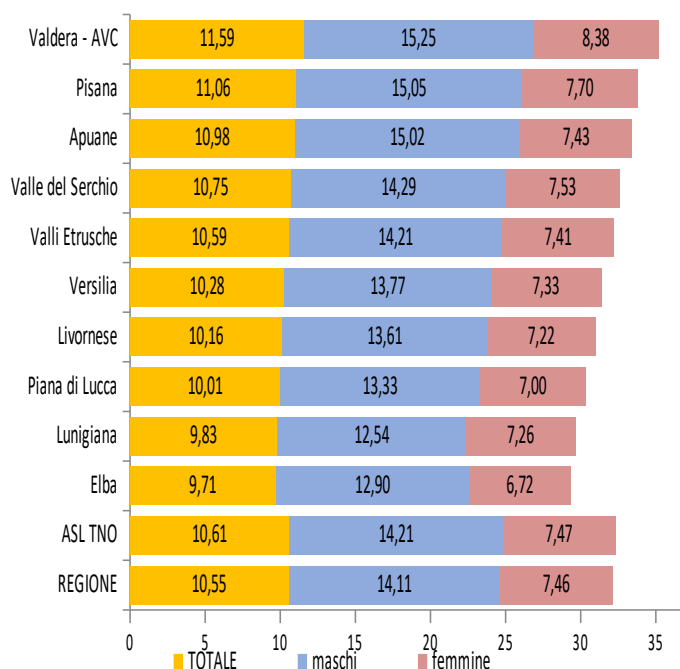
La tabella in alto riporta i dati ARS dei ricoveri (tasso standardizzato per età per 1000 residenti) per le principali tipologie di tumore. Rispetto al dato regionale il tasso medio aziendale risulta superiore per i ricoveri per tumore della mammella e del colon-retto, mentre è inferiore per i ricoveri per tumore della prostata.

Nella tabella sottostante sono riportate le Zone della ASL Nord Ovest in cui si rileva il dato più alto.

Patologia tumorale	tasso ricoveri popolazione M+F		tasso ricoveri popolazione maschile		tasso ricoveri popolazione femminile	
polmone	Pisana	0,69	Piana di Lucca	0,83	Pisana	0,64
mammella	Valdera-AVC	1,15			Valdera-AVC	2,18
colon retto	Pisana	0,73	Valdera-AVC	0,92	Pisana	0,6
stomaco	Elba	0,15	Elba	0,26	Valli Etrusche	0,12
prostata	Valle del Serchio	0,5	Valle del Serchio	1,03		
vescica	Piana di Lucca	0,93	Versilia	1,66	Piana di Lucca	0,37

4.6- Soggetti ricoverati per malattie del sistema circolatorio

Soggetti ricoverati per malattie del sistema circolatorio per Zona e genere
Tasso standardizzato per età (x 1000)



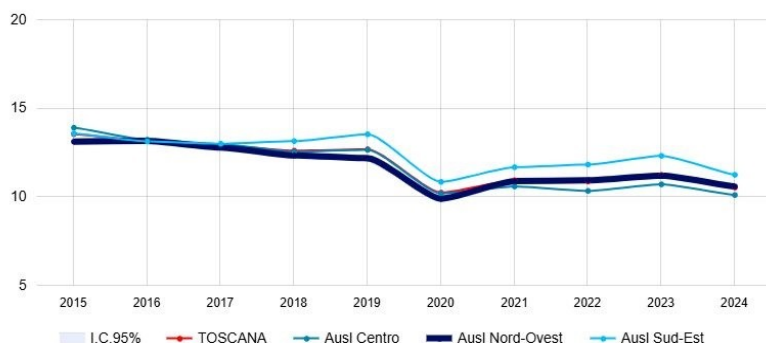
La Valdera-AVC è la zona in cui si registra il tasso più alto di ricoveri per malattie del sistema circolatorio; seguita dalle zone Pisana, Apuane e Valle del Serchio con valori sempre al di sopra della media regionale.

È evidente l'importante divario tra i tassi di ricovero nei due sessi: i ricoveri dei residenti di sesso maschile risultano infatti circa il doppio rispetto al sesso femminile sia sul territorio aziendale che sul quello regionale.

Soggetti ricoverati per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

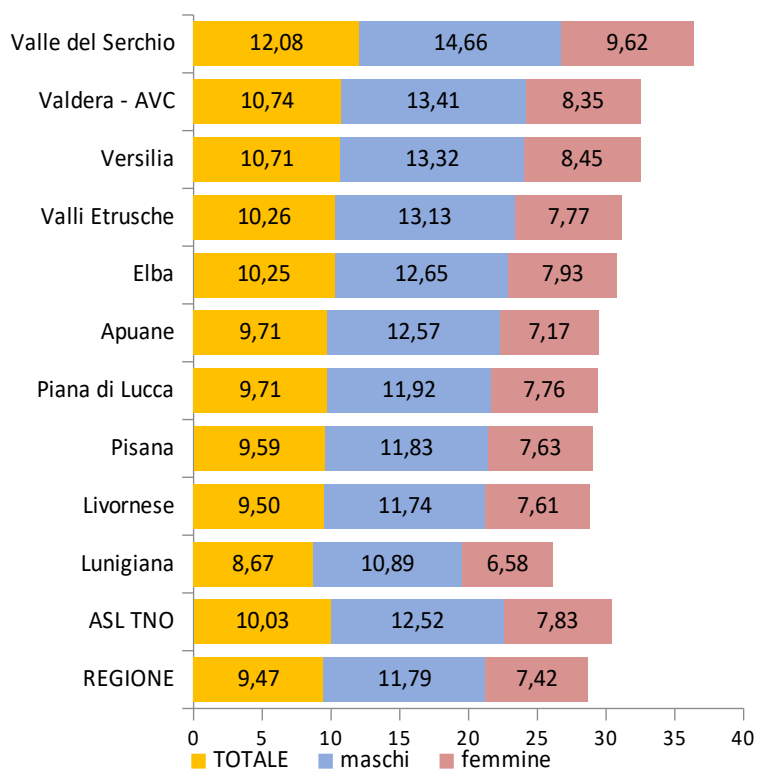
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



L'andamento del tasso dei ricoveri per malattie del sistema circolatorio appare sovrapponibile al dato regionale, con una tendenza in discesa nell'ultimo anno.

4.7- Soggetti ricoverati per malattie apparato digerente

Soggetti ricoverati per malattie dell'apparato digerente per Zona e genere Tasso standardizzato per età (x 1000)



La Valle del Serchio occupa il primo posto per i ricoveri per malattie dell'apparato digerente sia fra le zone della ASL Nord Ovest sia a livello regionale, unico tasso il cui valore supera i 12 ricoveri ogni 1000 residenti.

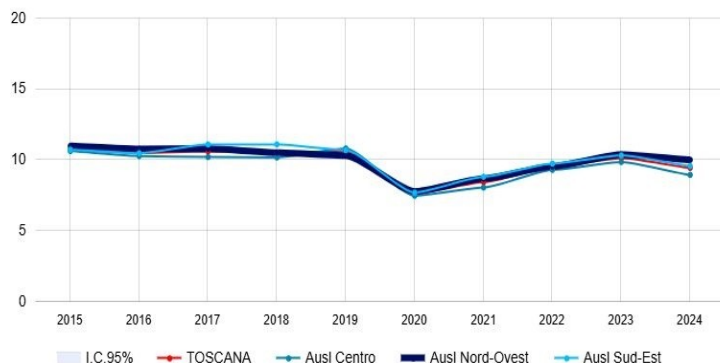
Tutte le Zone dell'ASL Nord Ovest, ad eccezione della Lunigiana, presentano un tasso uguale o superiore alla media regionale.

Anche per questo gruppo di patologie, la popolazione maschile risulta maggiormente colpita, con un tasso medio aziendale del 12,5 contro il 7,8 della popolazione femminile.

Soggetti ricoverati per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

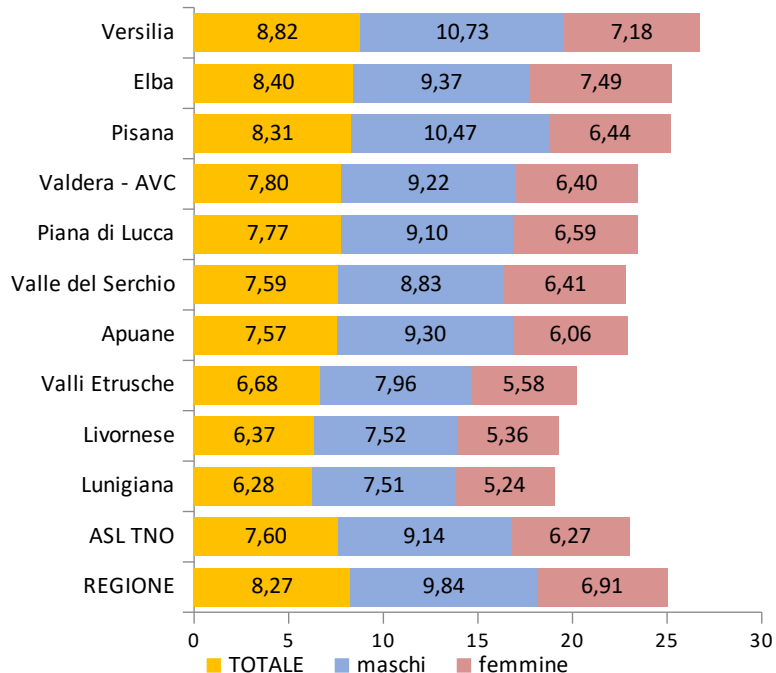


L'andamento nel tempo appare in sintonia con il dato generale.

4.8- Ricoverati per malattie apparato respiratorio

Soggetti ricoverati per malattie dell'apparato respiratorio per Zona e genere

Tasso standardizzato per età (x 1000)



L'ASL Nord Ovest risulta quella con il minor numero di ricoveri legato a malattie respiratorie, con un tasso inferiore a quello medio regionale di 8 ricoveri per 1000 abitanti.

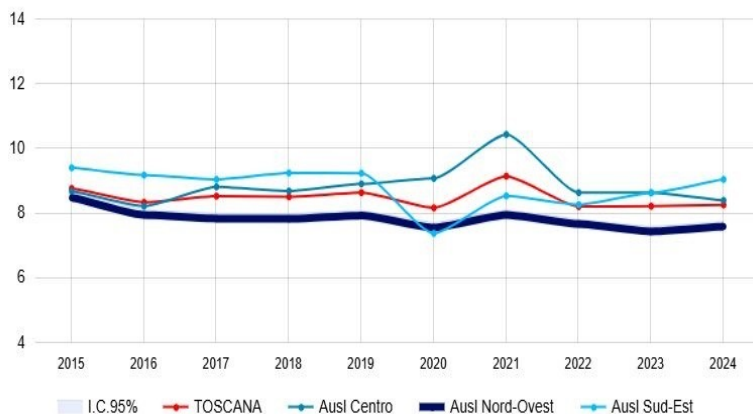
Nel territorio aziendale le Zone in cui si registra il dato più alto sono la Versilia, l'Elba e la Pisana, con valori superiori alla media regionale; mentre le Zone Lunigiana e Livornese risultano le due zone con il minor tasso di ricoveri in tutta la regione.

Nel confronto fra i sessi anche in questo caso il tasso di ricovero medio aziendale del genere femminile è inferiore a quello maschile, con una differenza di circa 3 punti, in linea con il dato regionale.

Soggetti ricoverati per malattie apparato respiratorio

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

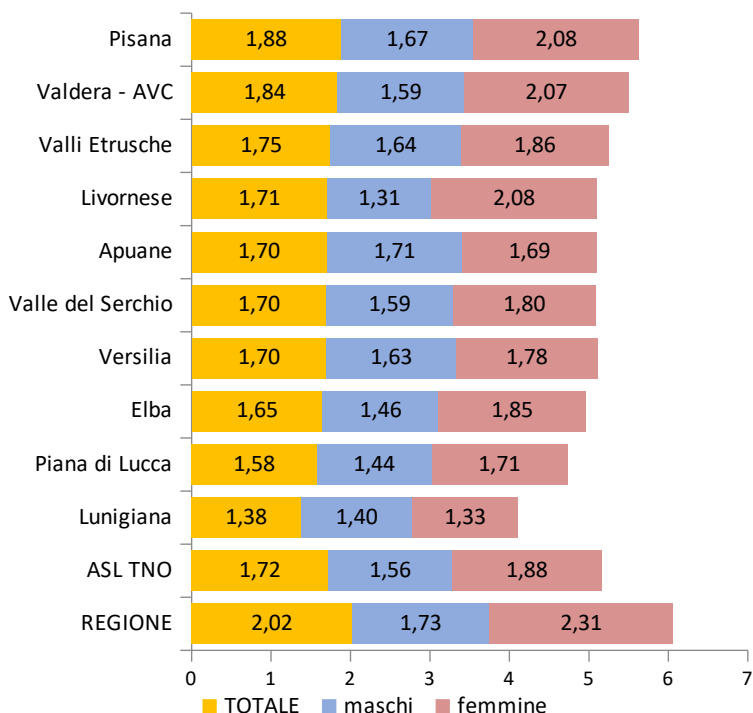


A livello regionale, dopo il picco del 2021, la curva si è stabilizzata sui valori poco superiori a 8,2 ricoveri ogni 1000 abitanti.

Si osserva inoltre come dal 2015, fatta eccezione per il 2020, i ricoveri nella ASL Nord Ovest per questa tipologia di malattie siano i più bassi della Regione Toscana.

4.9 - Soggetti ricoverati per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo

Soggetti ricoverati per malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo per Zona e genere Tasso standardizzato per età (x 1000)



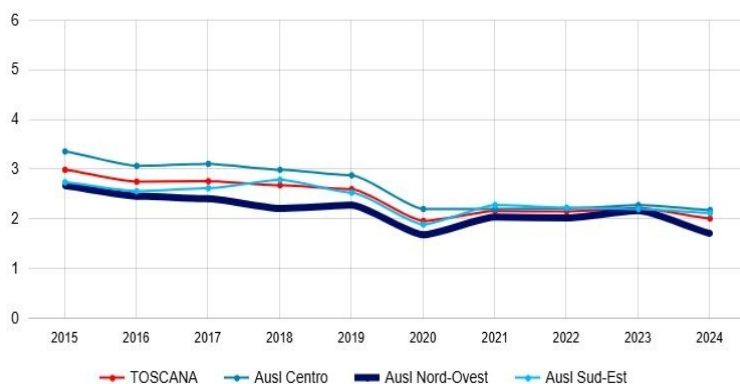
Come nel precedente capitolo, anche nel caso delle malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo, le Zone della ASL Nord Ovest si attestano fra quelle con il minore tasso di ricovero per 1000 residenti nel quadro regionale; come si può notare infatti tutte le Zone presentano un tasso al di sotto della media regionale.

Nel territorio aziendale le Zone con il tasso di ricoveri più elevato sono la Pisana, la Valdera-AVC e le Valli Etrusche.

Soggetti ricoverati per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

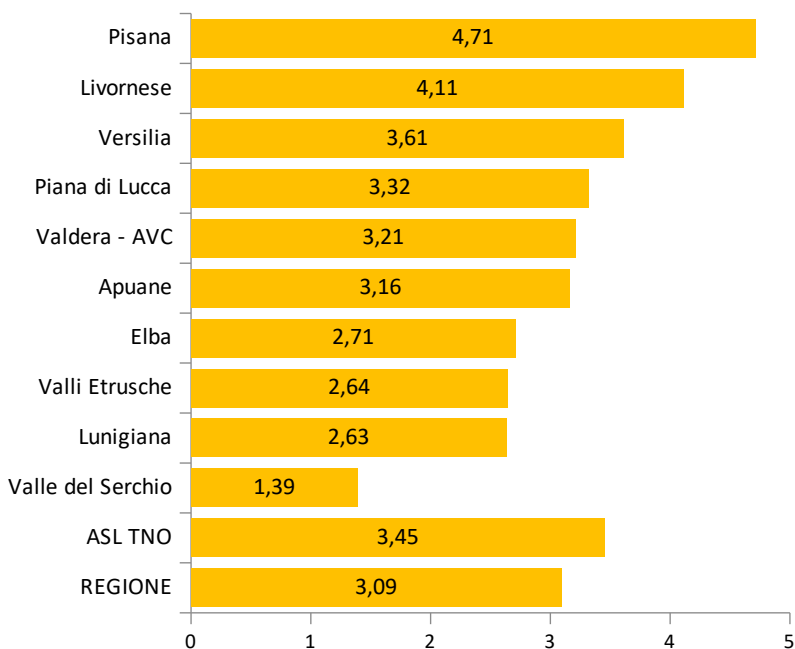
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Il grafico mostra un andamento generale in flessione, che per l'ASL Nord Ovest risulta più marcato nell'ultimo anno, passando da un tasso di 2,18 nel 2023 a 1,72 nel 2024.

4.10 - Soggetti ricoverati per disturbi psichici

Soggetti ricoverati per disturbi psichici per Zona Tasso standardizzato per età (x 1000)

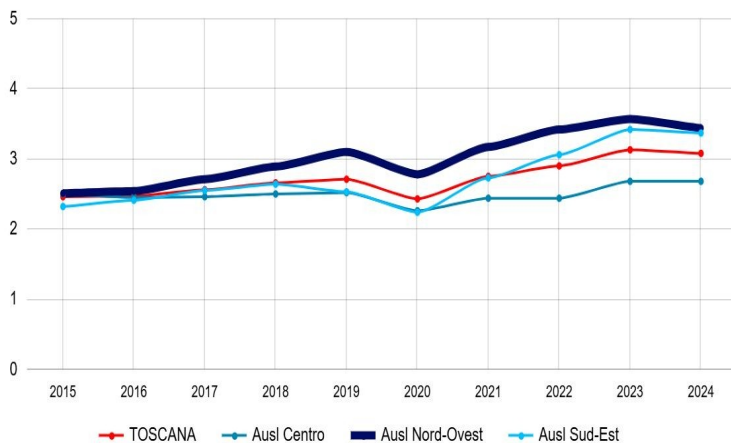


Il dato medio aziendale dei ricoveri per disturbi psichici risulta il più alto a livello regionale; la distribuzione all'interno dell'area Nord Ovest è fortemente eterogenea, si passa infatti dai 4,7 ricoveri per 1000 residenti della Zona Pisana, agli 1,3 della Zona Valle del Serchio.

Soggetti ricoverati per disturbi psichici

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



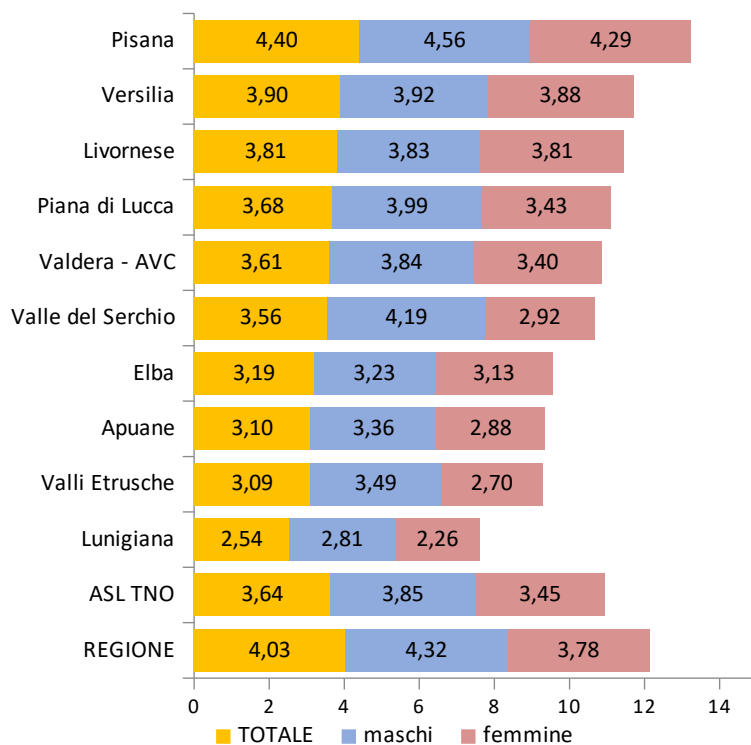
Il grafico mostra chiaramente come in tutto il territorio regionale, sia presente dal 2016 un trend in aumento dei tassi di ricovero per disturbi psichici, pur con una leggera deflessione della curva relativamente all'ultimo anno.

In questo intervallo temporale nell'ASL Nord Ovest si sono costantemente rilevati i valori più alti.

4.11- Soggetti ricoverati per malattie del sistema nervoso

Soggetti ricoverati per malattie del sistema nervoso per Zona e genere

Tasso standardizzato per età (x 1000)



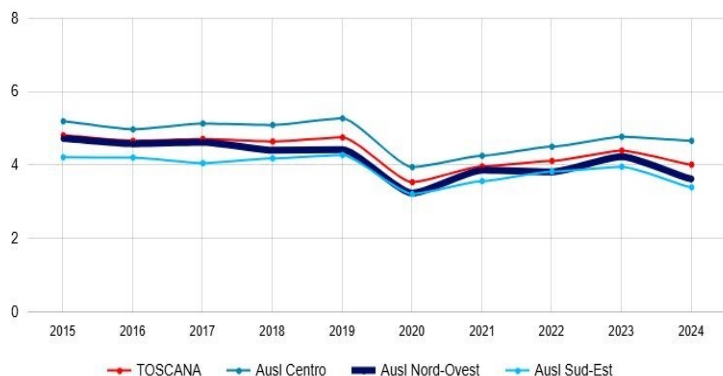
Il tasso di ricovero per per malattie del sistema nervoso nelle Zone dell'ASL Nord Ovest si attestano al di sotto della media regionale, con l'unica eccezione della zona Pisana, che supera i 4 ricoveri per 1000 abitanti.

La media aziendale viene superata dalle Zone Pisana, Versilia, Livornese e Piana di Lucca, mentre la Lunigiana è quella che presenta il minor tasso di ricoveri non solo a livello aziendale ma anche regionale.

Soggetti ricoverati per malattie del sistema nervoso

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

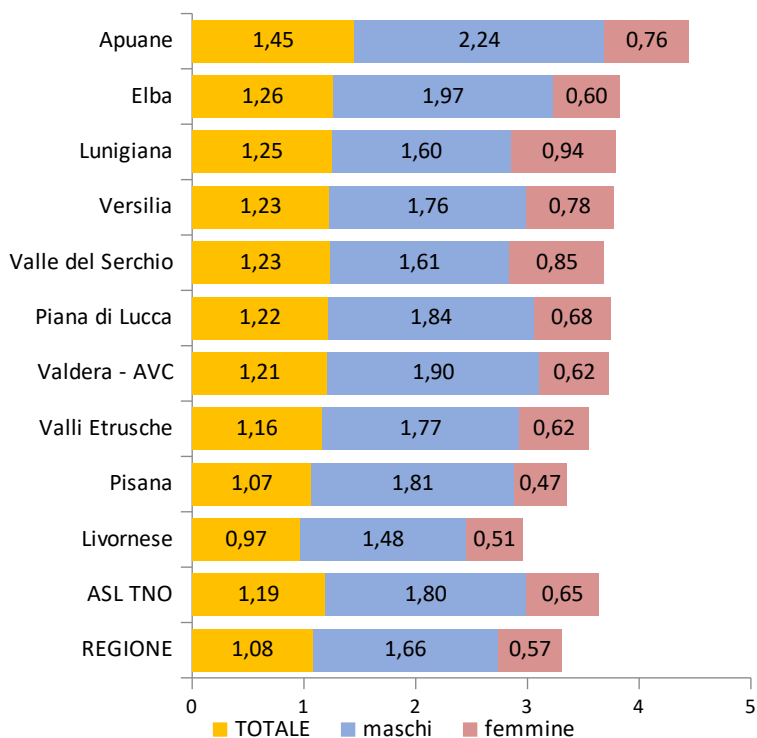


Il trend per questa tipologia di ricovero, in aumento dal 2020 al 2023, ha subito nell'ultimo anno una flessione sia a livello regionale sia delle singole ASL.

In particolare il tasso medio della ASL Nord Ovest è sceso dal 4,2 a 3,6 per 1000 residenti.

4.12 - Soggetti ricoverati per infarto del miocardio

Soggetti ricoverati per infarto del miocardio per Zona e genere Tasso standardizzato per età (x 1000)



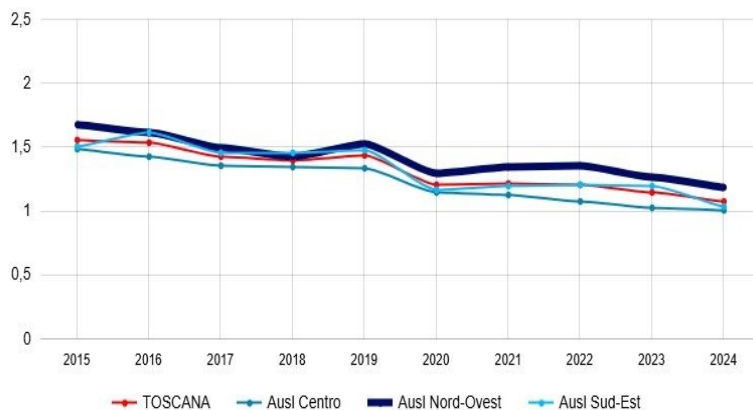
L'ambito territoriale Nord Ovest presenta un tasso di ricovero per infarto del miocardio complessivamente più alto della media regionale in tutte le Zone, ad eccezione della Pisana e Livornese. Spicca in particolare la Zona Apuane, con un tasso superiore ad 1,4.

In tutto il territorio aziendale è evidente come il tasso di ricovero sia significativamente superiore nella popolazione maschile rispetto alla femminile.

Soggetti ricoverati per infarto del miocardio

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

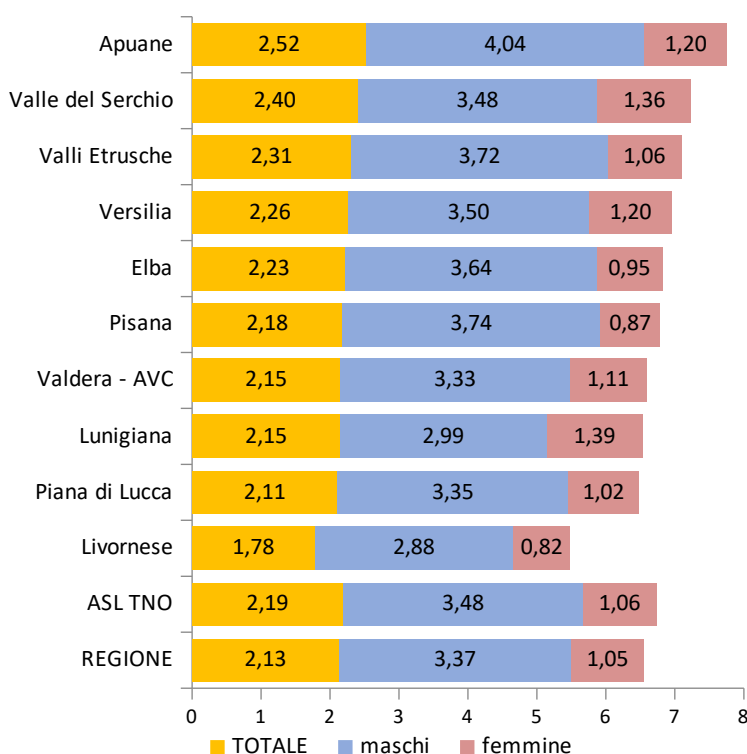
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



L'andamento risulta in decremento in tutto l'ambito regionale; il tasso medio della ASL Nord Ovest risulta ancora al di sopra della media regionale.

4.13- Soggetti ricoverati per cardiopatia ischemica

Soggetti ricoverati per cardiopatia ischemica per Zona e genere Tasso standardizzato per età (x 1000)



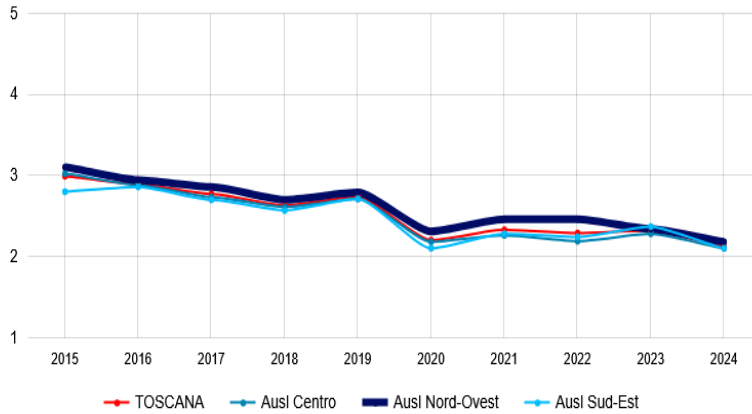
Il tasso di ricovero medio dell'ASL Nord Ovest per cardiopatia ischemica si attesta poco sopra alla media regionale; le Zone che maggiormente si discostano da tale dato sono le Apuane, zona con il tasso maggiore anche a livello regionale, e la Livornese che invece si attesta tra quelle a tasso inferiore

Anche per questa tipologia di ricoveri è evidente che il tasso di ricovero sia nettamente superiore nella popolazione maschile rispetto alla femminile.

Soggetti ricoverati per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

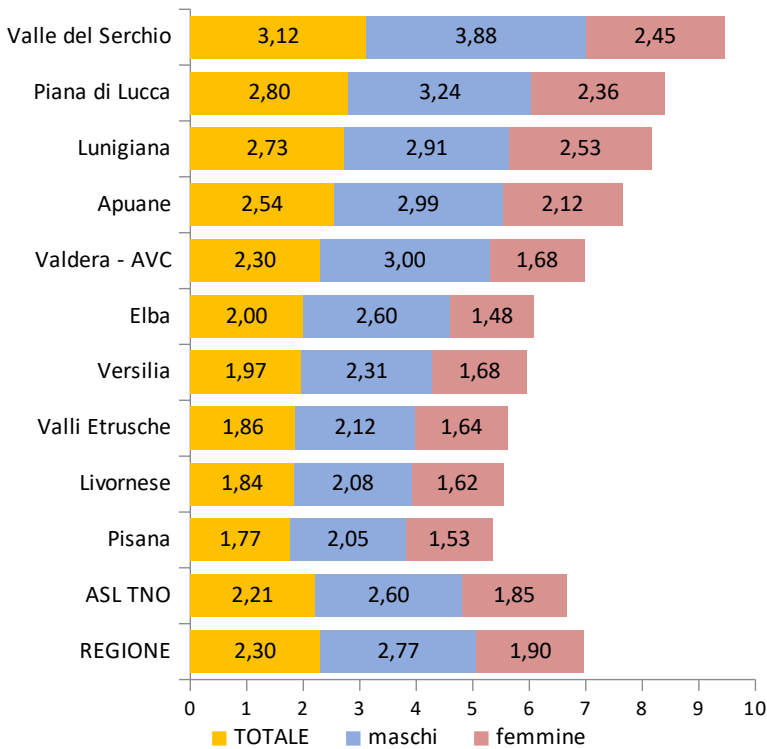
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



La tendenza generale dei ricoveri è in diminuzione, con una maggiore flessione del dato della ASL Nord Ovest rispetto agli anni precedenti, che dal 2023 si è riavvicinato alla media regionale.

4.14- Soggetti ricoverati per malattie cerebrovascolari

Soggetti ricoverati per malattie cerebrovascolari per Zona e genere
Tasso standardizzato per età (x 1000)

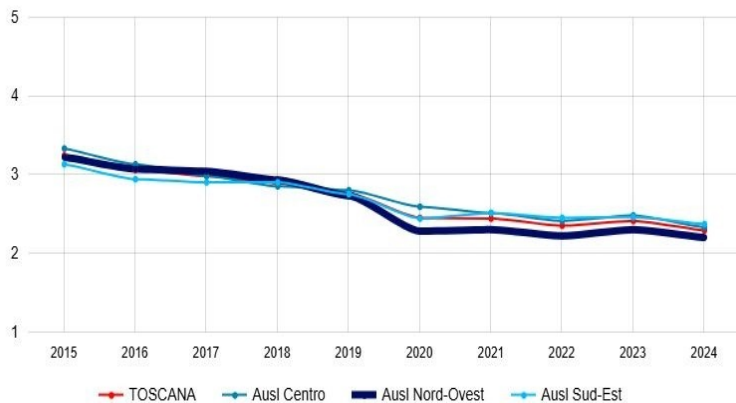


Per quanto concerne i tassi di ricovero per patologie cerebrovascolari l'ASL Nord Ovest presenta un dato medio più basso rispetto alla media regionale; con una distribuzione eterogenea nelle varie Zone, tra cui la Valle del Serchio, la Piana di Lucca e la Lunigiana risultano quelle con valori più alti.

Soggetti ricoverati per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

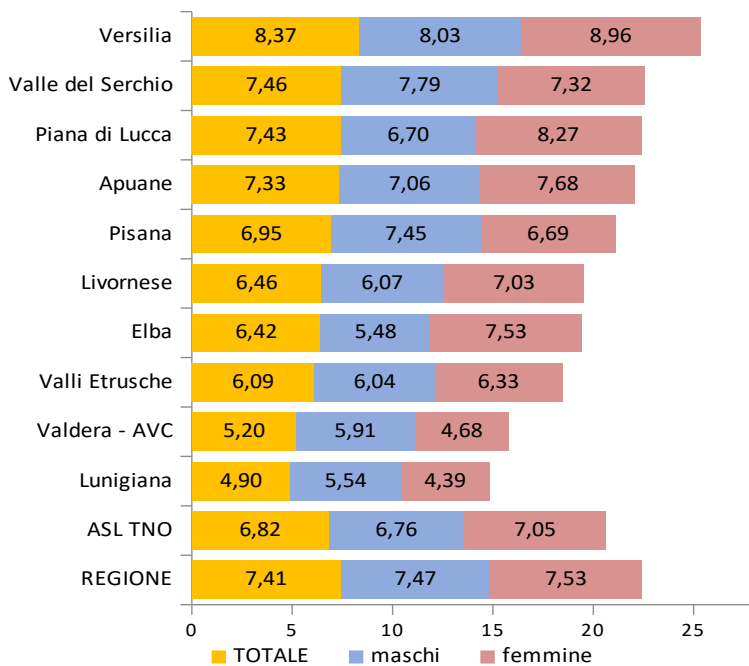
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



L'andamento temporale dei ricoveri vede una costante flessione, ben visibile per la nostra azienda, che dal 2020 si colloca al di sotto della media regionale.

4.15- Soggetti ricoverati per malattie apparato genito urinario

Soggetti ricoverati per malattie apparato genitourinario per Zona e genere Tasso standardizzato per età (x 1000)

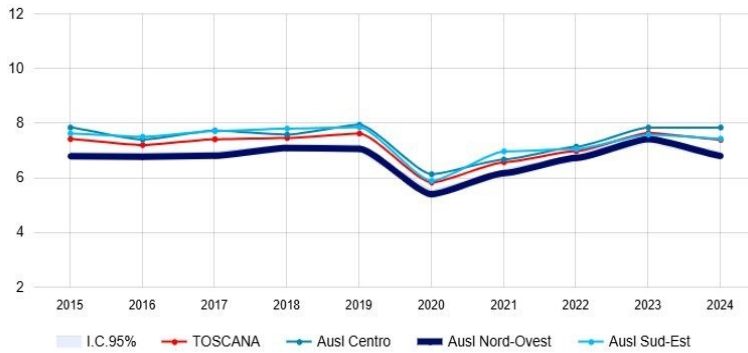


Nei ricoveri per malattie dell'apparato genito urinario la realtà aziendale risulta al di sotto della media regionale per la maggior parte delle Zone; fanno eccezione La Valle del Serchio e Piana di Lucca che presentano valori poco sopra alla media regionale, e la Versilia che invece la eccede in maniera più marcata.

Soggetti ricoverati per malattie apparato genito urinario

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

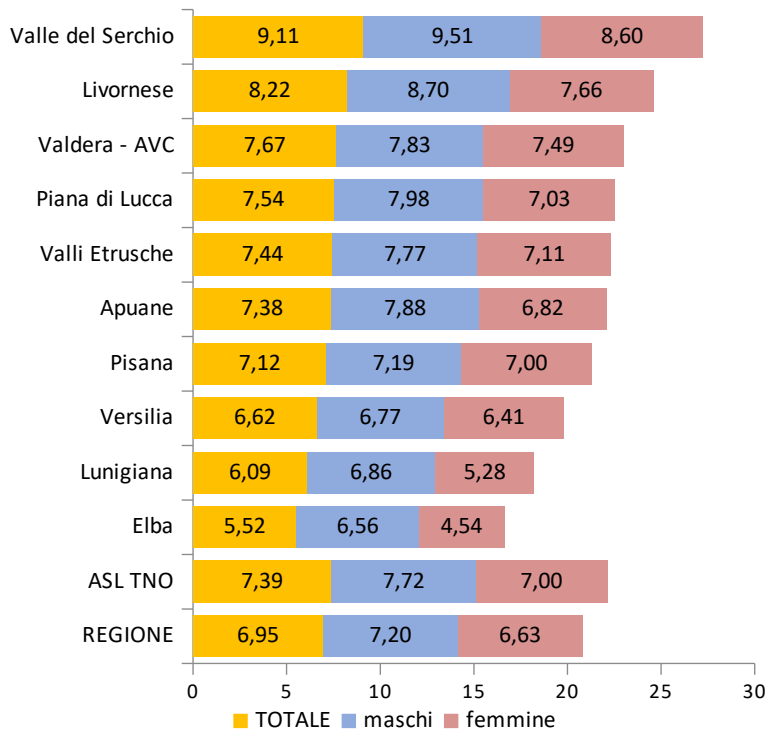
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Il trend delle ospedalizzazioni, in ascesa dal 2020, mostra nell'ultimo anno una leggera flessione, visibilmente più marcata per ASL Nord Ovest, che si mantiene ben al di sotto della media regionale.

4.16 - Soggetti ricoverati per malattie apparato osteo muscolare

Soggetti ricoverati per malattie osteomuscolari per Zona e genere Tasso standardizzato per età (x 1000)



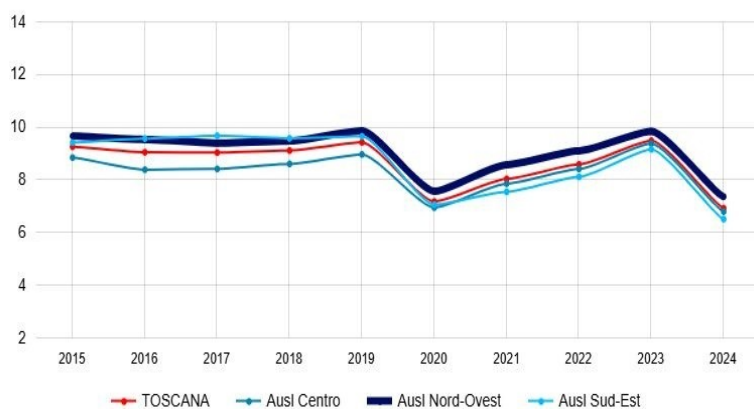
Il tasso di ricovero per patologie dell'apparato osteomuscolare dell'ASL Nord Ovest risulta nel complesso superiore alla media regionale, con una notevole variabilità tra le varie zone.

La Valle del Serchio presenta infatti il tasso più alto della Regione, con oltre 9 ricoveri ogni 1000 residenti, mentre l'Elba e la Lunigiana si attestano fra le zone con tasso di ricovero più basso.

Soggetti ricoverati per malattie apparato osteo muscolare

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

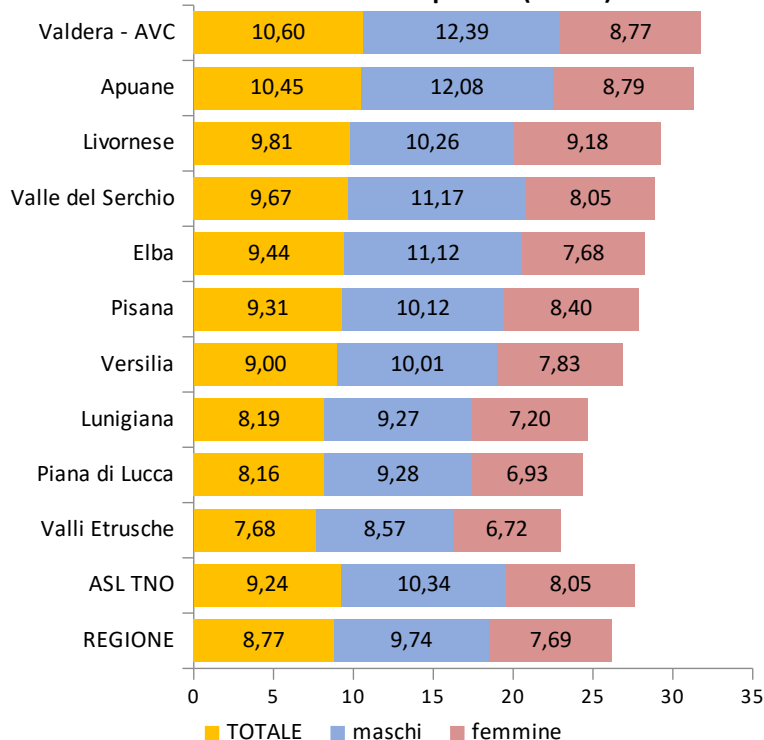


Dopo una ascesa dei tassi dal 2020, si osserva un'accentuata flessione nel corso dell'ultimo anno, andamento in linea con il dato generale.

4.17 - Soggetti ricoverati per traumatismi

Soggetti ricoverati per traumatismi per Zona e genere

Tasso standardizzato per età (x 1000)



I ricoveri per traumatismi risultano interessante maggiormente la popolazione maschile.

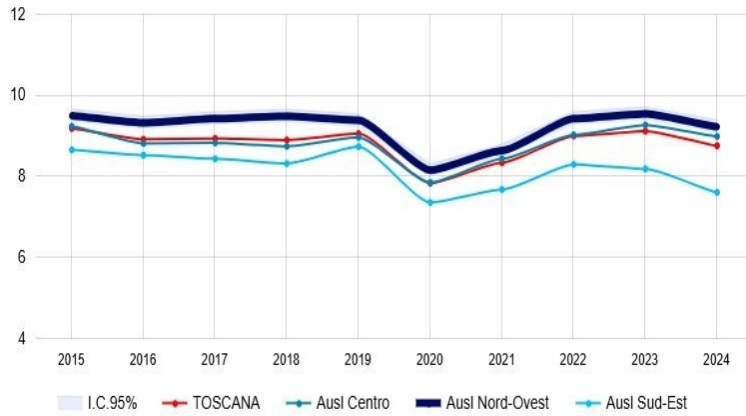
Il tasso medio di ricovero per trauma della ASL Nord Ovest si attesta al di sopra della media regionale.

Le zone in cui si registrano i valori più alti sono la Valdera-AVC, le Apuane, la Livornese e la Valle del Serchio; in particolare le prime due spiccano anche per il tasso della sola popolazione maschile.

Soggetti ricoverati per traumatismi

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



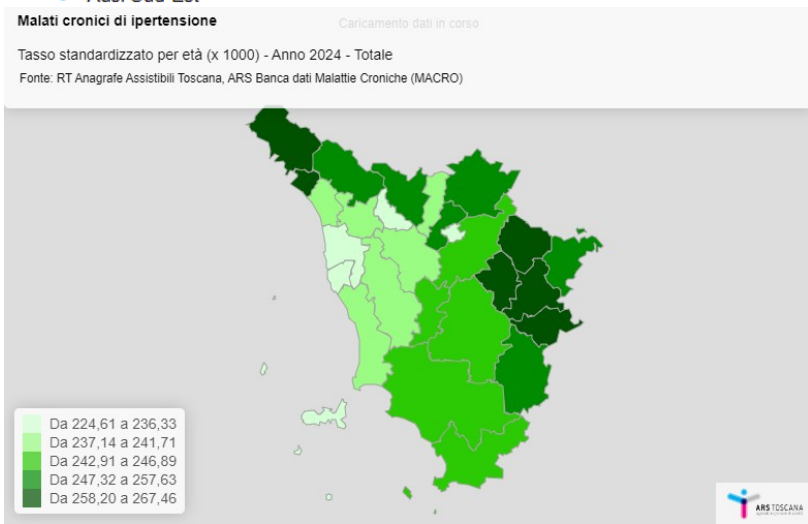
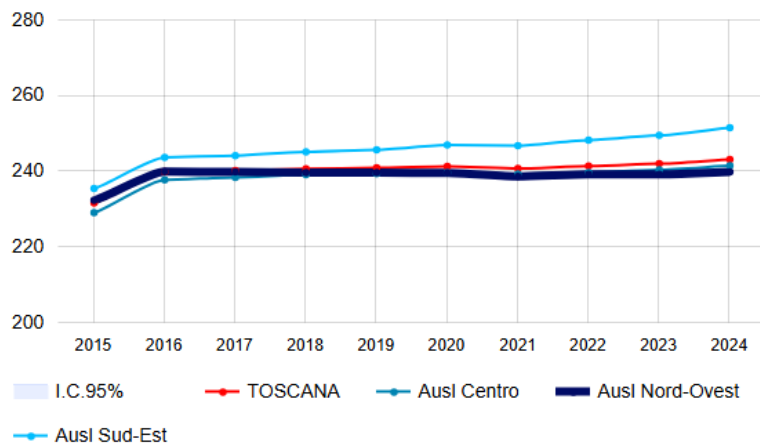
La curva del tasso di ricovero ha un andamento simile all'indicatore precedente: in ascesa dal 2020, ha subito nell'ultimo anno una lieve flessione, in linea con il dato generale.

Capitolo 5 – Alcune patologie di particolare interesse

5.1 Malati cronici di ipertensione al 01 Gennaio dell'anno di riferimento

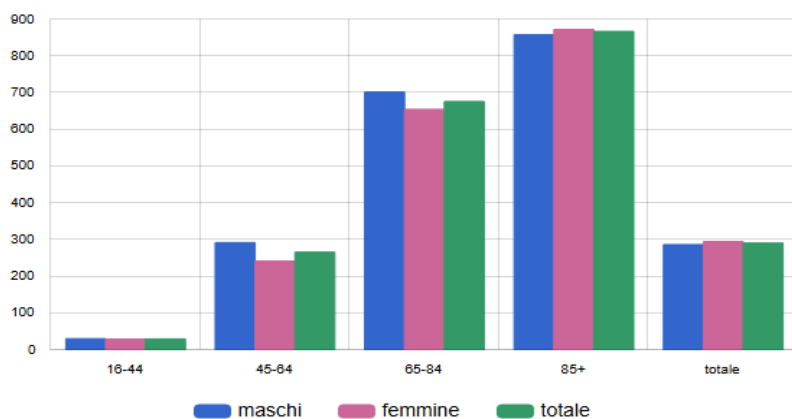
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Tasso grezzo (x1000) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



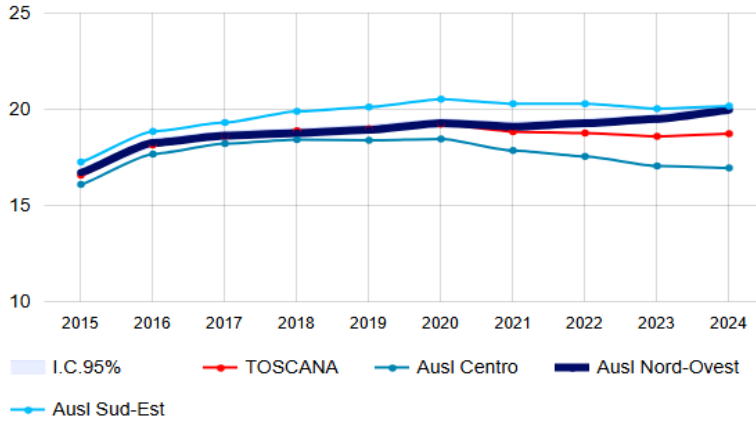
Al 1 Gennaio 2024 non si sono registrate importanti variazioni del numero di ipertesi rispetto al precedente anno.

L'andamento aziendale rimane in linea con quello regionale, seppur nell'ATNO la prevalenza si sia mantenuta al di sotto del valore regionale. Sono risultate le Zone con più ipertesi la Lunigiana e le Apuane. Quelle con minore prevalenza la Pisana, l'Elba e la Livornese.

5.2 Malati cronici di insufficienza cardiaca al 01 Gennaio dell'anno di riferimento

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

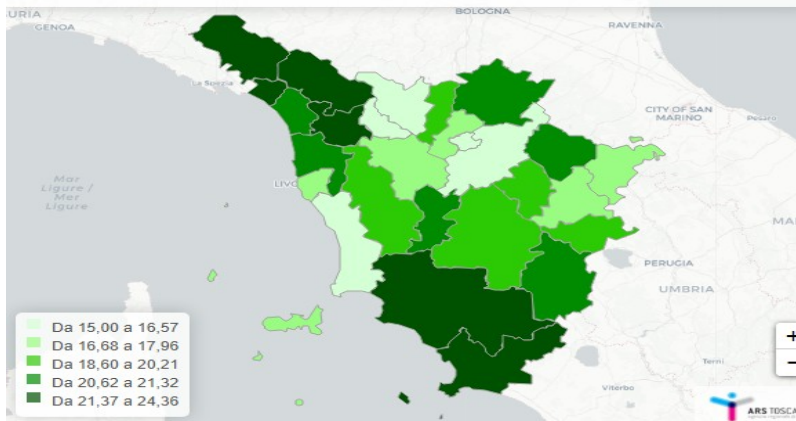
Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Malati cronici di insufficienza cardiaca

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

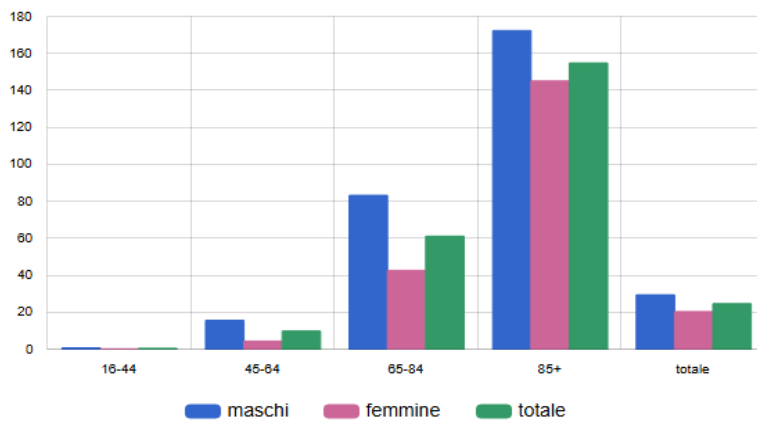


Per quanto riguarda l'insufficienza cardiaca, negli ultimi anni l'ATNO ha un trend che, rispetto all'andamento regionale negli ultimi anni, mostra una leggera tendenza all'aumento della prevalenza.

Le zone in cui è stata rilevata la maggiore prevalenza sono: la Valle del Serchio, la Lunigiana, la Piana di Lucca e le Apuane; mentre quella con la prevalenza più bassa è la Bassa Val di Cecina-Val di Cornia.

Tasso grezzo (x1000) - Anno 2024 - Totale

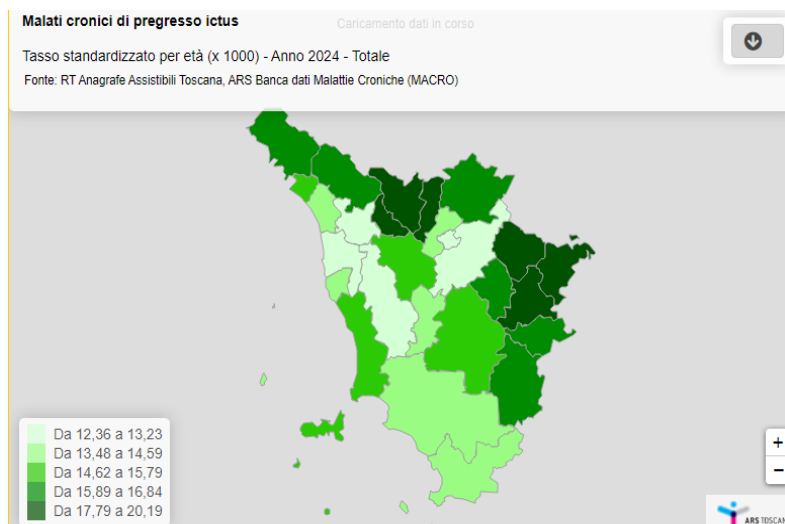
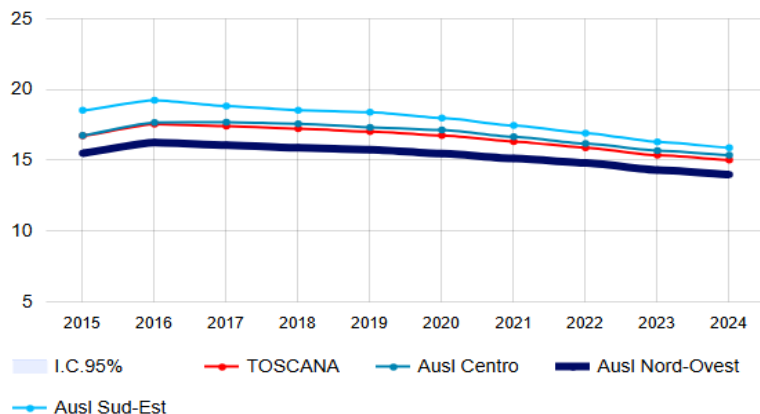
Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



5.3 Malati cronici di progressio ictus al 01 Gennaio dell'anno di riferimento

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

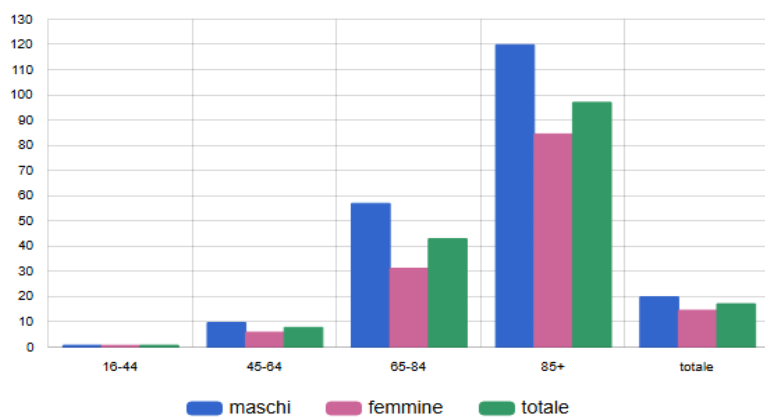
Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



L'ictus rappresenta la principale causa di disabilità, la seconda di demenza e la terza causa di morte nella popolazione, con elevati costi sanitari e sociali. La prevalenza dei malati cronici di ictus continua ad essere in decremento a livello regionale dal 2017 e l'ATNO mantiene il più basso valore di prevalenza a livello regionale. Le zone con i valori più alti sono: la Valle del Serchio e la Lunigiana; mentre quelle a bassa prevalenza la Pisana, l'Alta val di Cecina – Valdera e la Piana di Lucca .

Tasso grezzo (x1000) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

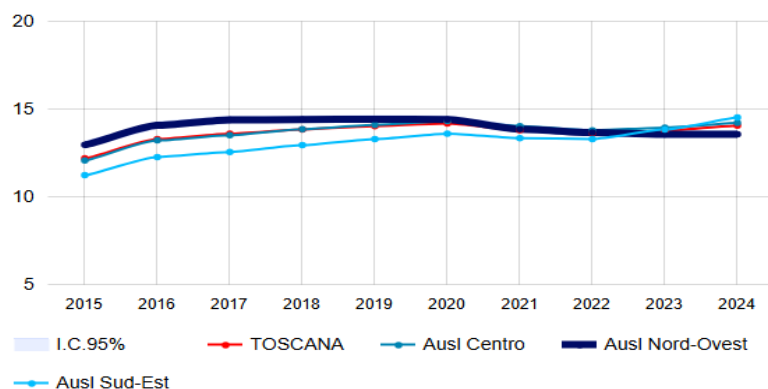


5.4 Malattie respiratorie e BPCO

Malati cronici di BPCO

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

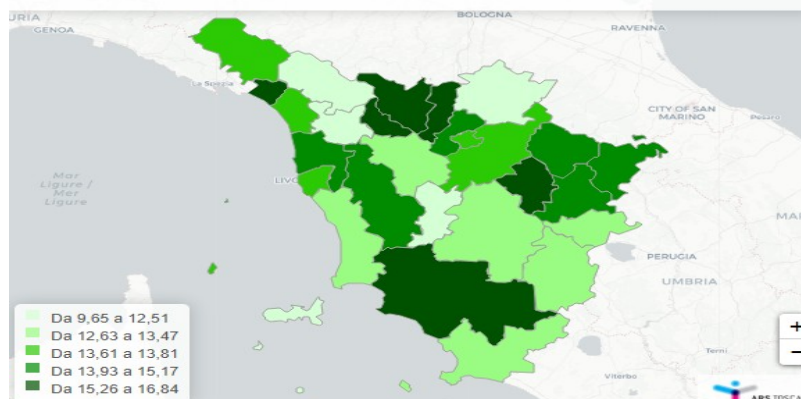


La prevalenza dei malati di BPCO è stata in costante e progressivo aumento sia a livello regionale che aziendale fino al 2020 per poi mantenersi pressochè stabile; nel 2024 il valore aziendale si mantiene lievemente inferiore rispetto alla media regionale.

Malati cronici di BPCO

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2024 - Totale

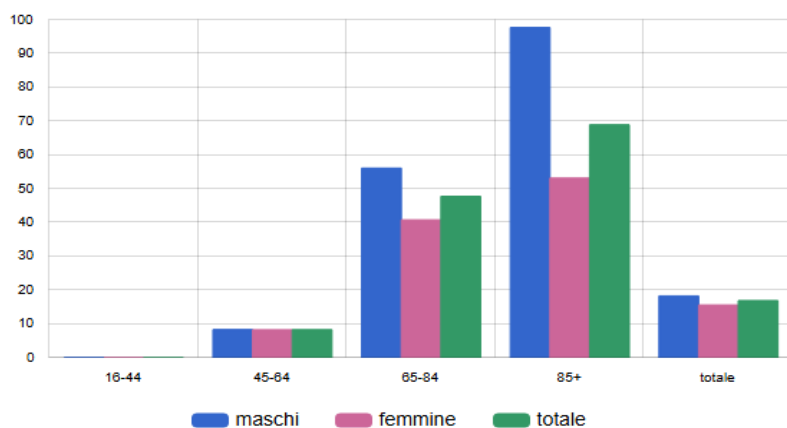
Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Le zone con i valori più alti sono: le Apuane, la Pisana e la Alta val di Cecina – Valdera, Versilia; mentre quelle a bassa prevalenza l'Elba, la Valle del Serchio e la Piana di Lucca.

Tasso grezzo (x1000) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

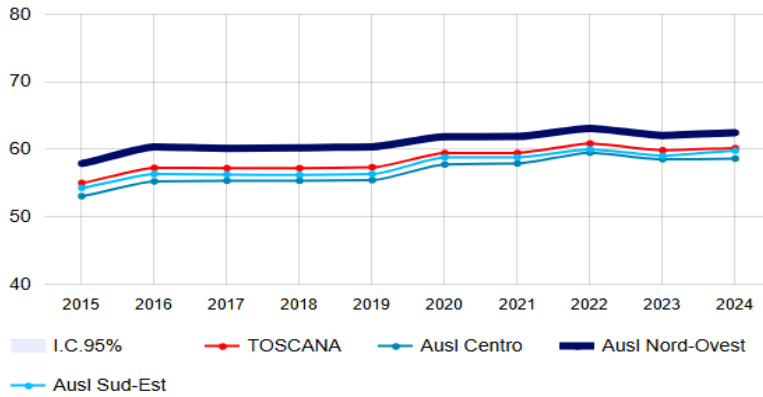


Va osservata la differenza statisticamente significativa fra maschi e femmine a partire dai 65 anni di età ed in linea con l'aumentare di quest'ultima.

5.5 Malati cronici di diabete mellito al 01 Gennaio dell'anno di riferimento

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

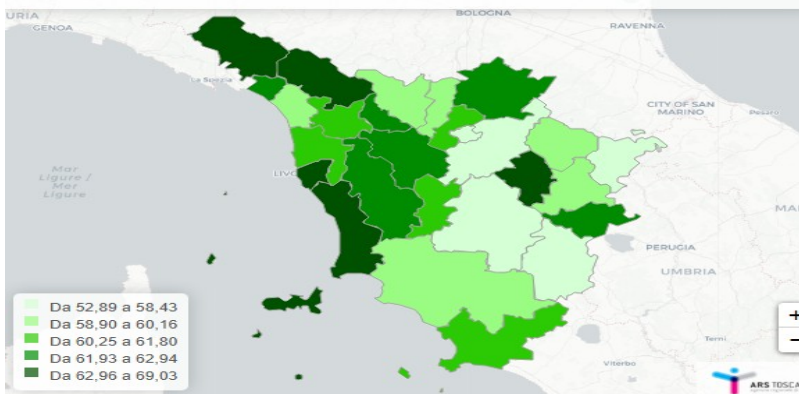


Per il diabete si è osservato nell'ultimo decennio un aumento della prevalenza in tutta la Regione Toscana compresa l'ATNO che rimane al di sopra del valore regionale. Nel 2024 la prevalenza della malattia è sostanzialmente invariata a livello aziendale e regionale.

Malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2024 - Totale

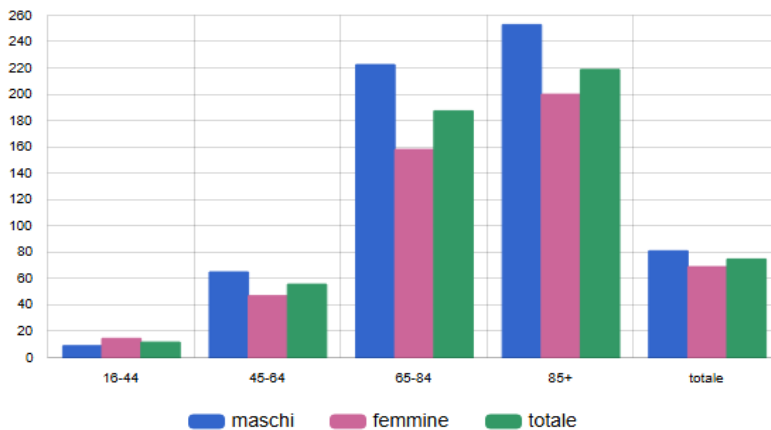
Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Le Zone con la prevalenza più alta sono state: la Valle del Serchio, la Lunigiana, la Livornese, l'Elba e la Bassa Val di Cecina – Val di Cornia; quella con la prevalenza più bassa la Versilia.

Tasso grezzo (x100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Anche per quanto riguarda il diabete mellito si osserva una prevalenza maschile su quella femminile a partire dai 45 anni ad aumentare con l'età.

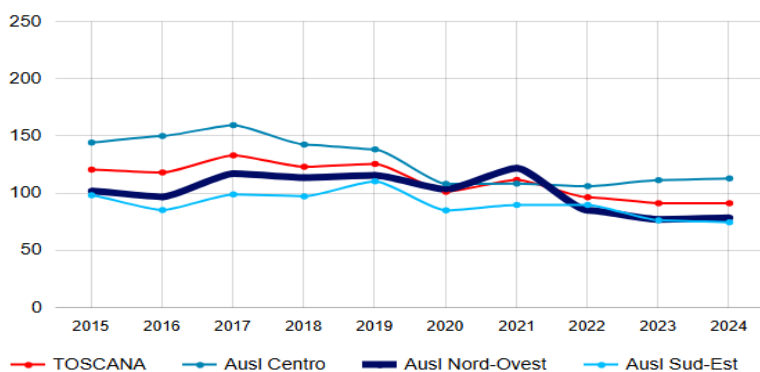
5.6 Salute mentale

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE).

5.6.1 Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 giorni dalla dimissione

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Dopo l'aumento del 2021 i ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 gg dalla dimissione sono tornati a scendere a livello regionale e aziendale. Per il 2024 la nostra Azienda si posiziona al di sotto del valore regionale. Confrontando gli ambiti territoriali si osserva che il fenomeno è più frequente nelle ex-ASL 6 , mentre è più basso nella ex-ASL 12 ed ex-ASL 1.

5.6.2 Prevalenza d'uso farmaci antidepressivi

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2024 - Totale

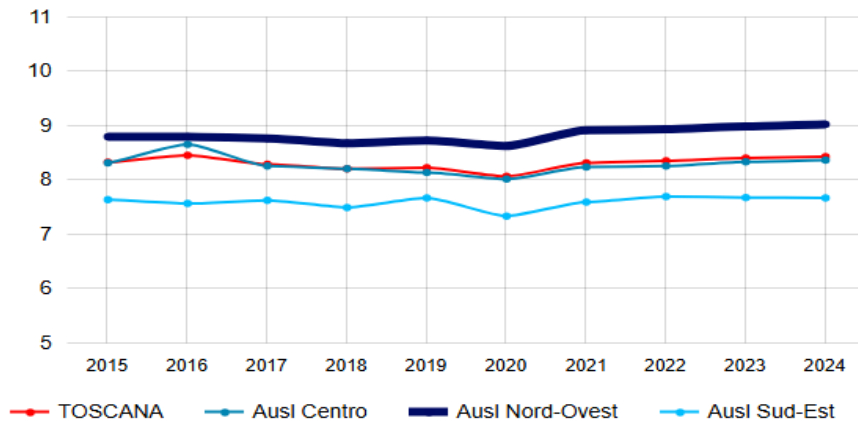
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	1.048	92,75	91,67	85,36	97,98
AUSL CENTRO	512	113,58	113,24	101,67	124,81
AUSL NORD-OVEST	330	79,65	78,87	68,66	89,09
ex ASL 1 - Massa e Carrara	29	53,11	46,91	28,46	65,36
ex ASL 2 - Lucca	78	109,86	95,88	71,27	120,49
ex ASL 5 - Pisa	92	70,39	71,63	52,83	90,42
ex ASL 6 - Livorno	103	99,33	111,60	85,42	137,78
ex ASL 12 - Viareggio	28	51,57	45,86	26,20	65,51
AUSL SUD-EST	206	77,79	74,87	63,94	85,80

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE).

Prevalenza (x 100) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Prestazioni farmaceutiche (SPF)



Nel 2024 la frequenza della popolazione residente in trattamento con farmaci antidepressivi (codice ATC: N06A) resta in linea in tutta la Regione e anche in ATNO che rimane comunque al di sopra del valore regionale.

Capitolo - 6 La salute dei gruppi di popolazione

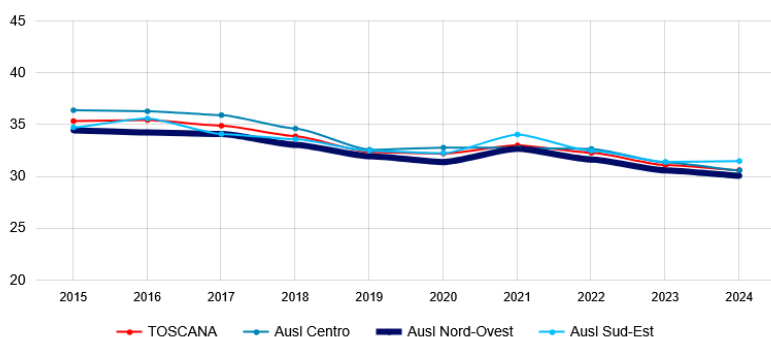
6.1 Soggetti ricoverati per parto

Il Certificato di assistenza al parto costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio- demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale, a livello di parti e nati avvenuti nel territorio regionale. Tuttavia non rileva i parti delle donne residenti in Toscana che hanno partorito fuori regione. Per questo motivo, il monitoraggio dei parti per ASL di residenza viene eseguito sulla scheda di dimissione ospedaliera.

Soggetti ricoverati per parto

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Femmine

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Il dato presenta un trend in flessione, visto che è condizionato dalla dinamica generale della diminuzione delle nascite e per l'invecchiamento della popolazione.

Soggetti ricoverati per parto nel 2024 - Tasso standardizzato età per 1000 femmine residenti



La zona della Lunigiana registra la quota più bassa per questi ricoveri (26,78). Superano la media aziendale le zone della Apuana, Piana di Lucca e Livornese oltre alla zona della Valdera / Alta val di Cecina che presenta la punta per i ricoveri per parto (33,76 parti ogni mille donne residenti).

6.2 Dimissioni ospedaliere per parto cesareo

La proporzione di Taglio Cesareo (TC) misura il livello di accesso e di utilizzo di un intervento ostetrico efficace e salvavita in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. Tuttavia, è un intervento associato a rischi materni e perinatali sia immediati che a lungo termine. La frequenza di TC è aumentata in modo costante a livello globale, nonostante non ci siano prove di efficacia che ne dimostrino sostanziali benefici materni e perinatali quando le proporzioni di TC superano una determinata soglia.

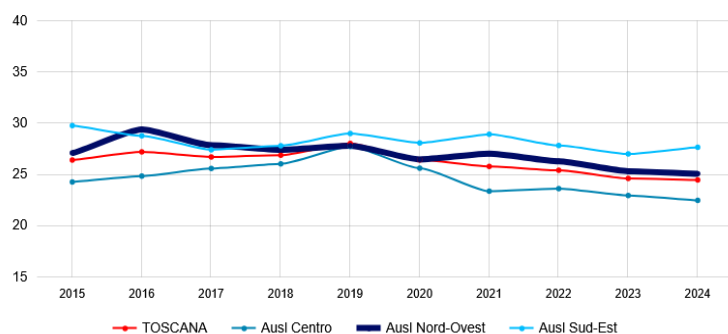
Nel 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in base a una revisione sistematica della letteratura e a uno studio ecologico mondiale, ha rilevato una associazione fra tassi di TC e riduzione della mortalità materna e neonatale fino a 10-15%; oltre tali valori non si osserva una riduzione di mortalità.

Nonostante l'età non sia una indicazione assoluta per effettuare un TC, il suo incremento rappresenta una condizione che aumenta la probabilità di partorire con TC.

La proporzione di TC in Italia è la più alta in assoluto tra i 17 Paesi europei dell'Area Euro e si verifica una variabilità tra le regioni, con un gradiente crescente di ricorso al TC dal Nord al Meridione. Per queste ragioni la proporzione di TC sul totale dei parti continua a essere uno degli indicatori di salute riproduttiva e di qualità dell'assistenza più utilizzati a livello internazionale e continuamente monitorati a livello nazionale e regionale.

Dimissioni ospedaliere per parto cesareo

Rapporto (x 100) - Femmine
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



L'andamento decennale mostra una flessione lenta e costante anche se con quantità inferiori all' area sud est, ma leggermente superiori alla media regionale ed a quelle dell' Asl Centro. La nostra Asl passa dal 27,15 registrato nel 2015 al 24,51 dell'ultimo periodo.

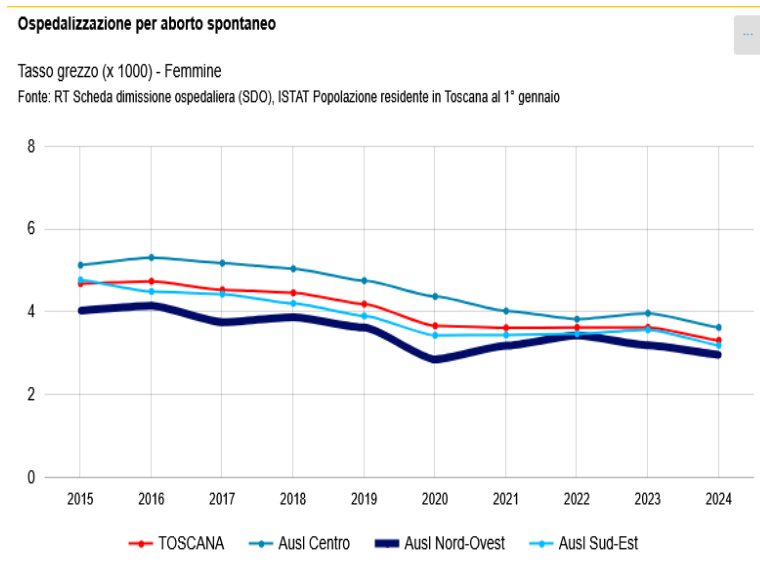
Dimissioni ospedaliere per parto cesareo - Rapporto %



Sette delle dieci zone superano il valore medio aziendale. La migliore performance risulta quella della Valdera/Alta Val di Cecina (18,62% dei parti cesarei sul totale), seguita da Lunigiana ed Apuane e Piana di Lucca. La quota più alta è quella dell' Elba con il valore percentuale di 31,47.

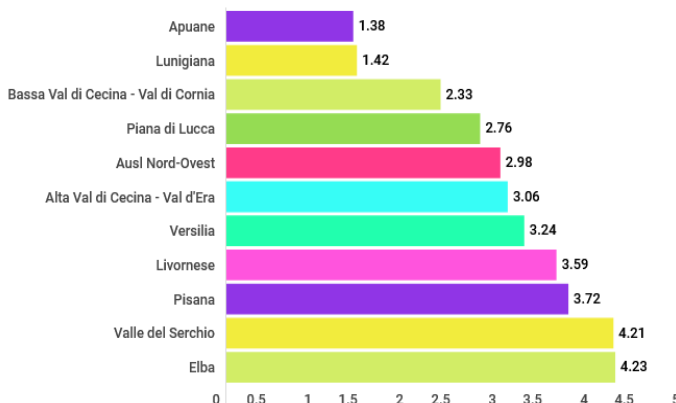
6.3 Ospedalizzazione per aborto spontaneo

Per la legge italiana, si definisce aborto spontaneo l'interruzione della gravidanza entro il 180° giorno completo di amenorrea (equivalente a 25 settimane e 5 giorni). Accanto a questa definizione, l'OMS nel 2001 definisce aborto spontaneo il parto di un feto morto sotto le 22 settimane di età gestazionale (e.g.) o diagnosi di morte fetale prima delle 22 settimane di e.g. senza tener conto dell'epoca di espulsione del feto e con peso neonatale minore di 500 grammi. L'indicatore sottostima il fenomeno perché considera solo i casi ospedalizzati, escludendo tutti gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, che sono oggi sempre più frequenti e raccomandati.



In merito al trend decennale del fenomeno si osservi come il dato relativo all' ASL TNO sia sempre risultato il migliore, sotto quello della media regionale e delle altre due ASL territoriali. Il dato 2015 presentava il tasso grezzo di 4,05 ospedalizzazioni per aborto spontaneo ogni 1000 residenti, mentre l'ultimo dato rilevato vede il tasso di 2,98.

Ospedalizzazione per aborto spontaneo - Tasso grezzo per 1000 residenti



Riguardo questo indicatore c'è da dire che sei zone superano la media aziendale, oltre alla zona dell' Elba che ha il primato per il 2024 su tutte le zone, con 4,23 ricoveri per aborto spontaneo ogni mille residenti.

Il dato migliore viene da Apuane e Lunigiana, mentre la zona Alta Val di Cecina e Valdera perde il primato e si piazza sopra la media dell' ambito Nord Ovest.

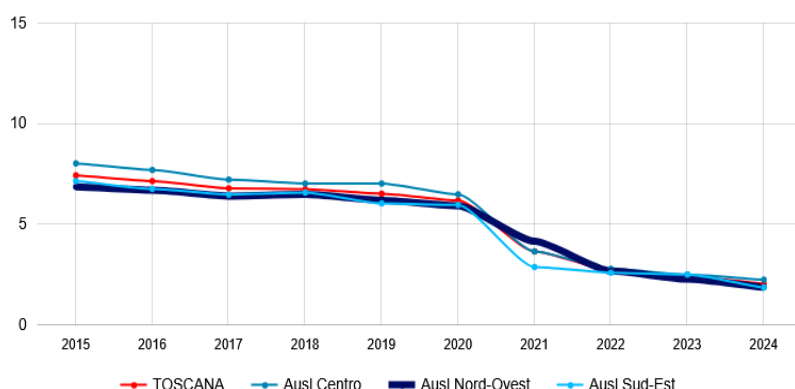
6.4 Dimissioni ospedaliere per Interruzione Volontaria di Gravidanza

La Legge n. 194/1978 (“Norme per latutela della maternità e sull’Interruzione Volontaria della Gravidanza”) regola, in Italia, le modalità del ricorso all’aborto volontario. Grazie ad essa, qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari può richiedere l’Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine, l’IVG è consentita solo per gravi problemi di salute fisica o psichica. L’intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e le strutture private accreditate e autorizzate dalle Regioni. Il tasso di abortività volontaria è l’indicatore più frequentemente usato a livello internazionale per valutare l’incidenza del fenomeno che, in gran parte, dipende dalle scelte riproduttive, dall’uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall’offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. Grazie agli sforzi fatti in questi anni per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate e a diffondere l’informazione sulla procreazione responsabile, in particolare dai consultori familiari verso la popolazione immigrata o minorenni, il fenomeno delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) è in diminuzione in Toscana, così come in Italia.

Dimissioni ospedaliere per Interruzione Volontaria di Gravidanza

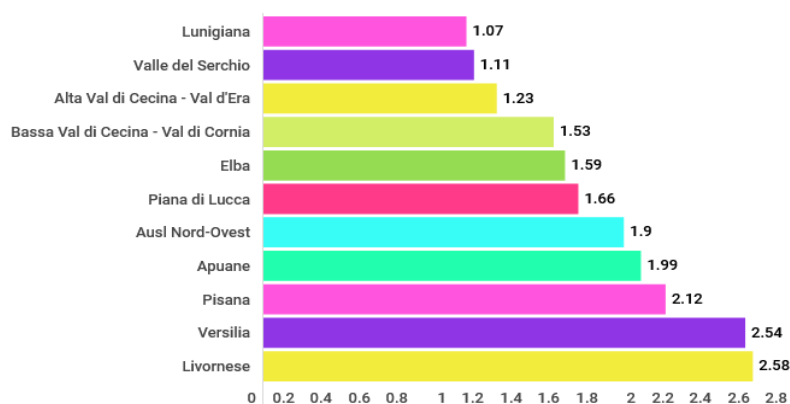
Tasso grezzo (x 1000) - Femmine

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Nel corso del decennio i dati tendono ad uniformarsi nei vari ambiti aziendali. Dal dato di partenza del 6,89 si arriva nel 2024 ad un tasso di 1,9, significativo della ampia flessione riscontrata. Continua quindi la netta flessione delle dimissioni per IVG che era già presente, ma che accelera dal periodo covid fino ad oggi.

Dimissioni ospedaliere per IVG - Tasso grezzo per 1000 residenti



Superano il dato medio di area vasta le zone apuana, pisana, della Versilia e livornese. La zona col peggior dato è quella livornese che supera la zona della Versilia con 2,58 dimissioni ogni mille donne residenti in età fertile.

La migliore posizione è quella della Lunigiana con il tasso di 1,07 ed a poca distanza la zona della Valle del Serchio col tasso di 1,11.

6.5 Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita

Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita

Periodo 2017-2019 - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP), RT - Registro Toscano Difetti Congeniti

Residenza	Numero soggetti	Numero malformazioni	Tasso	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	1.720	2.348	24,09	22,97	25,22
AUSL CENTRO	655	928	19,94	18,43	21,45
AUSL NORD-OVEST	600	826	25,78	23,74	27,82
ex ASL 1 - Massa e Carrara	75	97	24,66	19,15	30,18
ex ASL 2 - Lucca	158	194	36,19	30,65	41,73
ex ASL 5 - Pisa	181	266	26,49	22,68	30,30
ex ASL 6 - Livorno	119	183	19,08	15,69	22,48
ex ASL 12 - Viareggio	67	86	23,95	18,29	29,62
AUSL SUD-EST	465	594	30,47	27,74	33,20

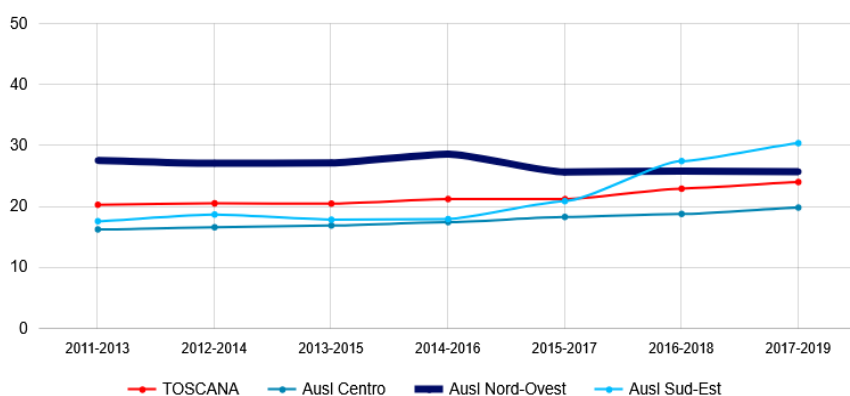
Le anomalie congenite sono anomalie strutturali o funzionali che sono presenti dalla nascita. Il termine 'malformazione congenita' viene utilizzato in accezione ampia sebbene sia formalmente riferito ai soli difetti della morfogenesi, caratterizzati dalla presenza di un'alterazione della

struttura di un organo o parte di esso. L'attività di rilevazione delle malformazioni congenite è iniziata in Toscana nel 1979 con il Registro della provincia di Firenze ed è stata poi estesa a tutte le province toscane a partire dal 1992 con l'istituzione del Registro Toscano Difetti Congeniti (RTDC). Il RTDC include i casi osservati tra i nati vivi e le interruzioni di gravidanza a seguito di diagnosi prenatale di malformazione congenita da donne residenti in Toscana. Il RTDC fa parte del network europeo di sorveglianza delle anomalie congenite EUROCAT. Le malformazioni definite "minori", secondo le linee-guida di EUROCAT, sono escluse dalla segnalazione. Per un confronto tra aree sanitarie della regione Toscana sono riportate le distribuzioni per Azienda USL di residenza della madre, rispettivamente dei soli nati e dei casi totali, comprensivi delle interruzioni di gravidanza con malformazione congenita. In ciascuna tabella sono riportati per ogni Azienda USL, il numero di malformazioni nei nati vivi e nelle IVG (escludendo le malformazioni minori), i soggetti affetti da almeno una malformazione congenita (escludendo le malformazioni minori) e il tasso grezzo con il relativo intervallo di confidenza al 95%.

Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita

Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP), RT - Registro Toscano Difetti Congeniti



Si noti come l'andamento per la nostra ASL sia leggermente diverso dalle altre aziende e dalla media regionale, pur restando tuttavia a livelli superiori alle altre realtà fino al biennio 2016-2018.

6.6 Mortalità infantile

La mortalità infantile misura i decessi che avvengono nel primo anno di vita. E' un importante indicatore dello stato di salute di una popolazione e, in particolare, della qualità dell'assistenza sanitaria e sociale fornita alla madre e al bambino. I valori più elevati di mortalità si osservano infatti proprio nel primo anno di età nelle popolazioni ad alta mortalità generale. Ciò è quello che accade nei Paesi in via di sviluppo, come ad esempio, la gran parte dei paesi africani, dove il tasso di mortalità infantile è 10 volte più elevato di quello osservato in Europa. Nei Paesi ad economia avanzata, tra cui l'Italia, il progressivo miglioramento delle condizioni di vita ha invece determinato una continua diminuzione della mortalità generale e di quella infantile. In Italia i tassi di mortalità dei bambini sono diminuiti costantemente: nel 1990 il tasso di mortalità neonatale era di 6 neonati morti ogni 1.000 nati vivi, nel 2018 è di 2.

Mortalità infantile

Tasso grezzo (x 1000) - Periodo 2019-2021 - Totale

Fonte: ISPRO Registro di mortalità regionale (RMR)

Residenza	Deceduti	Tasso grezzo	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	107	1,52	1,23	1,81
AUSL CENTRO	46	1,42	1,01	1,83
AUSL NORD-OVEST	38	1,67	1,14	2,20
ex ASL 1 - Massa e Carrara	5	1,65	0,20	3,09
ex ASL 2 - Lucca	7	1,66	0,43	2,88
ex ASL 5 - Pisa	13	1,93	0,88	2,97
ex ASL 6 - Livorno	8	1,33	0,41	2,25
ex ASL 12 - Viareggio	5	1,85	0,23	3,47
AUSL SUD-EST	23	1,49	0,88	2,10

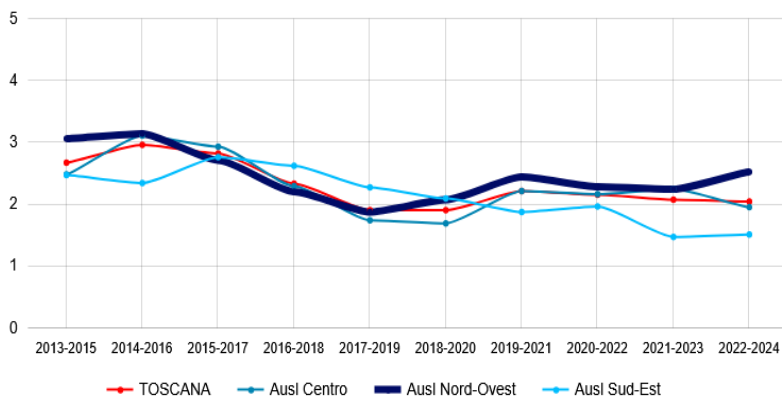
6.7 Natimortalità

La natimortalità è il rapporto tra il numero dei nati morti (stillbirth) in un dato intervallo di tempo e il totale dei nati (nati morti e nati vivi) nello stesso intervallo di tempo, moltiplicato per mille. Per i confronti internazionali l'Oms include solo i feti nati morti con un peso alla nascita pari o superiore a 1000 grammi o di 28 o più settimane di gestazione. La definizione di "nato morto" (stillbirth) è diversa a livello internazionale. In base alla legislazione italiana il nato morto è definito come il feto partorito senza segni di vita dopo il 180esimo giorno di amenorrea (>25+5 settimane gestazionali). Si veda ICD-10 version 2010. World Health Organization. Disponibile sul sito:

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

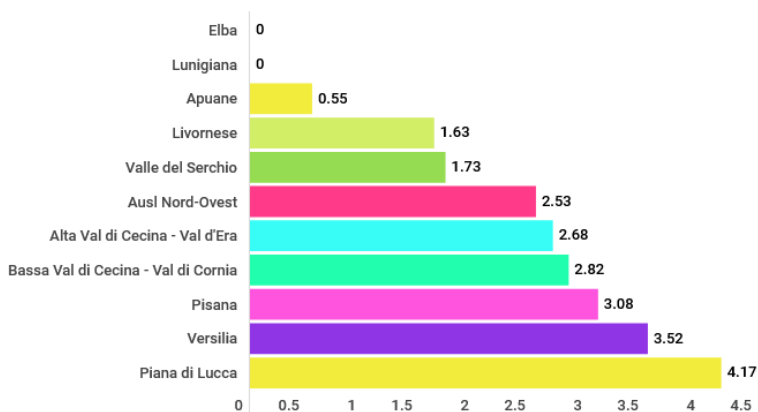
Natimortalità

Tasso grezzo (x 1000) - Totale
Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)



Nel triennio 2022-2024 l'ambito Nord Ovest vede un ritorno dei casi ed in questo modo supera le altre ASL, ponendosi al vertice della graduatoria con il tasso di 2,53 nati morti su 1000 nati.

Natimortalità 2022-24 - Tasso grezzo per 1000 nati



Nel triennio 2022-2024 cinque delle dieci zone superano il dato medio di ambito (2,53), con una punta di 4,17 sulla Piana di Lucca. Elba e Lunigiana al contrario registrano zero casi di nati morti nell'ultimo triennio.

Tasso grezzo (x 1000) - Periodo 2022-2024 - Totale
Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati morti per 1.000 nati vivi	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	2,05	1,71	2,40
AUSL CENTRO	1,96	1,45	2,48
AUSL NORD-OVEST	2,53	1,86	3,19
AUSL SUD-EST	1,52	0,89	2,16

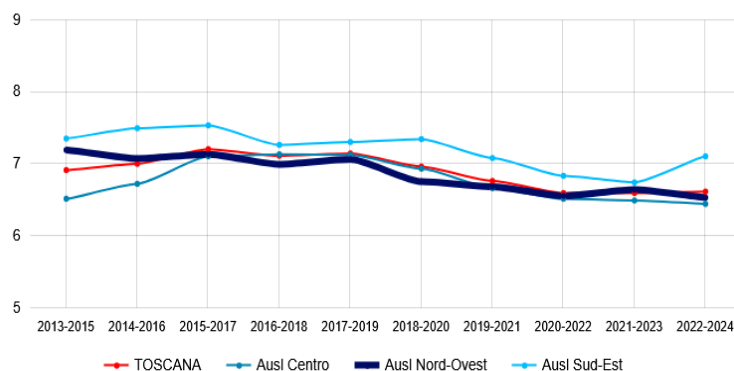
6.8 Nati vivi di peso alla nascita basso

La nascita pretermine, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come nascita prima delle 37 settimane di gestazione, e il basso peso alla nascita (<2.500 grammi) sono importanti indicatori della salute infantile in quanto associati ad una maggiore morbosità e mortalità. La prematurità è una delle principali cause di mortalità neonatale e infantile. In Europa, circa il 75% di tutte le morti neonatali e il 60% di tutte le morti infantili si verificano in bambini nati pretermine. Inoltre, sebbene la sopravvivenza di questi bambini sia aumentata considerevolmente negli ultimi anni, i bambini nati pretermine (in particolare nati gravemente pretermine, ossia con età gestazionale inferiore alle 32 settimane) o di basso peso (in particolare di peso molto basso:<1.500grammi), rimangono a rischio più elevato di problemi motori e cognitivi nei primi anni di vita e anche in seguito, nonché di patologie croniche rispetto ai bambini nati a termine. Questi neonati necessitano di un periodo di ricovero più lungo dopo la nascita e di un'assistenza neonatale adeguata, spesso in reparti di terapia intensiva neonatale. La misura del fenomeno nel tempo e sul territorio risulta quindi indispensabile per l'organizzazione delle cure.

Nati vivi di peso alla nascita basso

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)



Nell'ultimo triennio l'ASL Nord Ovest si allinea al dato medio regionale in un trend di leggera flessione che vede dal triennio 2013-2015 una quota percentuale del 7,2% di neonati con basso peso ad un valore di 6,54% nell'ultimo periodo.

Nati vivi di peso alla nascita basso

Rapporto (x 100) - Periodo 2022-2024 - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati prematuri	Proporzione
REGIONE TOSCANA	4.021	6,62
AUSL CENTRO	1.788	6,45
AUSL NORD-OVEST	1.291	6,54
ex ASL 1 - Massa e Carrara	178	6,70
ex ASL 2 - Lucca	250	6,94
ex ASL 5 - Pisa	380	6,36
ex ASL 6 - Livorno	320	6,13
ex ASL 12 - Viareggio	163	7,11
AUSL SUD-EST	942	7,11

Dati a superamento della soglia di ambito Nord Ovest (6,54%) sono osservabili per le zone ex Asl Massa e Carrara, Lucca e Viareggio.

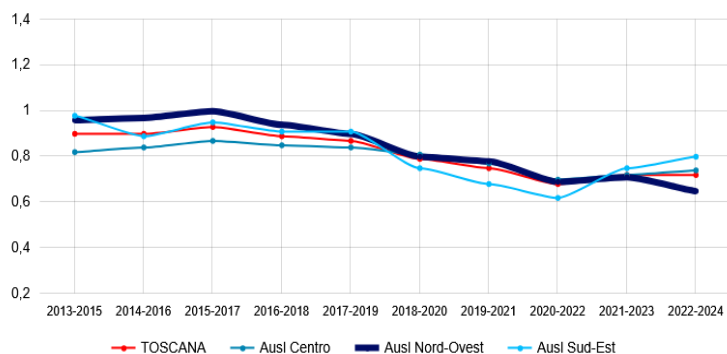
Migliori risultati per Pisa e Livorno.

6.9 Nati vivi di peso alla nascita molto basso

Nati vivi di peso alla nascita molto basso

Proporzione (x 100) - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)



Il trend positivo della nostra ASL è accentuato per quanto riguarda la percentuale dei nati vivi di peso molto basso alla nascita con un valore di 0,65% raggiunto nell'ultimo triennio che risulta il migliore fra le tre aziende ed a fronte dello 0,96% del primo periodo considerato.

Nati vivi di peso alla nascita molto basso

Proporzione (x 100) - Periodo 2022-2024 - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati peso molto basso	Proporzione	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	440	0,72	0,66	0,79
AUSL CENTRO	206	0,74	0,64	0,84
AUSL NORD-OVEST	128	0,65	0,54	0,76
ex ASL 1 - Massa e Carrara	18	0,68	0,37	0,99
ex ASL 2 - Lucca	31	0,86	0,56	1,16
ex ASL 5 - Pisa	41	0,69	0,48	0,90
ex ASL 6 - Livorno	25	0,48	0,29	0,67
ex ASL 12 - Viareggio	13	0,57	0,26	0,87
AUSL SUD-EST	106	0,80	0,65	0,95

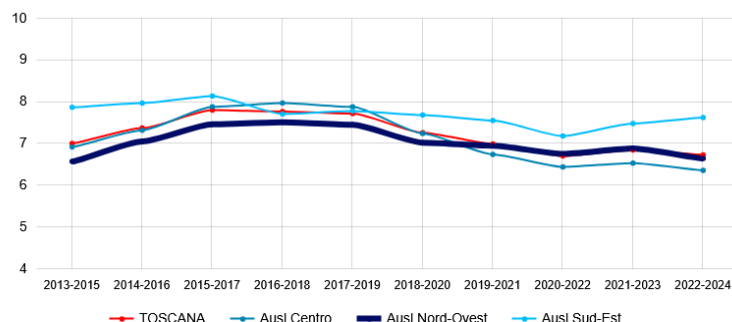
Superano il dato medio dell'ambito Nord Ovest (0,65%) sia le zone ex Asl di Massa e Carrara che la zone ex Asl pisana, ma soprattutto quella di Lucca che presenta il dato peggiore (0,86%). Le ex Asl di Livorno e quella della Versilia risultano avere i migliori risultati con lo 0,48 e lo 0,57%.

6.10 Nati vivi prematuri

Nati vivi prematuri

Proporzione (x 100) - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)



I piccoli prematuri necessitano di un periodo di ricovero più lungo dopo la nascita e di un'assistenza neonatale adeguata, spesso in reparti di terapia intensiva neonatale. La misura del fenomeno nel tempo e sul territorio risulta quindi indispensabile per l'organizzazione delle cure.

Il trend della nostra azienda vede una sostanziale stabilità del dato nel tempo: dal 6,58% del primo triennio passiamo ad un 6,65 nel triennio 2022-2024.

Nati vivi prematuri

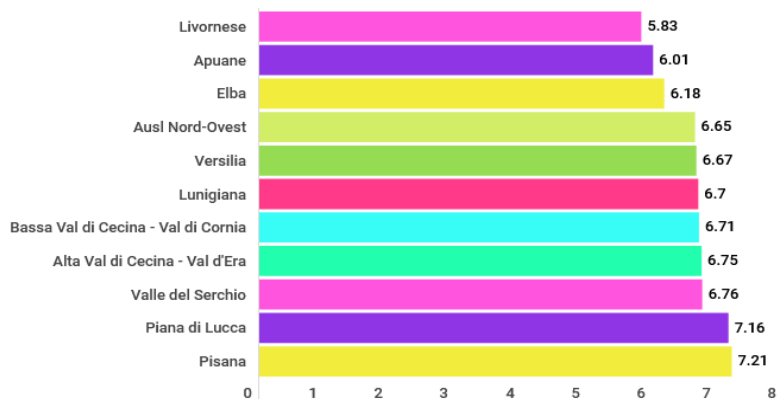
Proporzione (x 100) - Periodo 2022-2024 - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati prematuri	Proporzione
REGIONE TOSCANA	4.090	6,74
AUSL CENTRO	1.767	6,37
AUSL NORD-OVEST	1.314	6,65
ex ASL 1 - Massa e Carrara	164	6,18
ex ASL 2 - Lucca	255	7,08
ex ASL 5 - Pisa	419	7,01
ex ASL 6 - Livorno	323	6,19
ex ASL 12 - Viareggio	153	6,67
AUSL SUD-EST	1.009	7,63

Superamento della media dell'ambito Nord Ovest (6,65%) da parte delle ex Asl di Lucca, Pisa e Versilia, mentre i migliori risultati sono ottenuti da Massa-Carrara e Livorno.

Nati vivi prematuri - Proporzione x 100 Totale (M+F) Triennio 2022-2024



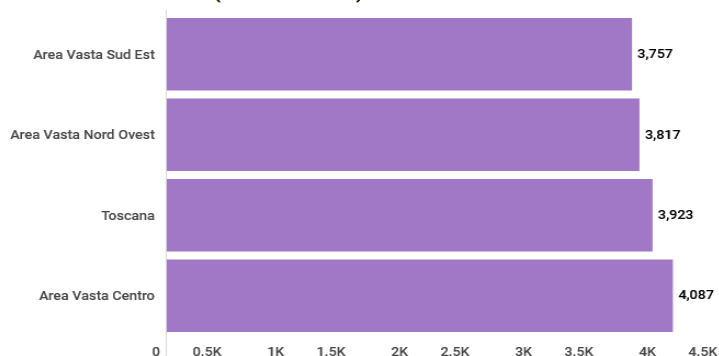
Un ulteriore focus sulle singole zone-distretto vede le migliori situazioni per le zone livornese, apuana e elba, mentre le restanti sette zone superano la media dell'ambito Nord Ovest con la zona pisana e quella lucchese con i risultati peggiori (rispettivamente con 7,21 e 7,16% di nati prematuri).

6.11 Anziani assistiti in domiciliare diretta (dati 2023)

L'assistenza domiciliare costituisce uno dei percorsi di presa in carico del bisogno assistenziale della popolazione anziana non autosufficiente che si rivolge ai servizi. L'erogazione della presa in carico prevede la definizione di un piano assistenziale personalizzato, all'interno del quale è specificata la natura e l'intensità delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie o sociali, di cui l'anziano ha bisogno per colmare il proprio deficit di autonomia. I diversi operatori (ad es. infermieri, assistenti sociali, medici di medicina generale) accedono al domicilio dell'assistito per erogare le prestazioni previste. L'indicatore misura quanto è diffusa la presa in carico territoriale domiciliare tra gli anziani residenti in un'area, se letto congiuntamente agli indicatori che stimano la prevalenza di anziani non autosufficienti può contribuire a valutare il rapporto tra domanda e offerta di assistenza a lungo periodo tra gli anziani.

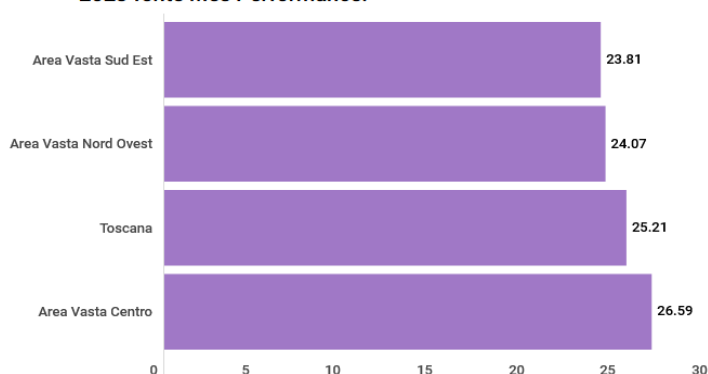
Nella relazione sanitaria del 2024 non erano presenti i dati relativi all'anno 2023 che presentiamo in questa edizione tramite dati da fonte <https://performance.santannapisa.it/>

Anziani assistiti in assistenza domiciliare - dato 2023 fonte Mes Performance (valori assoluti)



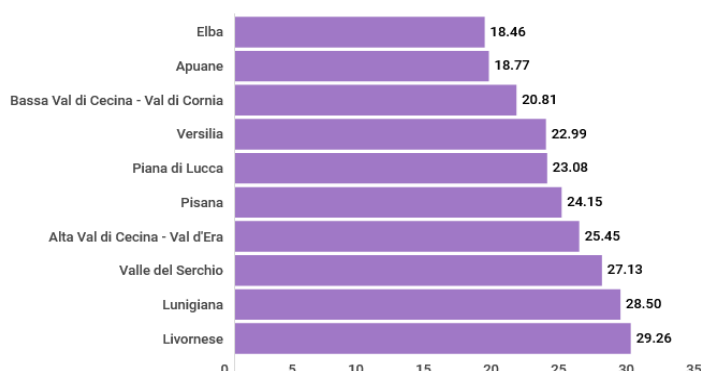
Il dato 2023 fonte MeS S. Anna tratta il valore assoluto dei pazienti in assistenza domiciliare e vede la nostra ASL posizionata al secondo posto con circa 100 casi in meno rispetto al dato medio regionale.

Anziani assistiti in assistenza domiciliare, tasso standardizzato - dato 2023 fonte Mes Performance.



Come già evidenziato nella scorsa relazione, dal 2021 osserviamo per l'ambito Nord Ovest una netta risalita dei casi presi in carico che ci stanno avvicinando alla media regionale.

Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare - dato 2023 fonte Mes Performance, indicatore B 28.1.1B



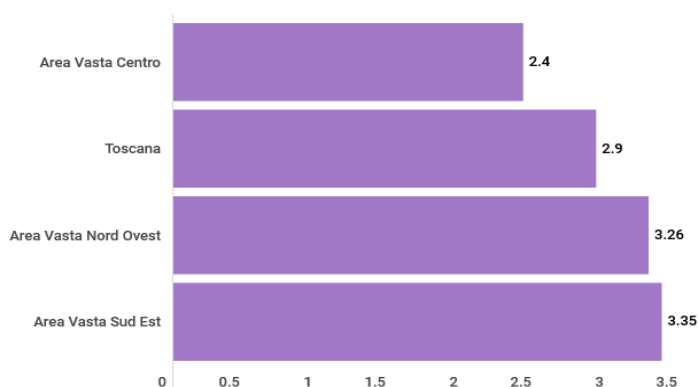
Un indicatore molto interessante, articolato per zone distretto è mostrato nel grafico qui accanto. Esso è costruito secondo i seguenti criteri: al numeratore vengono considerati i residenti che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, al denominatore viene considerata la popolazione residente al 01/01 nell'anno di riferimento. Al tasso è applicata la standardizzazione per età.

6.12 Anziani in residenza sanitaria assistenziale permanente (dato 2023)

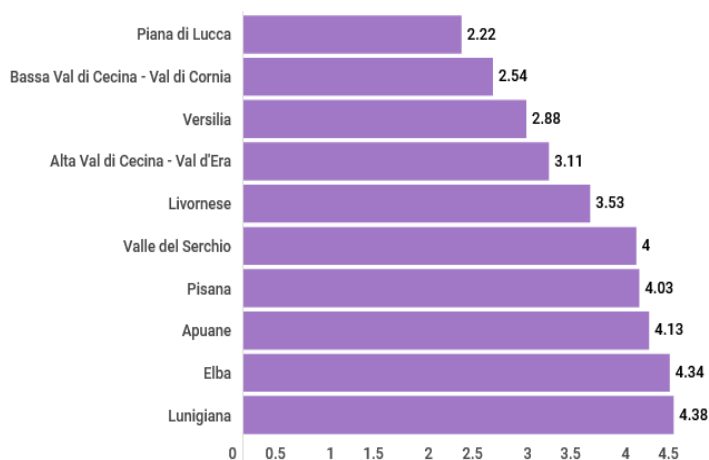
L'indicatore di sintesi B28.3 sull'assistenza residenziale offre una valutazione completa delle prestazioni nel settore, tenendo in considerazione il livello di complessità delle condizioni di salute degli assistiti e la necessità di cure ospedaliere aggiuntive, il grado di emergenze o situazioni urgenti che richiedono l'intervento immediato del personale medico e infermieristico e, infine, la misura dell'impatto dell'assistenza residenziale sulla fascia di età più anziana della popolazione, evidenziando l'importanza del supporto socio-sanitario fornito nelle residenze. Attraverso questi tre elementi, l'indicatore di sintesi sulla assistenza residenziale offre una panoramica completa delle prestazioni e degli esiti dei servizi di cura residenziale per gli assistiti, consentendo una valutazione globale della qualità dell'assistenza residenziale nel contesto specifico.

Nella relazione sanitaria del 2024 non erano presenti i dati relativi all'anno 2023 che presentiamo in questa edizione tramite dati da fonte <https://performance.santannapisa.it/>

Assistenza residenziale - dato 2023 fonte Mes Performance, indicatore sintetico B 28.3



Assistenza residenziale - dato 2023 fonte Mes Performance, indicatore sintetico B 28.3 voto di performance per zona



Come descritto in precedenza l'indicatore MeS S. Anna B 28.3 assegna alle singole zone distretto un punteggio, costruito sulla base delle performance derivate da indicatori semplici. Il rationale dell'indicatore è illustrato alla pagina relativa allo stesso nella sezione Scheda Indicatore.

6.13 Dimissioni ospedaliere di cittadini non italiani residenti

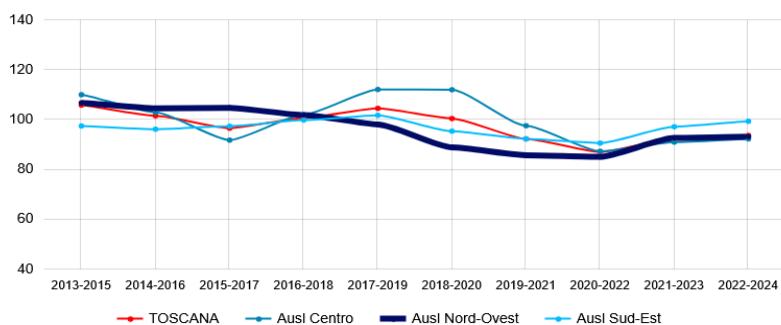
Numerose ricerche svolte nel corso degli ultimi anni, hanno messo in evidenza che la popolazione straniera, rispetto a quella italiana, ricorre in misura inferiore al ricovero ospedaliero, sia in regime ordinario che in di day hospital. Tuttavia, trattandosi di una popolazione che in Toscana presenta caratteristiche di forte stabilità sul territorio (oltre il 70% degli stranieri residenti in Toscana risulta presente in Italia da almeno 10 anni mentre il 15% è addirittura nato in Italia), l'effetto di omologazione "acculturazione" con la popolazione autoctona in termini di stili di vita, potrà portare ad una crescente uniformità nello stato di salute e nel ricorso ai Servizi sanitari.

Come per la popolazione italiana, la dimissione ospedaliera e le cause che l'hanno determinata, rappresenta un buon indicatore in grado di raffigurare lo stato di salute della popolazione straniera. In questo caso, per una corretta interpretazione, è importante tener presente che il flusso "Schede di dimissione ospedaliera" non contiene l'informazione in grado di distinguere lo straniero temporaneamente presente sul territorio (STP) da quello residente. Pertanto, i dati a cui si riferisce, sono attribuibili a cittadini stranieri residenti sul territorio regionale, non possono essere utilizzati per delineare lo stato di salute dei cittadini "migranti" temporaneamente presenti sul nostro territorio.

Dimissioni ospedaliere di cittadini non italiani residenti

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



L'ambito Nord Ovest dal triennio 2020-22 ad oggi si sta riallineando sui valori regionali con un tasso del 93,27 contro il valore medio regionale del 93,82 per mille.

Capitolo 7- Prevenzione

7.1 - AMBIENTE

Progetti PNC-PNRR sui SIN – Siti di interesse nazionale per la bonifica

Il Ministero della Salute, nell'ambito del Piano Nazionale Complementare (PNC) al PNRR, ha finanziato il progetto "Sviluppo e implementazione di due specifici programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente e clima in siti contaminati di interesse nazionale (SIN)":

- modello 1 denominato SINTESI (SIN-Territorio Equità Sorveglianza Intervento): messa a punto e valutazione di efficacia di interventi di prevenzione primaria e secondaria per ridurre l'impatto sanitario delle patologie attribuibili all'ambiente e le disuguaglianze sociali.

- modello 2 denominato INSINERGIA: valutazione dell'esposizione di popolazione agli inquinanti organici persistenti, metalli e PFAS ed effetti sanitari, con particolare riferimento alle popolazioni più suscettibili.



Il Progetto **SINTESI** coinvolge 14 Regioni e 22 SIN ed ha l'obiettivo di mettere in atto, per le popolazioni residenti nei SIN, interventi mirati di sorveglianza sanitaria e prevenzione, tenendo conto delle specificità del territorio, con l'obiettivo di ridurre le disparità basate su status socio-economico, sesso, età, disabilità, etnia. In Toscana sono coinvolti gli abitanti dei comuni di Massa e Carrara (SIN di Massa-Carrara) e del comune di Orbetello (SIN di Orbetello). Il progetto prevede l'implementazione di interventi di promozione della salute, di monitoraggio ambientale per un'efficace attività di sorveglianza e prevenzione. Per ciascun SIN le attività epidemiologiche forniranno sia una descrizione dello stato ambientale, socio-economico e di salute, sia valutazioni degli effetti sanitari associabili ad esposizioni ambientali e socio-economiche attraverso la conduzione di studi di coorte di popolazione.

L'obiettivo demandato al coordinamento diretto da parte di ATNO si compone di diverse attività che sono state organizzate in modo da poter raggiungere la maggior parte della popolazione residente sul territorio del SIN. Prevenzione secondaria: A tal fine sono stati stipulati accordi con la medicina generale cui hanno aderito 54 MMG in totale. Essi si sono impegnati ad eseguire, sui propri assistiti, approfondimenti idonei a riconoscere eventuali patologie possibilmente in parte riconducibili ad alcuni inquinanti, oltre ad altre cause. I MMG quindi, implementeranno programmi di presa in carico attiva, intraprendendo gli interventi previsti nei percorsi diagnostico terapeutici condivisi. Gli stessi MMG si faranno anche carico di stimolare, nei propri assistiti appartenenti alle fasce di età target, la partecipazione agli screening LEA (ricerca K precoce di mammella, collo dell'utero e colon) ed allo screening per la ricerca del K precoce del polmone nei forti fumatori appartenenti alle fasce di età target. Prevenzione primaria: Nell'intento di stimolare quanto più possibile l'adozione di sani stili di vita, il progetto sta implementando anche l'attivazione di un percorso di sensibilizzazione alla corretta alimentazione e di stimolo alla attività fisica eseguita con regolarità. E' in corso di organizzazione anche una valorizzazione documentale delle esperienze materne rendicontabili dalle mamme che vivono l'esperienza di figli portatori di disturbi a carico del neurosviluppo. Il progetto **INSINERGIA** coinvolge 9 regioni e 13 SIN, e mira a sviluppare un approccio condiviso per determinare l'esposizione della popolazione a inquinanti organici persistenti, metalli e PFAS nei SIN, al fine di valutare eventuali rischi sanitari associati. In Toscana **INSINERGIA** punta ad approfondire le conoscenze ambientali e sanitarie nei SIN di Livorno (comuni di Livorno e Collesalveti) e Piombino. In particolare, attraverso lo studio di biomonitoraggio verranno raccolti campioni biologici per stimare l'esposizione della popolazione ai contaminanti. Inoltre, sono previsti studi epidemiologici approfonditi, inclusi studi di coorte di popolazione, per valutare in maniera completa e aggiornabile nel tempo lo stato di salute della popolazione residente nei territori coinvolti e le associazioni con gli inquinanti ambientali.

I due progetti sono stati avviati a febbraio 2024 e si concluderanno a dicembre 2026. Ad oggi sono stati raccolti i dati di caratterizzazione ambientale ed epidemiologica delle popolazioni coinvolte.

Sorveglianza ambiente e salute del rigassificatore di Piombino



Nel mese di luglio 2023 è entrato in esercizio nel porto di Piombino l'impianto di rigassificazione di proprietà SNAM. La nave (FSRU), lunga 293 m e larga 40, può immagazzinare circa 170 mila m³ di Gas Naturale Liquefatto (GNL) con capacità di rigassificazione di 5 miliardi di m³ annui (circa l'8% del fabbisogno nazionale). L'impianto riceve periodicamente GNL dalle navi metaniere, concordando con le autorità marittime le operazioni di accosto, ormeggio e disormeggio.

Nell'ambito del procedimento autorizzativo, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha indicato tra le prescrizioni la necessità di attivare una sorveglianza ambiente-salute, con focus sugli effetti a breve termine dell'esposizione agli inquinanti atmosferici. La TFS ha elaborato una proposta di studio, approvata da ISS, che prevede una serie di attività di seguito riepilogate:

- valutazione della disponibilità di dati ambientali e sanitari tempestivi e aggiornati;
- analisi della concordanza tra stazioni e produzione di indicatori dai dati ambientali misurati dalle centraline (due ARPAT e due SNAM) attive nel territorio;
- sorveglianza dei dati di ricovero e accessi al pronto soccorso forniti dalla AUSL competente, in associazione anche alla presenza delle metaniere e alle altre attività connesse alla presenza del rigassificatore;
- studi di serie temporali pre- e post-operam sugli effetti acuti degli inquinanti atmosferici.

La sorveglianza è stata avviata a maggio 2024 e proseguirà fino ai 3 anni di attività del rigassificatore

7.2 – Prevenzione

Il "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025" (PNP) rappresenta lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio. Esso mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora.

Il PNP mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società, affrontando dunque il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi.

Il documento, rappresenta quindi la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica ed investe sulla messa a sistema di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia, come le vaccinazioni e gli screening oncologici, e di linee di azione basate su evidenze di costo-efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali.

7.2.1 Screening oncologici

Un test di screening è un intervento di prevenzione secondaria in quanto consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche al fine di poter instaurare precocemente la specifica terapia. Per essere programmato e realizzato, lo screening deve riguardare patologie di grande rilevanza epidemiologica, basarsi su prove di efficacia e attenersi a linee guida di qualità. In particolare, i programmi di screening si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto; per questo motivo l'attivazione di programmi di screening per questi tumori è sostenuta sia a livello nazionale che internazionale.

Le linee guida raccomandano fortemente alle donne fra i 50 e i 69 anni di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore alla mammella. Alla fine del 2016, la Regione Toscana ha deliberato un ampliamento delle fasce di età dai 45 (fino ai 49 con un intervallo annuale) ai 74 anni di età.

Per quanto riguarda lo screening per il tumore del collo dell'utero, nella nostra Regione il protocollo prevede un invito triennale a Pap-test rivolto alle donne di età compresa tra i 25 ed i 33 anni e un invito quinquennale ad HPV test per le donne dai 34 ai 64 anni.

Infine, lo screening per il tumore del colon-retto coinvolge uomini e donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni: il test di prima scelta è la ricerca del sangue occulto fecale che permette di individuare l'eventuale presenza nelle feci di sangue invisibile a occhio nudo.

L'obiettivo dello screening di popolazione è quello di ridurre la mortalità, ma nel caso dello screening per il tumore del collo dell'utero e per quello del colon-retto si è potuta osservare anche una riduzione dell'incidenza della malattia intervenendo sulle lesioni pre-cancerose. Inoltre per tutte le tipologie di screening, la diagnosi precoce si è dimostrata efficace nel favorire trattamenti (sia chirurgici che farmacologici) meno aggressivi, esitando in un miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

La copertura della popolazione bersaglio (estensione degli inviti) e la partecipazione allo screening (adesione all'invito) sono i due principali indicatori di processo dei programmi di screening e rappresentano il debito informativo regionale e nazionale.

Per tutti i tre programmi screening deve considerarsi come critica un'estensione inferiore all'80% (il dato va letto su due anni nel caso di quello mammografico e coloretale, su tre anni per quello della cervice uterina). Per gli obiettivi di adesione si prevedono soglie ottimali del 70% per lo screening mammografico, del 65% per il coloretale e del 60% per la cervice uterina.

7.2.1.1 Screening per i tumori della cervice uterina

Il carcinoma della cervice uterina è, dopo il tumore della mammella, il secondo tumore per frequenza tra le donne.

Nel 2024 sono stimate circa 2.382 nuove diagnosi (1,3% di tutti i tumori incidenti nelle donne). Questa neoplasia è più frequente nella fascia giovanile (4% dei casi, quinta neoplasia più frequente). Nel 2022 sono state stimate 2.500 morti complessive per tutti i tumori dell'utero. La sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è pari al 68% e la probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi è del 75%. Nel nostro Paese sono 49.800 le donne viventi dopo una diagnosi di tumore della cervice uterina.

Il tumore è causato da un'infezione da Papillomavirus umano (HPV), che si trasmette per via sessuale ed è molto frequente soprattutto nelle persone giovani. La maggior parte delle infezioni regredisce spontaneamente, quando invece l'infezione persiste nel tempo si formano lesioni che possono evolvere in vere e proprie neoplasie.

Esistono molti tipi diversi di virus HPV e il rischio di evoluzione neoplastica dipende fortemente da alcuni tipi ben identificati: ad esempio i virus HPV 16 e HPV 18 sono considerati tra i più pericolosi.

L'acquisizione dell'infezione è necessaria per sviluppare il tumore, tuttavia vi sono anche altri fattori che contribuiscono come il fumo di sigaretta, un inizio precoce dell'attività sessuale e partner sessuali multipli, condizioni di

immunodeficienza, la presenza in famiglia di parenti stretti con questo tumore, l'uso prolungato di contraccettivi orali, una dieta povera di frutta e verdura, l'obesità.

Il lasso di tempo tra infezione e sviluppo del tumore è lungo ed è possibile intercettare e trattare le lesioni prima che degenerino. Dato che sia le infezioni che le lesioni possono non dare alcun segno clinico ed essere quindi inapparenti, è necessario eseguire alcuni esami specifici per identificarle.

I programmi di screening prevedono l'invito attivo della donna alla scadenza dei periodi stabiliti.

In Toscana, i test utilizzati per la prevenzione del tumore della cervice uterina sono:

- Pap-test per le donne di età compresa tra i 25 e i 33 anni. Il test deve essere ripetuto ogni 3 anni.
- Test HPV (HPV-DNA test) per le donne di età compresa tra i 34 e i 64. Il test deve essere ripetuto ogni 5 anni.

Il prelievo viene eseguito in ambulatorio da personale ostetrico mediante brushing della cervice uterina. Nel caso del Pap-test, il materiale prelevato viene poi strisciato su un vetrino ed esaminato al microscopio, per evidenziare eventuali cellule anomale. E' il test più efficace per le donne più giovani (fino ai 30-33 anni). In caso di negatività, il test viene ripetuto dopo 3 anni, mentre in caso di positività si procede con le ulteriori fasi del percorso diagnostico (ricerca del DNA dell' HPV, colposcopia ecc.)

L' HPV-DNA test è invece in grado di rilevare la presenza di un'infezione virale della cervice uterina dovuta appunto a Papilloma virus umano anche prima che le cellule dell'utero presentino cambiamenti visibili con il Pap-test. L' HPV-DNA test è più efficace per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero nelle donne di età superiore a 30-34 anni e data la sua alta efficacia, è sufficiente sottoporsi al test ogni 5 anni. In caso di positività è opportuno procedere con un Pap-test ed in caso di ulteriore positività con una colposcopia ed eventuale biopsia.

7.2.1.2 Screening per i tumori della mammella

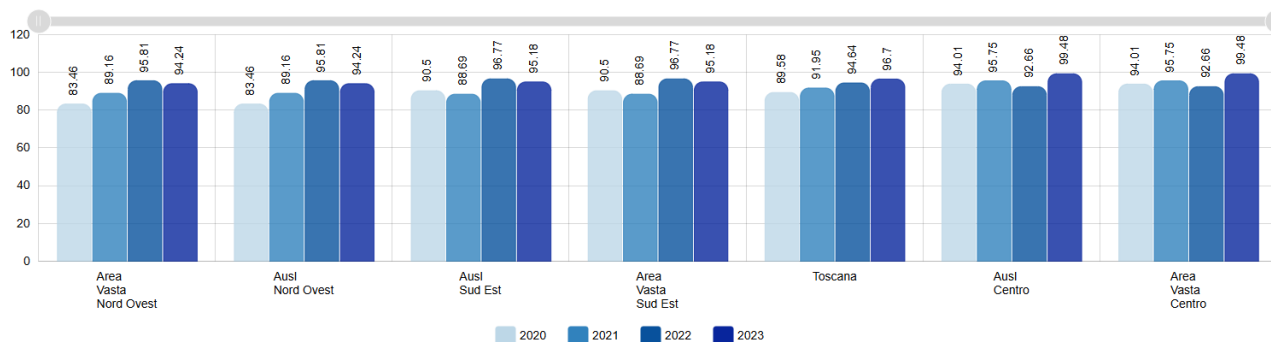
I dati del report "I numeri del cancro in Italia 2024" confermano che il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne, con 53.065 nuove diagnosi. Negli ultimi decenni si è assistito ad un costante aumento delle diagnosi, accompagnato, però, da una riduzione della mortalità (nel 2022 sono stati stimati 15.500 decessi).

Ciò è stato possibile anche grazie alla sempre più ampia diffusione della diagnosi precoce, che ha permesso di aumentare il numero di tumori identificati ai primi stadi di sviluppo della malattia, quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace, permettendo di ottenere sopravvivenze a 5 anni dell'88%, con una probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi del 91%. Per quanto riguarda la prevalenza sono 925.000 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore della mammella.

Il test impiegato per lo screening del tumore della mammella è la mammografia eseguita ogni due anni a partire dal 50° anno di età e fino al 69°. Recentemente la Regione Toscana ha deciso di allargare l'invito dai 45 ai 74 anni.

In caso di normalità, la risposta dell'esame mammografico viene inviata per posta al domicilio mentre il caso di positività la donna viene contattata per proseguire nel percorso diagnostico (seconda mammografia, ecografia, biopsia ecc.).

B5.1.1 Estensione dello screening mammografico
Trend

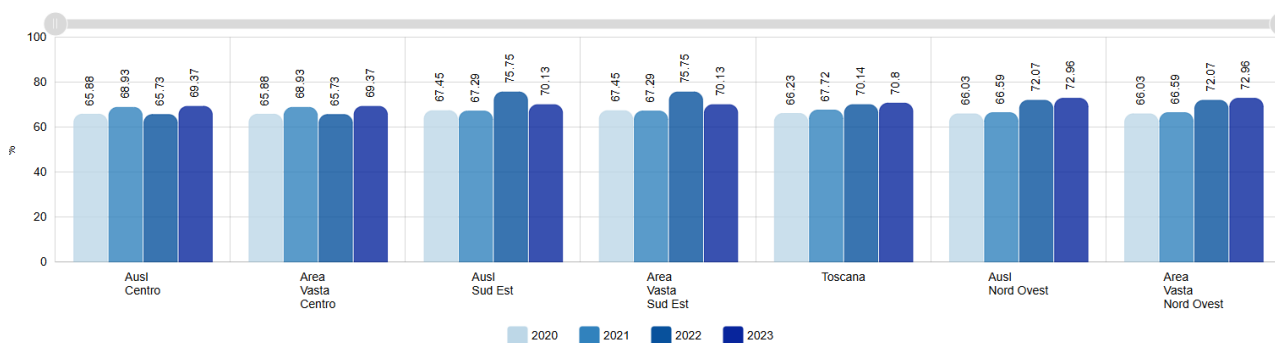


L'indicatore del Sistema di Valutazione del Sant'Anna indica l'estensione dello screening mammografico nella Regione Toscana (quante donne, sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento).

A partire dall'anno 2020 si è assistito ad una lieve diminuzione generalizzata dell'indicatore, dovuta al periodo pandemico.

L'Ausl Nord Ovest nell'anno 2023 ha raggiunto un'adesione del 94,24%, minore rispetto alla media regionale del 96,7%, minore rispetto all'anno precedente (95,81%) ma maggiore rispetto agli anni pandemici (83,46% nel 2020 e 89,16% nel 2021).

B5.1.2 Adesione allo screening mammografico
Trend



Per quanto riguarda l'adesione dello screening mammografico (quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate) a partire dall'anno 2020 si è assistito ad un progressivo aumento dell'indicatore.

Nell'anno 2023 l'Ausl Nord Ovest ha raggiunto un'estensione del 72,96%, maggiore rispetto alla media regionale del 70,08% e maggiore rispetto agli anni precedenti (66,03% nel 2020; 66,59% nel 2021; 72,07% nel 2022).

7.2.1.3 Screening per i tumori del colon-retto

I tumori del colon-retto rappresentano la terza neoplasia negli uomini e la seconda nelle donne. Nel 2024 sono stimate circa 48.706 nuove diagnosi (uomini = 27.473; donne = 21.233). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 65% negli uomini e 66% nelle donne e la probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi è del 77% negli uomini e 79% nelle donne, mentre per la mortalità nel 2022 sono stimati 24.200 decessi (uomini = 13.000; donne = 11.200).

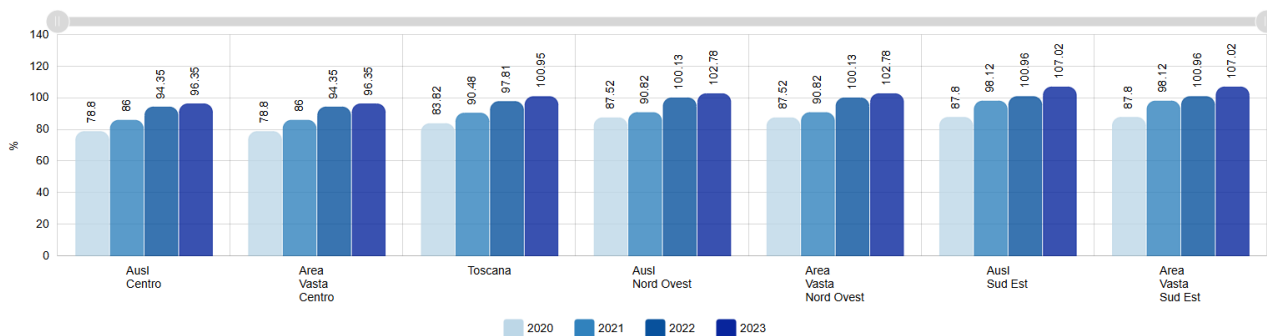
Sono 442.600 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore del colon retto (uomini = 227.600; donne = 215.000).

Il tumore è spesso conseguente ad una evoluzione di lesioni benigne (quali ad esempio i polipi adenomatosi) della mucosa dell'intestino, che impiegano un periodo molto lungo (dai 7 ai 15 anni) per trasformarsi in forme maligne.

L'obiettivo dello screening è quello di individuare eventuali polipi o adenomi (responsabili del sanguinamento) prima che possano eventualmente degenerare in un cancro, o forme tumorali in una fase precoce in cui è possibile intervenire più efficacemente e con meno complicazioni.

Il test di screening utilizzato è il test del sangue occulto nelle feci, eseguito ogni 2 anni nelle persone tra i 50 e i 69 anni. Nel caso di positività all'esame, i programmi di screening prevedono, come esame di approfondimento, l'esecuzione di una colonscopia che permette di esaminare l'intero colon-retto. Oltre a essere un efficace strumento diagnostico, la colonscopia è anche uno strumento terapeutico in quanto nel caso venisse confermata la presenza di polipi, consente, infatti, di rimuoverli nel corso della stessa seduta. I polipi rimossi vengono successivamente analizzati e, in base al loro numero, alle loro dimensioni e alle caratteristiche delle loro cellule, vengono avviati percorsi terapeutici e di controllo ad hoc.

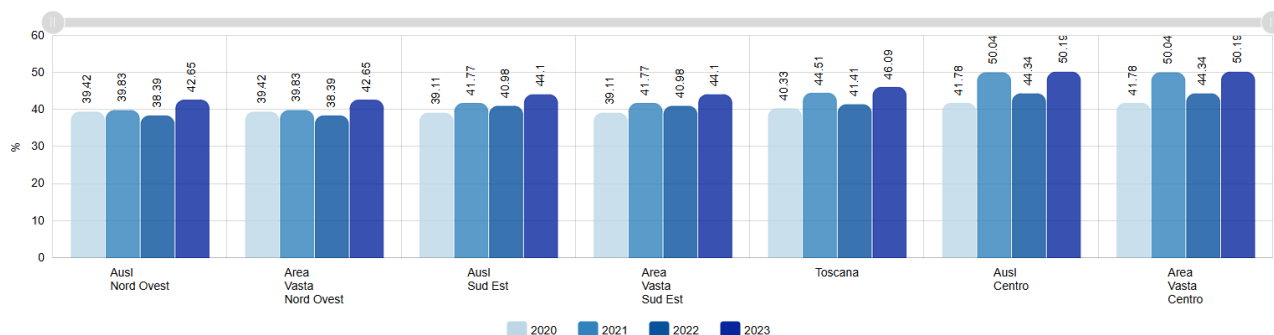
B5.3.1 Estensione dello screening coloretale
Trend



L'indicatore del Sistema di Valutazione del Sant'Anna indica l'estensione dello screening coloretale nella Regione Toscana.

L'Ausl Nord Ovest nell'anno 2023 ha raggiunto un'estensione del 102,78%, maggiore rispetto agli anni precedenti (87,52% nel 2020; 90,28% nel 2021 e 100,13% nel 2022) e maggiore alla media regionale del 100,95%.

B5.3.2 Adesione allo screening coloretale
Trend



A fronte di un'estensione ottimale, il livello di adesione è molto basso in tutta la Regione (valore medio nel 2023 di 46,09%) ed in particolar modo nell'Ausl NO che raggiunge appena il 42,65%. In ogni caso il valore è in leggero aumento rispetto agli anni precedenti (39,42% nel 2020; 39,83% nel 2021 e 38,39% nel 2022).

7.3 Vaccinazioni

Le malattie infettive continuano ad essere una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte. La globalizzazione e la frequenza e velocità degli spostamenti di merci e persone favoriscono la diffusione di microorganismi, spesso antibiotico-resistenti, con potenziale rischio elevato di esportazione tra Paesi geograficamente distanti.

L'emergenza (virus Ebola, SARS-CoV-2) e la ri-emergenza (poliovirus selvaggio) di agenti infettivi impattano sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, come ha dimostrato la recente diffusione del SARS-CoV-2. La diffusione di quest'ultimo ha determinato la necessità della dichiarazione dello stato di emergenza internazionale di salute pubblica da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e ha reso necessario assumere con effetto immediato iniziative di carattere straordinario e urgente, per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di rischio per la salute della popolazione.

L'emergenza ha confermato la necessità di rafforzare le misure volte a migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere a un eventuale situazione di crisi, nonché a proseguire l'impegno nei programmi di prevenzione delle malattie infettive, avviandone di nuovi se opportuno, garantendone applicabilità e sostenibilità.

Le coperture vaccinali (CV proporzione di soggetti vaccinati sul totale dei soggetti candidati alla vaccinazione) rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali, poiché forniscono informazioni in merito alla loro reale attuazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale. Gli obiettivi sono definiti a livello internazionale dal Global Vaccine Action Plan 2011-2020 (Piano d'azione globale vaccinazioni dell'OMS), a livello europeo dall'European Vaccine Action Plan 2015-2020 e in Italia dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025.

Il nuovo PNPV 2023-2025 condivide con il precedente Piano l'obiettivo generale di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel Paese, fornendo un riferimento condiviso, sostenibile e basato su evidenze scientifiche. Al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente dai determinanti socio-economici, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, il PNPV 2023-2025 assicura l'equa accessibilità e disponibilità nel tempo dei vaccini sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva.

Tra gli obiettivi del PNPV 2023-2025 si confermano prioritariamente il mantenimento dello status polio-free e l'eliminazione di morbillo e rosolia, grazie ad adeguate coperture vaccinali in tutta la popolazione. Inoltre, viene rafforzata la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie correlate al Papillomavirus; si promuovono interventi nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente, riducendo le disuguaglianze e programmando azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale. Un ulteriore sforzo viene dedicato all'implementazione strutturata e completa delle anagrafi vaccinali regionali e nazionale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di raggiungere una CV minima del 95% per limitare la circolazione dei virus e batteri nella collettività e ottenere l'immunità di gregge, ovvero la protezione indiretta nei confronti della malattia di coloro che non possono essere vaccinati.

Dal 2014 in Italia e dal 2016 in Toscana è stato osservato un costante calo delle CV pediatriche al di sotto della soglia del 95%. Per invertire questa tendenza e per contrastare l'epidemia di morbillo che stava imperversando nell'intera Europa (anno 2017), è stata emanata la Legge 119/2017 che ha previsto l'obbligo di 10 vaccinazioni (anti poliomielite, difterite, tetano, pertosse, Haemophilus influenzae di tipo b, epatite B, morbillo, parotite, rosolia, varicella) per l'iscrizione ai nidi ed alle scuole materne dei bambini di età compresa tra 0 e 6 anni, mentre sanzioni economiche ai genitori di bambini inadempienti di età compresa tra 7 e 16 anni. Gli effetti della Legge nazionale sono stati immediati, rivelando un sensibile aumento delle CV pediatriche nel 2018, confermato l'anno successivo.

In Toscana le CV dell'età pediatrica sono calcolate dal 2018 in maniera automatizzata utilizzando i dati delle vaccinazioni somministrate dai medici degli ambulatori delle Aziende USL della Toscana e dai pediatri di libera scelta, che

confluiscono in tempo reale all'interno dell'anagrafe vaccinale digitale del Sistema Informativo della Prevenzione Collettiva (SISPC).

7.3.1 Anti-poliomielite

La poliomielite è una grave malattia infettiva a carico del sistema nervoso centrale causata da tre tipi di poliovirus (1, 2 e 3), appartenente al genere enterovirus. Il virus invade il sistema nervoso nel giro di poche ore, distruggendo le cellule neurali colpite e causando una paralisi flaccida che può diventare, nei casi più gravi, totale.

La trasmissione avviene per via oro-fecale, attraverso l'ingestione di acqua o cibi contaminati o per contatto diretto con soggetti ammalati o portatori sani. L'uomo rappresenta l'unico serbatoio naturale del virus e questo, insieme all'esistenza di un vaccino efficace, rende la poliomielite una malattia eradicabile.

In Italia il vaccino antipolio orale (OPV) è diventato obbligatorio nel 1966; d'altro canto, esso può accompagnarsi in rari casi ad un grave effetto collaterale, la paralisi post-vaccinale (VAPP), causata da una retromutazione del virus vaccinale (VDPV) che riacquisisce le sue capacità patogene. Per questo motivo, nel 2002 (anno in cui l'Italia è stata dichiarata *polio-free*) venne introdotto il vaccino inattivato (IPV) che conferisce una ottima protezione individuale evitando però il rischio di VAPP.

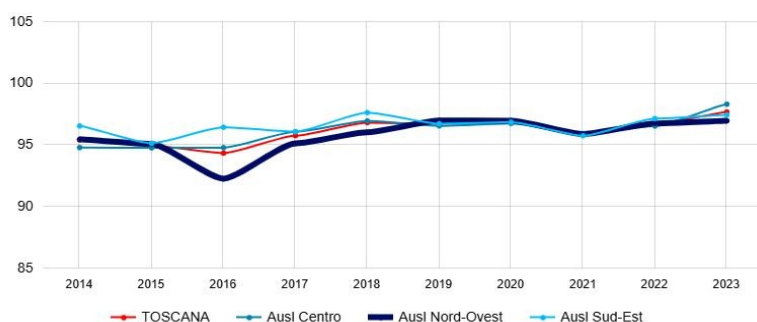
L'antipolio IPV è uno dei 10 vaccini obbligatori facenti parte della Legge nazionale 119/2017.

In Toscana il vaccino antipolio viene eseguito somministrando 5 dosi per via intramuscolare (ciclo di base), di cui le prime tre al 3°, 5°-6° e 11°-13° mese di vita, utilizzando il vaccino combinato esavalente (per questo la CV per la poliomielite è utilizzata come *proxy* per le vaccinazioni contenute nell'esavalente: anti difterite, tetano, pertosse, Haemophilus influenzae tipo b ed epatite B). La quarta dose è prevista al quinto-sesto anno, preferibilmente utilizzando il vaccino combinato tetravalente (DTPa-IPV) e la quinta tra gli 11 e i 18 anni preferibilmente utilizzando il vaccino combinato tetravalente per adulti (dTpa-IPV). Grazie alla vaccinazione la malattia è stata completamente eliminata in gran parte del mondo.

P01C_POL - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-poliomielite (ciclo di base)

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



L'indicatore è rappresentato dal numero di bambini di età inferiore o uguale a 24 mesi, che hanno effettuato un ciclo vaccinale per poliomielite completo (3 dosi) al 31 dicembre dell'anno di riferimento (2023).

Si può osservare come negli ultimi 10 anni la copertura nella Ausl Nord Ovest e anche la media nella Regione sia sempre stata al di sopra del 95%, tranne dal 2015 al 2017, prima dell'introduzione della Legge sull'obbligo vaccinale (92,29% NO e 94,37% media Regione nel 2016). Nel 2021, a causa della pandemia da COVID-19, si è assistito ad

una nuova diminuzione che ha portato ad una copertura del 95,92% (precedentemente 97,01% nel 2019 e 97% nel 2020). A partire dall'anno 2022, sia a livello dell'Ausl NO che a livello regionale, si può invece osservare un recupero nelle vaccinazioni che ha portato al raggiungimento di una copertura del 96,77% (96,76% media regionale). Dato confermato anche nel 2023 con una copertura del 96,99% nell'Ausl Nord Ovest e del 97,7% come media regionale.

7.3.2 Anti-morbillo-parotite-rosolia

Morbillo, parotite e rosolia sono malattie a trasmissione inter-umana per le quali l'uomo è l'unico serbatoio naturale. La sopravvivenza di questi virus in una comunità deve quindi necessariamente essere sostenuta da un sufficiente numero di soggetti suscettibili che vengono infettati e che a loro volta trasmettono l'infezione. La velocità di propagazione dell'infezione ed il numero di persone che vengono contagiate da ogni soggetto infetto dipendono in parte dalle caratteristiche del singolo virus, ma in misura maggiore dal numero di soggetti suscettibili nella comunità. I nuovi nati rappresentano la fonte più rilevante di soggetti suscettibili e quindi costituiscono il target primario dei programmi di prevenzione e controllo.

Il raggiungimento di elevate coperture vaccinali ha non solo lo scopo di prevenire la malattia bersaglio nell'individuo, ma anche quello di ridurre o interrompere la circolazione dell'agente patogeno nella popolazione.

Prima dell'introduzione del vaccino, avvenuta nel 1963, e della diffusione delle vaccinazioni di massa, ogni 2-3 anni si verificavano delle epidemie che si stima causassero globalmente 2.6 milioni di morti ogni anno.

Anche in Europa, nell'era pre-vaccinale, la malattia era endemica, ma l'introduzione del vaccino ne ha completamente stravolto la diffusione. Attualmente il morbillo non è più endemico nella maggior parte dei paesi europei, tuttavia, restano frequenti focolai soprattutto nei paesi con sottogruppi della popolazione che presentano bassi livelli di immunità.

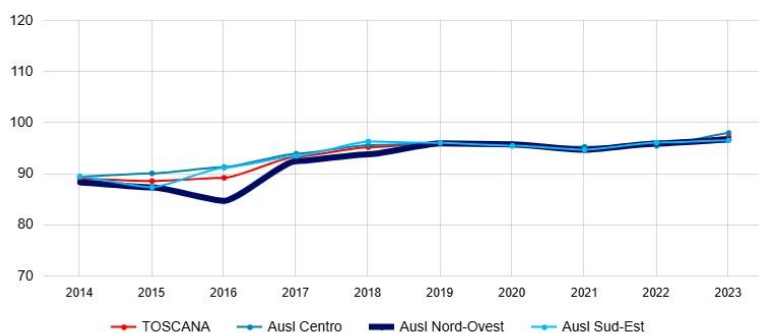
In Italia, dal 1970 alla fine degli anni 90, il morbillo ha avuto un andamento ciclico con picchi epidemici molto elevati, che si sono poi ridotti, dall'inizio degli anni 2000, grazie all'aumentare delle coperture vaccinali e, a partire dal 1997, si è anche allungato l'intervallo tra un'epidemia e la successiva. Tuttavia, la malattia continua a circolare nel nostro Paese e periodicamente assistiamo al verificarsi di epidemie come quella del biennio 2017-2018 in cui si sono verificati 4991 casi e 4 decessi nel 2017 e 2526 casi nel 2018. A partire dagli ultimi mesi del 2023 si è assistito ad un nuovo incremento di casi che ha portato a registrare 44 casi nel 2023, 1045 casi nel 2024 e che sta continuando anche quest'anno con 269 casi registrati al 30 aprile. Lo stesso andamento si sta verificando a livello dell'UE/SEE dove nel 2024, sono stati segnalati complessivamente 35.212 casi di morbillo, con un aumento notevole (pari a 10 volte) rispetto ai 3.973 casi segnalati nel 2023.

La vaccinazione anti-morbillo-parotite-rosolia (\pm varicella) fa parte delle 10 vaccinazioni obbligatorie previste dalla Legge 119/2017 ed in Toscana è offerta gratuitamente a tutti i nati, come indicato dal calendario vaccinale universale, prevedendo una prima dose di vaccino somministrata tra il 14-esimo ed il 15-esimo mese di vita ed una seconda dose a 5-6 anni.

P02C - Copertura vaccinale a 24 mesi per anti-MPR (Morbillo/Parotite/Rosolia, 1a dose)

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



Le coperture vaccinali presentate nel grafico sono calcolate a 24 mesi di vita, pertanto per quanto riguarda il vaccino anti-morbillo-parotite-rosolia forniscono un'indicazione sul livello di copertura relativo alla prima dose somministrata.

Nella Ausl Toscana Nord Ovest dal 2012 al 2016, si è assistito ad una progressiva diminuzione della copertura, che non ha mai raggiunto il 95% ed ha toccato il valore minimo di 84,8% nel 2016 (valore medio della Regione 89,3%). Con l'introduzione della Legge 119/2017 la situazione è andata migliorando fino ad oltrepassare la soglia

prevista del 95% (96,06% nel 2019 e 95,83% nel 2020). Nell'anno 2021, sempre a causa del contesto pandemico, il valore è sceso nuovamente al di sotto della soglia prevista (94,79%) contrariamente alla media della Regione che permane al 95,04%. Nell'anno 2022, sia a livello dell'Ausl NO che a livello regionale, si può invece osservare un recupero nelle vaccinazioni che ha portato al raggiungimento di una copertura del 96,02% (95,84% media regionale), aumento confermato anche per l'anno 2023 con un valore del 96,08% e una media regionale del 97,34%.

7.3.3 Anti-papillomavirus

Il virus del papilloma umano (Human Papilloma Virus HPV) è un agente patogeno a trasmissione prevalentemente sessuale che causa patologie genitali, anali e orofaringee sia nelle donne che negli uomini.

È molto diffuso e appartiene a una famiglia che comprende numerosi tipi di virus, ad oggi ne sono stati identificati più di 120 tipi, di cui circa 80 con capacità di infettare l'essere umano e tra questi riconosciamo genotipi a basso rischio e genotipi ad alto rischio di progressione.

Si stima che l'80% delle donne (il 50% della popolazione sessualmente attiva) contraiga uno o più tipi di HPV nell'arco della vita.

Il picco di prevalenza principale si osserva nelle giovani donne fino a 25 anni, ma è presente anche e un secondo picco nelle donne di 45-55 anni, mentre negli uomini l'HPV rimane presente in modo più stabile nell'arco della vita.

La maggior parte dei virus HPV causa infezioni transitorie, la persistenza e l'eventuale progressione a neoplasie invasive maligne è correlata al tipo di HPV, a diversi cofattori e alla risposta immunitaria del soggetto.

Si stima che l'infezione virale cronica da genotipi HPV ad alto rischio sia la causa di oltre il 90% dei carcinomi della cervice uterina, del 90% circa dei carcinomi anali e di una rilevante percentuale di carcinomi orofaringei, della vulva, della vagina e del pene; nonché del 90% circa dei condilomi anogenitali.

La vaccinazione (con vaccino 9-valente che copre per i genotipi 6,11,16,18,31,33,45,52,58) rappresenta l'unica protezione efficace e sicura contro l'infezione da Papillomavirus, fornendo un beneficio diretto sia nelle donne che negli uomini. In particolare, l'efficacia della vaccinazione è ben documentata per il carcinoma della cervice uterina e per quanto riguarda gli uomini per i carcinomi conseguenti all'infezione cronica da HPV: in particolare i tipi 16 e 18 che causano circa il 90% dei carcinomi anali ed una percentuale rilevante di tumori orofaringei e del pene.

Il vaccino 9-valente protegge anche contro i condilomi anogenitali (provocati nel 90% dei casi dai tipi di HPV 6 e 11) che, seppur lesioni benigne, si associano spesso a morbilità fisica e psicologica e hanno un'elevata percentuale di fallimento terapeutico.

La vaccinazione ha come target primario le ragazze e i ragazzi nel dodicesimo anno di vita (ma eseguibile a partire dai 9 anni) e successivamente sarà utilizzata ogni altra utile occasione per offrire la vaccinazione.

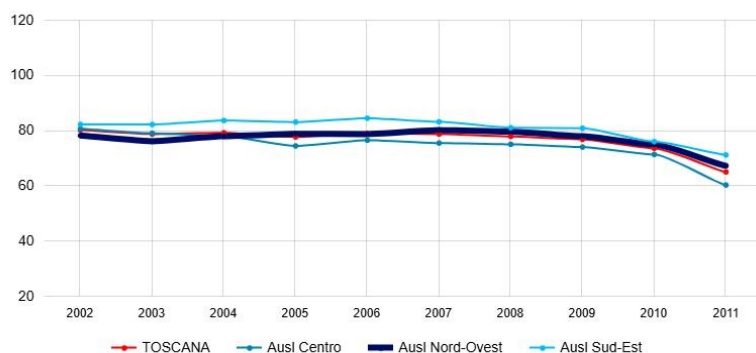
In Toscana è offerta gratuitamente ai maschi dagli 11 ai 18 anni (a partire dai nati nel 2006) e alle femmine dagli 11 ai 26 anni.

In occasione della chiamata al primo screening per la citologia cervicale (Pap-Test) all'età di 25 anni, sarà effettuata la verifica dello stato vaccinale e l'eventuale recupero delle ragazze non vaccinate nell'infanzia, con offerta gratuita secondo le indicazioni del PNPV 2023-2025.

P05C - Copertura vaccinale per anti-HPV (papilloma virus umano, ciclo di base, solo femmine)

Rapporto (x 100) - Femmine

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



L'anno fa riferimento alla coorte di nascita. I cicli sono al 31/12/2021



La vaccinazione è gratuita e raccomandata anche per ai soggetti a rischio individuati dal Calendario Regionale vaccinale (donne operate per lesioni correlate ad infezioni da HPV, uomini che fanno sesso con uomini, soggetti con infezione da HIV).

Secondo l'OMS, entro il 2030 dovranno essere raggiunti i seguenti obiettivi: il 90% delle ragazze entro i 15 anni di età completamente vaccinate con il vaccino anti-HPV; il 70% delle donne sottoposte a screening utilizzando un test ad alta performance a 35 anni, che deve essere ripetuto entro i 45 anni; il 90% delle donne identificate con malattia cervicale trattate o comunque prese in carico. Per realizzare questi obiettivi è necessario aumentare il livello di conoscenza della patologia e la consapevolezza sull'importanza della prevenzione primaria (vaccinazione) e secondaria (screening).

Le coperture vaccinali presentate nel grafico sono quelle riferite alle sole femmine (rappresentate per coorte di nascita, i cicli sono al 31/12/2021) che hanno effettuato il ciclo di base che generalmente prevede 2 dosi somministrate a distanza di 6-12 mesi l'una dall'altra.

La copertura vaccinale non ha mai raggiunto il valore previsto del 95% e negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva diminuzione sino al valore minimo di 67,46% nella coorte di nascita 2011 per l'Ausl Nord Ovest e del 65,23% come media regionale.

7.3.4 Anti-influenzale

L'influenza è una malattia respiratoria acuta causata da virus influenzali che circolano in tutto il mondo. Nei climi temperati, come in Italia, le epidemie stagionali si verificano principalmente durante l'inverno, mentre nelle regioni tropicali l'influenza può verificarsi durante tutto l'anno, causando epidemie in modo più irregolare.

In tutto il mondo, si stima che queste epidemie annuali causino da 3 a 5 milioni di casi di malattia grave e da 290.000 a 650.000 decessi per cause respiratorie. Nei paesi industrializzati la maggior parte dei decessi associati all'influenza si verifica tra le persone di età pari o superiore a 65 anni.

I virus influenzali A e B, responsabili di malattia nell'uomo, vanno incontro a frequenti cambiamenti del loro assetto genetico, determinando la comparsa di stipti nuovi dal punto di vista antigenico in grado di aggirare la barriera costituita dall'immunità presente nella popolazione con esperienza pregressa di infezione o vaccinazione (questo spiega l'andamento epidemico/pandemico di questa patologia). L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo ed è tra le poche malattie infettive che di fatto ogni individuo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive.

Le epidemie possono provocare alti livelli di assenteismo in ambito scolastico e lavorativo e perdite di produttività. Gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri per influenza possono aumentare durante i picchi della malattia. Le persone anziane, i bambini più piccoli, le donne in gravidanza e le persone con malattie croniche sono maggiormente soggetti a forme gravi, ma tutta la popolazione può sviluppare gravi complicanze, tra cui polmonite, miocardite ed encefalite, che possono portare al decesso.

Pertanto, si rende necessario intensificare i programmi di vaccinazione e le misure di prevenzione, proteggendo in particolare la salute dei gruppi di popolazione più a rischio attraverso la vaccinazione contro l'influenza stagionale.

La vaccinazione è il principale strumento per prevenire la malattia e le sue complicanze: a causa dell'elevato impatto della malattia sulla popolazione, il Sistema di sorveglianza dell'influenza realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità aggiorna ogni anno la composizione del vaccino, adottando inoltre un monitoraggio costante in grado di segnalare rapidamente i virus influenzali con potenziale pandemico.

In Toscana la vaccinazione anti-influenzale è offerta gratuitamente agli anziani, ai bambini ed a tutte le persone che rientrano in una delle categorie a rischio per le complicanze della malattia. (individuate dalla Circolare del Ministero della Salute-Prevenzione e controllo dell'influenza- emanata ogni anno).

Nella stagione 2024-2025 le sindromi simil-influenzali (attribuibili a diversi virus respiratori e non solo ai virus dell'influenza) hanno colpito il 27,7% degli italiani (25,3% nella scorsa stagione), per un totale di circa 16.138.000 casi dall'inizio della stagione (14.637.000 nella scorsa stagione).

Come di consueto la sindrome simil-influenzale ha colpito maggiormente la popolazione suscettibile appartenente soprattutto alle classi di età pediatrica. L'incidenza cumulativa decresce all'aumentare dell'età ed è pari a 65,0% nella classe 0-4 anni, a 31,5% nella classe 5-14 anni, a 28,2% nei giovani adulti della classe 15-64 anni e raggiunge negli anziani un'incidenza pari al 16,3%.

Le CV presentate sono quelle riferite alla popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni (valori soglia $\geq 75\%$ come obiettivo minimo perseguibile e $\geq 95\%$ come obiettivo ottimale).

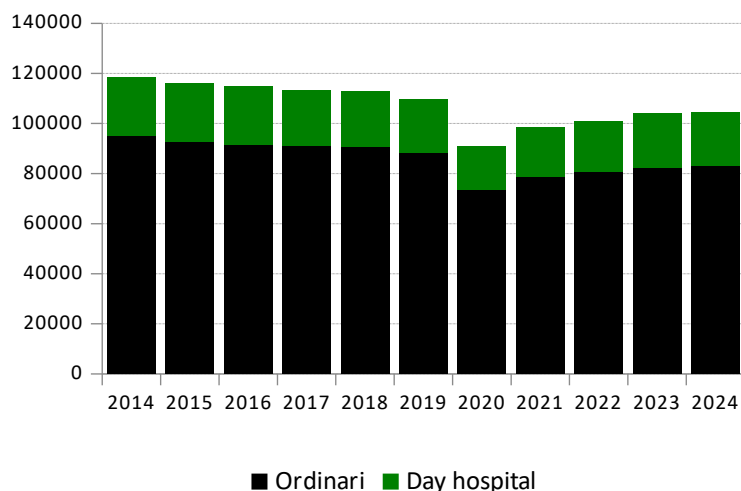
Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un progressivo aumento della copertura (nel 2014 brusco calo dovuto al "caso Fluad" fino ad un minimo di 48,5% NO e 50,6% media regionale) che ha portato al raggiungimento, nella Ausl Toscana Nord Ovest, del 60,74% nell'anno 2020 (inferiore rispetto alle altre Ausl e alla media regionale del 65,5%). Nel periodo pandemico la copertura per la vaccinazione antinfluenzale, in analogia alle altre già trattate, ha subito una notevole diminuzione (53,9% nell'anno 2021 e a livello regionale 58,56% nel 2021 e 58,9% nel 2022). Durante l'anno 2023 si è assistito ad un lieve calo sia a livello dell'Azienda NO (52,6%) che a livello regionale (58,1%).

Capitolo 8 – Ospedale, i volumi di attività

8.1- Volumi dell'attività ospedaliera

Volume dei ricoveri ordinari e day hospital (escluso neonato sano)

Numero - Anno 2024 - Totale AUSL Nord Ovest
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

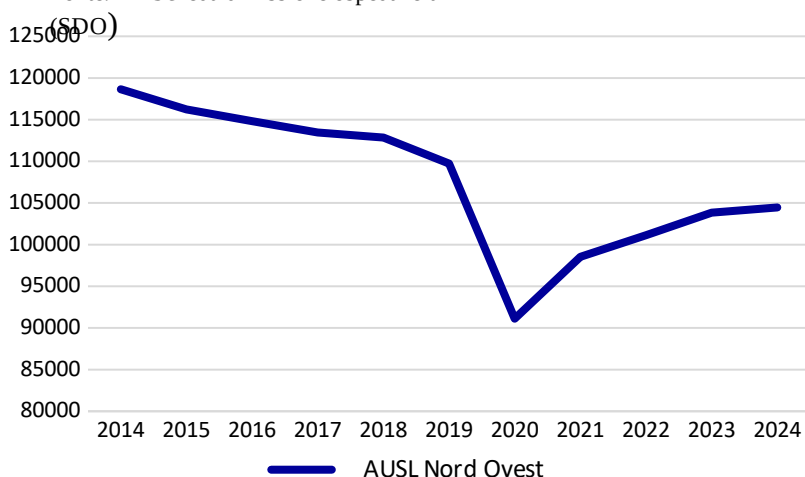


L'osservazione longitudinale dei volumi di ricovero dell'attività erogata nell'ASL Toscana Nord Ovest, rappresentata in questi grafici, consente di tracciare l'evoluzione dell'attività ospedaliera.

Si può notare come la marcata riduzione dei volumi di ricovero registrata nel corso della pandemia da covid-19, si inserisca su un andamento generale in diminuzione dell'ospedalizzazione nell'ultimo decennio. Anche il trend in aumento osservato nel periodo post-pandemico subisce negli ultimi anni un progressivo rallentamento (l'incremento percentuale anno su anno passa infatti dal +2,7% del 2023 al +0,6 del 2024), senza raggiungere ancora i livelli del 2019.

Volume totale dei ricoveri (escluso neonato sano)

Numero - Anno 2024 - Totale
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



La seguente tabella mostra per l'anno 2024 la distribuzione dei dati di ricovero per ASL di erogazione, suddividendo i volumi per regime di ricovero e per tipologia di DRG; la stessa tabella riporta inoltre nel dettaglio i volumi riferiti alle diverse strutture dell'ASL Nord Ovest.

Si evidenzia che l'ASL Nord Ovest ha erogato il 21,5% dei ricoveri complessivi della regione; nello specifico la proporzione di ricoveri in regime di Day-Hospital è del 20,3%, inferiore rispetto al dato medio regionale (24,1%), ma superiore al dato delle altre Aziende USL (inferiore al 19%).

Per quanto riguarda la tipologia di DRG (medico e chirurgico), si osserva che nella ASL Nord Ovest i ricoveri chirurgici sono stati in percentuale il 47% rispetto al totale dei ricoveri, valore inferiore alla media regionale ma intermedio nel confronto con le altre ASL.

Volume dei ricoveri (ordinari, DH e per tipo DRG) escluso neonato sano					
Numero - Anno 2024 - Totale					
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)					
Luogo	Ricoveri	Ordinari	Day hospital	DRG chirurgici	DRG medici
REGIONE TOSCANA	485.383	368.596	116.787	240.996	244.387
AUSL CENTRO	127.615	104.485	23.130	58.766	68.849
AUSL SUD EST	77.131	62.515	14.616	38.688	38.443
AUSL NORD OVEST	104.472	83.213	21.259	49.060	55.412
Riuniti Livorno	18.244	14.490	3.754	9.276	8.968
Ospedale Unico Versilia	16.363	13.130	3.233	6.902	9.461
SS. Giacomo e Cristoforo Massa*	15.649	13.035	2.614	8.046	7.603
Ospedale San Luca	14.349	11.267	3.082	6.406	7.943
F.Lotti Pontedera (PI)	9.197	7.594	1.603	4.318	4.879
Civile Cecina (LI)*	5.831	4.740	1.091	2.490	3.341
Fondazione Stella Maris Pisa*	4.458	1.257	3.201	4	4.454
Civile Piombino (LI)	4.253	3.407	846	2.096	2.157
Ospedale Pediatrico Apuano	3.072	2.775	297	2.457	615
Istituto di Fisiologia Clinica (I.F.C.)	3.083	2.480	603	1.837	1.246
S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)	2.480	1.896	584	1.320	1.160
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	2.031	1.825	206	951	1.080
Civile Elbano Portoferraio (LI)	2.159	1.875	284	354	1.805
S. Maria Maddalena Volterra (PI)	2.105	1.347	758	1.198	907
San Camillo*	1.977	1.604	373	1.833	144
S. Francesco Barga (LU)	1.839	1.574	265	383	1.456
M.D. Barbantini – Lucca*	1.708	1.219	489	1.539	169
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	1.569	1.141	428	578	991
Civile Carrara (MS)*	930	2	928	259	671
Santa Zita*	885	242	643	880	5
Presidio di riabilitazione cardiologica	885	876	9	0	885
Centro S. Maria Alla Pineta - F. Don Gnocchi*	591	591			591
Ville di Nozzano*	558	310	248		558
Spdc aziendale ex-Usl 5	365	365	0	0	365
Villa Tirrena*	245	187	58	169	76
M.D. Barbantini – Viareggio*	78	78			78
Suore Dell'addolorata*	1		1	1	

* dato relativo al 2023

8.2- Durata media della degenza dei ricoveri in regime ordinario

Nelle tabelle sottostante è descritta la durata media della degenza dei ricoveri in regime ordinario per tipologia di DRG. Analogamente all'anno precedente, nel 2024 l'ASL Nord Ovest conferma, nel confronto con le altre Aziende ASL, una maggiore durata media sia per i ricoveri con DRG chirurgici che per quelli con DRG medici.

Durata media della degenza dei ricoveri in regime ordinario per tipo di DRG			
Numero - Anno 2023 - Totale			
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)			
Luogo	Degenza media totale	Degenza medi DRG chirurgici	Degenza media DRG medici
REGIONE TOSCANA	7,10	5,52	8,51
AUSL CENTRO	7,00	5,17	8,24
AUSL SUD EST	6,54	4,37	8,44
AUSL NORD OVEST	7,61	5,21	9,31

Durata media della degenza dei ricoveri in regime ordinario per tipo di DRG			
Numero - Anno 2024 - Totale			
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)			
Luogo	Degenza media totale	Degenza media DRG chirurgici	Degenza media DRG medici
REGIONE TOSCANA	7,06	5,46	8,50
AUSL CENTRO	7,28	5,16	8,71
AUSL SUD EST	6,58	4,33	8,53
AUSL NORD OVEST	7,47	5,13	9,12

8.3- Attrazione ospedaliera

Le successive tabelle descrivono i ricoveri in attrazione delle strutture di AREA VASTA distinguendoli per peso DRG.

Attrazione ospedaliera (DRG di peso alto)					
Rapporto (x 100) - Anno 2024 – Totale					
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)					
Luogo di ricovero	% residenti nella zona	% residenti fuori zona (in AV)	% residenti fuori Area Vasta	% residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	44,72	33,80	7,69	13,79	100
AV CENTRO	43,00	36,62	9,44	10,94	100
AV SUD EST	43,45	27,72	4,83	23,99	100
AV NORD OVEST	47,63	34,49	7,51	10,38	100
Alta Val di Cecina - Val d'Era	73,80	15,60	8,55	2,05	100
Apuane	60,60	26,74	3,16	9,50	100
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	74,28	18,52	3,76	3,44	100
Elba	84,04	0	6,38	9,57	100
Livornese	60,19	30,28	2,45	7,09	100
Lunigiana	73,12	12,37	1,34	13,17	100
Piana di Lucca	65,60	23,59	2,60	8,20	100
Pisana	26,68	48,01	12,54	12,77	100
Valle del Serchio	90,10	6,90	0,27	2,65	100
Versilia	61,21	20,87	2,99	14,92	100

Per quanto riguarda i ricoveri con DRG di alto peso, l'Area Vasta Nord Ovest si mostra meno attrattiva per i residenti fuori regione rispetto alla percentuale regionale, che peraltro risente di una evidente alta attrattività della Area Vasta Sud Est. Tra le strutture dell'AVNO spicca il maggior contributo della Zona Pisana (su cui insiste l'Azienda Ospedaliera Universitaria), in particolare per i residenti fuori Area Vasta, e delle Zone Versilia e Lunigiana per i cittadini con residenza fuori regione.

Attrazione ospedaliera (DRG di peso medio)					
Rapporto (x 100) - Anno 2024 – Totale					
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)					
Luogo di ricovero	% residenti nella zona	% residenti fuori zona (in AV)	% residenti fuori Area Vasta	% residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	53,78	28,75	7,47	10,00	100
AV CENTRO	48,61	34,02	8,73	8,64	100
AV SUD EST	59,61	24,02	6,11	10,26	100
AV NORD OVEST	56,79	24,94	6,70	11,58	100
Alta Val di Cecina - Val d'Era	71,93	17,26	7,81	3,00	100
Apuane	64,65	21,54	1,93	11,89	100
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	82,84	10,45	3,33	3,38	100
Elba	87,31	1,83	1,94	8,92	100
Livornese	72,12	21,77	2,53	3,59	100
Lunigiana	66,65	20,71	0,85	11,78	100
Piana di Lucca	68,01	22,21	5,20	4,57	100
Pisana	31,35	35,52	12,14	20,99	100
Valle del Serchio	75,30	21,24	1,19	2,27	100
Versilia	76,34	15,40	2,28	5,98	100

Nei ricoveri con DRG a peso medio, l'AVNO risulta essere più attrattiva per i residenti fuori regione rispetto al dato medio regionale. Tra le strutture si evidenzia il maggior contributo della Zona Pisana, con un valore doppio rispetto a quello regionale, e un certo apporto della Zona Apuane e della Lunigiana.

Attrazione ospedaliera (DRG di peso basso)					
Rapporto (x 100) - Anno 2024 – Totale					
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)					
Luogo di ricovero	% residenti nella zona	% residenti fuori zona (in AV)	% residenti fuori Area Vasta	% residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	54,73	29,71	6,59	8,98	100
AV CENTRO	45,82	37,29	7,90	8,99	100
AV SUD EST	59,71	24,21	5,55	10,52	100
AV NORD OVEST	63,39	23,19	5,53	7,89	100
Alta Val di Cecina - Val d'Era	69,40	19,84	8,09	2,67	100
Apuane	57,49	19,70	1,62	21,18	100
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	79,70	12,74	3,59	3,97	100
Elba	89,89	1,15	2,07	6,90	100
Livornese	80,48	15,55	1,21	2,76	100
Lunigiana	38,52	34,35	0,19	26,95	100
Piana di Lucca	69,59	16,64	9,03	4,74	100
Pisana	43,36	38,99	10,28	7,38	100
Valle del Serchio	75,94	21,10	1,88	1,08	100
Versilia	69,31	20,68	1,97	8,05	100

Per i ricoveri con DRG a basso peso si rileva per l'AVNO una percentuale di attrazione leggermente inferiore al dato regionale; le zone con una più alta percentuale di attrazione per i residenti fuori regione sono le Apuane e Lunigiana.

CAPITOLO 9 – Ospedale, indicatori di esito

Di seguito è rappresentato l'andamento di alcuni indicatori di esito aggiornati al 2024 raggruppati per area specialistica.

AREA MEDICA

BPCO, rischio di riammissione a 30g- residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	541	9,94	9,94	0,92	1,08
AUSL CENTRO	214	9,25	9,60	0,83	1,10
AUSL NORD-OVEST	115	8,25	8,92	0,72	1,07
ex ASL 1 - Massa e Carrara	5	5,95	6,30	-0,06	1,33
ex ASL 2 - Lucca	10	4,72	6,18	0,13	1,11
ex ASL 5 - Pisa	37	8,75	8,84	0,59	1,19
ex ASL 6 - Livorno	41	9,17	10,50	0,74	1,37
ex ASL 12 - Viareggio	22	9,65	9,23	0,53	1,33
AUSL SUD-EST	212	12,20	11	0,97	1,25

Indicatore per la continuità assistenziale che valuta l'eshaustività del ricovero, le modalità di dimissione per il rientro a domicilio e la capacità del territorio di presa in carico

Per l'Asl TNO il rischio di riammissione per BPCO appare leggermente migliore rispetto al dato regionale. La tendenza dal 2015 ad oggi appare in miglioramento generale. Per le ex Asl dell'ambito Nord Ovest la migliore situazione è quella della Versilia con il 9,47% dei casi di riammissione, contro quella della zona livornese (14,03%).

Scompenso Cardiaco Congestivo, rischio di morte a 30g - residenza

Indicatore di sistema tracciante del percorso di cura territoriale ed ospedaliero che esplora tutte le dimensioni della qualità delle cure nella cronicità. La presa in carico territoriale, l'accessibilità agli accertamenti di secondo livello, il percorso di cura ospedaliero e la sua capacità di effettuare un'adeguata continuità delle cure attraverso la dimissione programmata e supportata.

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	579	13,26	13,26	0,92	1,08
AUSL CENTRO	288	13,53	13,63	0,91	1,15
AUSL NORD-OVEST	149	13,13	13,02	0,82	1,14
ex ASL 1 - Massa e Carrara	20	11,11	11	0,43	1,23
ex ASL 2 - Lucca	40	13,99	14,17	0,75	1,39
ex ASL 5 - Pisa	49	13,88	13,49	0,74	1,30
ex ASL 6 - Livorno	31	14,03	14,02	0,70	1,42
ex ASL 12 - Viareggio	9	9,47	9,44	0,16	1,26
AUSL SUD-EST	142	12,85	12,78	0,80	1,13

Per la nostra ASL TNO la situazione relativa al rischio di morte è decisamente la migliore a livello regionale con un rischio grezzo dell'1,69% in meno rispetto al dato toscano.

Dato che risulta in flessione del 3,41% dal 2015 al 2024. La migliore casistica appare quella di Lucca, seguita da Massa-Carrara.

Polmonite, rischio di morte a 30g- residenza

Indicatore di sistema che traccia la qualità delle cure nelle polmonite nelle dimensioni di appropriatezza delle cure, competenza e tempestività del trattamento (setting: reparto di degenza).

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	1.080	13,79	13,79	0,94	1,06
AUSL CENTRO	475	14	14,18	0,94	1,12
AUSL NORD-OVEST	349	14,55	14,49	0,94	1,16
ex ASL 1 - Massa e Carrara	27	13,85	14,81	0,68	1,47
ex ASL 2 - Lucca	93	18,83	17,57	1,04	1,50
ex ASL 5 - Pisa	113	13,44	13,06	0,77	1,13
ex ASL 6 - Livorno	81	14,21	14,89	0,85	1,31
ex ASL 12 - Viareggio	35	11,71	12,18	0,57	1,19
AUSL SUD-EST	256	12,53	12,33	0,78	1,01

Tendenza migliorativa dell'ASL TNO che va ad allinearsi col tempo alla situazione regionale. Il gap è stato in parte colmato tenendo conto del dato 2015 con il 17,16% di casi al 14,55 attuale. Fra le ex ASL va segnalata la peggiore performance di Lucca (18,83%) e la migliore della Versilia (11,71%).

Polmonite, rischio di riammissione a 30g- residenza

Indicatore per la continuità assistenziale che valuta l'eshaustività del ricovero, le modalità di dimissione per il rientro a domicilio e la capacità del territorio di presa in carico.

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	863	12,32	12,32	0,93	1,07
AUSL CENTRO	332	10,95	11,02	0,79	1,00
AUSL NORD-OVEST	268	12,71	12,67	0,91	1,15
ex ASL 1 - Massa e Carrara	16	9,47	9,68	0,35	1,22
ex ASL 2 - Lucca	62	14,66	14,41	0,90	1,44
ex ASL 5 - Pisa	100	13,35	13,22	0,87	1,28
ex ASL 6 - Livorno	55	10,91	11,05	0,65	1,15
ex ASL 12 - Viareggio	35	13,31	13,20	0,73	1,41
AUSL SUD-EST	263	14,10	14,02	1,01	1,27

Se si eccettua il 2021 (post covid) per l'ASL TNO si configura un allineamento al dato medio ancor più accentuato rispetto al precedente indicatore, con un passaggio dal 17,09% del 2015 all'attuale 12,71% dei casi di riammissione entro 30 giorni. Per questo indicatore brilla la ex Asl Massa Carrara, mentre la peggiore è quella di Lucca.

Per le patologie **infarto miocardico acuto** ed **ictus ischemico**, rientranti nelle patologie tempo dipendenti, sono di seguito riportati gli indicatori che descrivono il rischio di morte a 30 giorni ed il rischio di riammissione a 30 giorni dall'evento. Per entrambe le patologie il rischio di morte a 30 giorni dall'evento è un indicatore che valuta la qualità delle cure in termini di appropriatezza, competenza e tempestività di trattamento. L'indicatore rischio di riammissione a 30 giorni dall'evento iniziale, descrive invece la continuità assistenziale in termini di esaustività del ricovero, modalità di dimissione e capacità di presa in carico delle strutture territoriali.

IMA, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	270	5,56	5,56	0,88	1,12
AUSL CENTRO	113	5,87	5,57	0,82	1,19
AUSL NORD-OVEST	110	5,73	5,90	0,87	1,26
ex ASL 1 - Massa e Carrara	19	5,60	5,84	0,59	1,51
ex ASL 2 - Lucca	9	2,68	2,92	0,05	1,00
ex ASL 5 - Pisa	29	5,85	6,25	0,74	1,51
ex ASL 6 - Livorno	35	7,11	7	0,89	1,63
ex ASL 12 - Viareggio	18	7,03	6,78	0,71	1,73
AUSL SUD-EST	47	4,63	4,85	0,61	1,14

La tendenza in generale è quella al miglioramento, e questo vale anche la nostra ASL, col passaggio dall'iniziale 8,39% al 5,73% dei casi infausti.

Per le ex ASL il dato migliore è quello di Lucca (2,68%), il peggiore quello di Livorno (7,11%).

IMA, rischio di riammissione a 30g- residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	243	5,95	5,95	0,87	1,13
AUSL CENTRO	127	7,44	7,14	1,01	1,39
AUSL NORD-OVEST	71	4,77	4,93	0,62	1,04
ex ASL 1 - Massa e Carrara	12	5,11	5,59	0,39	1,49
ex ASL 2 - Lucca	13	4,73	5,03	0,35	1,34
ex ASL 5 - Pisa	18	4,31	4,42	0,34	1,14
ex ASL 6 - Livorno	20	5,28	5,25	0,47	1,29
ex ASL 12 - Viareggio	8	4,37	4,50	0,15	1,36
AUSL SUD-EST	45	5,07	5,20	0,60	1,15

Tendenza ancor più accentuata per questo indicatore rispetto al precedente. Ciò vale ancor più per la ASL TNO che è decisamente la migliore con il 4,77% dei casi riammissione, recuperando il 4,8% nel periodo dal 2015 ad oggi. Restano sotto la media aziendale i territori dell'ex Asl di Pisa, della Versilia e di Lucca.

Ictus ischemico, rischio di morte a 30g- residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	249	7,33	7,33	0,88	1,12
AUSL CENTRO	104	7,35	7,47	0,82	1,21
AUSL NORD-OVEST	86	7,58	7,41	0,80	1,22
ex ASL 1 - Massa e Carrara	24	10,26	9	0,78	1,67
ex ASL 2 - Lucca	7	4,70	5,37	0,10	1,37
ex ASL 5 - Pisa	17	5,69	5,45	0,33	1,15
ex ASL 6 - Livorno	26	8,47	8,60	0,76	1,59
ex ASL 12 - Viareggio	12	8,28	7,99	0,50	1,68
AUSL SUD-EST	59	6,97	7,01	0,71	1,20

Deciso allineamento dell'ASL TNO ai valori di rischio regionali, dal 10,76% del 2015 al 7,58 del 2024, con una generale tendenza migliorativa. Da osservare il valore di rischio del territorio ex Asl Massa Carrara con valore superiore al dato aziendale del 2,68%. In positivo si noti il dato dell'ex Asl di Lucca (4,70%).

Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	227	6,98	6,98	0,87	1,13
AUSL CENTRO	91	6,74	6,73	0,76	1,17
AUSL NORD-OVEST	77	7,08	7,09	0,79	1,24
ex ASL 1 - Massa e Carrara	16	7,17	7,23	0,54	1,53
ex ASL 2 - Lucca	10	6,94	6,89	0,37	1,60
ex ASL 5 - Pisa	22	7,61	7,56	0,65	1,52
ex ASL 6 - Livorno	23	7,93	7,99	0,71	1,58
ex ASL 12 - Viareggio	6	4,26	4,28	-0,01	1,24
AUSL SUD-EST	59	7,24	7,24	0,78	1,30

Deciso allineamento al dato regionale con valore di rischio poco sotto il dato medio regionale. Superano il dato medio aziendale le ex Asl di Livorno, Pisa, e Massa.

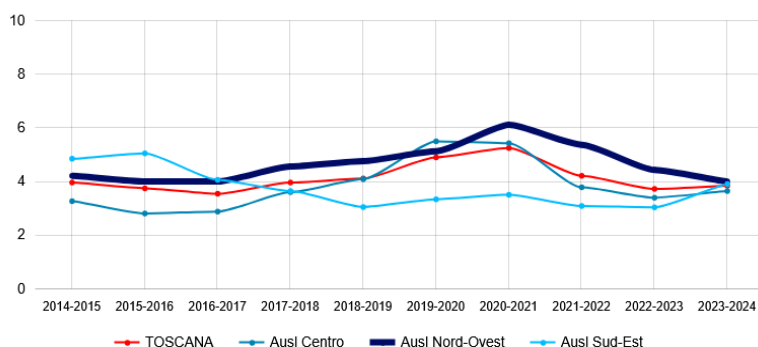
AREA ONCOLOGICA

Per quanto riguarda gli esiti in area oncologica in termini di mortalità a 30 giorni a seguito di intervento sono riportati quelli relativi ai tumori del colon, del pancreas, del polmone, dello stomaco e del retto. L'indicatore traccia la qualità del trattamento in termini di rischio operatorio. Oltre a queste statistiche viene presentata quella relativa al rischio di riammissione a 30 giorni per intervento TM prostata. Il grafico successivo descrive la mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno al colon e mostra l'andamento mediante confronto con il livello regionale.

Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g- residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



Dopo la punta del biennio 2020-2021 si assiste ad una "normalizzazione" del dato e ad un riallineamento al dato regionale da parte delle tre aziende sanitarie, tornando ai livelli di rischio di partenza.

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2023-2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

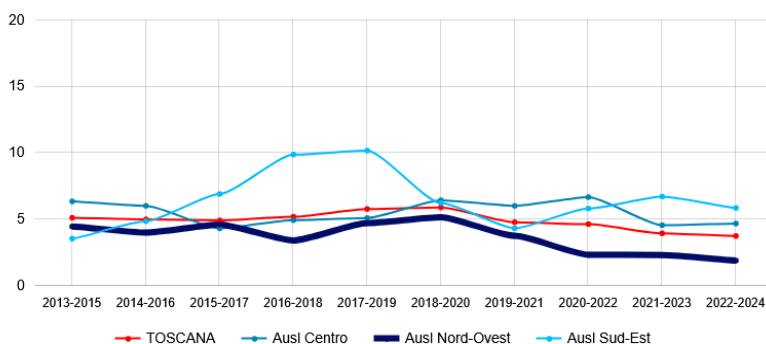
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	123	3,86	3,86	0,82	1,18
AUSL CENTRO	48	3,66	3,68	0,68	1,23
AUSL NORD-OVEST	49	4,02	3,96	0,74	1,31
AUSL SUD-EST	26	3,93	4	0,65	1,43

Il grafico qui a lato rappresenta la casistica relativa all'indicatore, suddivisa per asl regionali.

Intervento per TM del pancreas, rischio di morte a 30g- residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



Si osserva per l'ASL TNO una flessione del rischio persistente ed un trend che accentua la sua importanza negli ultimi quattro trienni.

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2022-2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

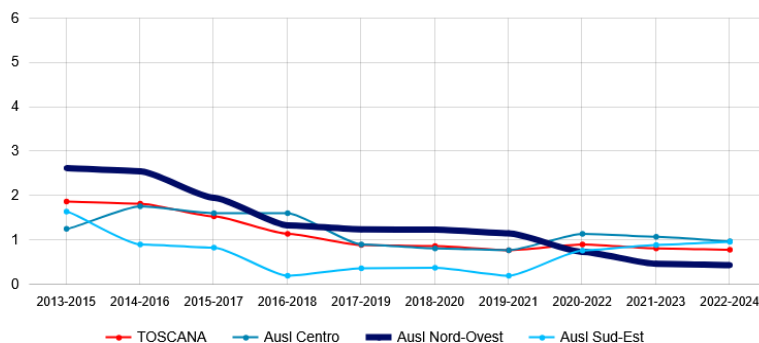
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	24	3,76	3,76	0,60	1,40
AUSL CENTRO	13	4,71	4,67	0,64	1,85
AUSL NORD-OVEST	5	1,92	1,87	-0,12	1,12
ex ASL 1 - Massa e Carrara	1	2,56	2,42	-0,93	2,22
ex ASL 2 - Lucca	0	0	0	-1,66	1,66
ex ASL 5 - Pisa	1	1,30	1,19	-0,79	1,42
ex ASL 6 - Livorno	1	1,69	1,65	-0,86	1,74
ex ASL 12 - Viareggio	2	4,35	4,51	-0,32	2,72
AUSL SUD-EST	6	5,88	6,50	0,68	2,78

Il grafico qui a lato rappresenta la casistica relativa all'indicatore, suddivisa per ex asl e asl regionali.

Intervento per TM del polmone, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



Trend in flessione che per l'ASL TNO passa dal 2,63% nel primo triennio a 0,44% nell'ultimo periodo.

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2022-2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

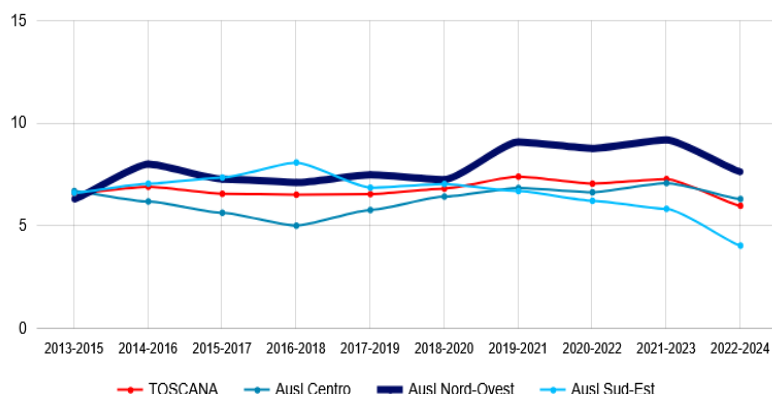
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	21	0,79	0,79	0,57	1,43
AUSL CENTRO	11	0,98	0,96	0,56	1,86
AUSL NORD-OVEST	4	0,44	0,46	-0,17	1,32
ex ASL 1 - Massa e Carrara	0	0	0	-2,23	2,23
ex ASL 2 - Lucca	0	0	0	-1,55	1,55
ex ASL 5 - Pisa	1	0,38	0,44	-0,91	2,02
ex ASL 6 - Livorno	3	1,26	1,27	0,17	3,04
ex ASL 12 - Viareggio	0	0	0	-2,09	2,09
AUSL SUD-EST	6	0,97	0,95	0,33	2,08

Il grafico qui a lato rappresenta la casistica relativa all'indicatore, suddivisa per ex asl e asl regionali.

Intervento per TM dello stomaco, rischio di morte a 30g- residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



E' uno dei pochi indicatori che presenta un trend negativo, in quanto dal primo all'ultimo triennio considerato si passa dal tasso grezzo di 6,34 alla quota di 7,66%.

Il grafico qui a lato rappresenta la casistica relativa all'indicatore, suddivisa per ex asl e asl regionali.

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2022-2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

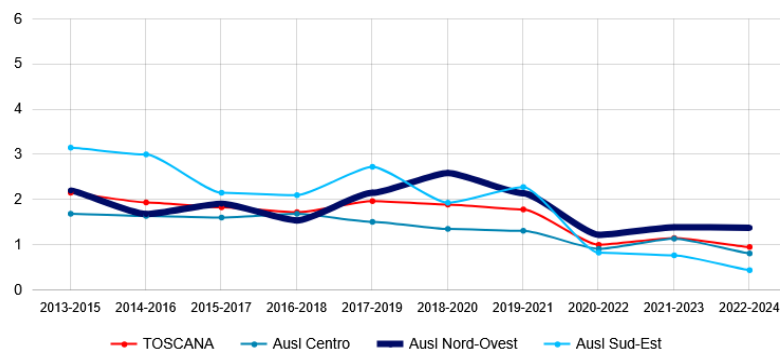
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	58	6	6	0,74	1,26
AUSL CENTRO	26	6,33	6,29	0,66	1,44
AUSL NORD-OVEST	20	7,66	7,83	0,80	1,81
ex ASL 1 - Massa e Carrara	6	13,33	10,73	0,72	2,86
ex ASL 2 - Lucca	1	2,08	1,90	-0,79	1,42
ex ASL 5 - Pisa	8	10,81	13,08	1,16	3,20
ex ASL 6 - Livorno	3	6,12	6,58	-0,09	2,28
ex ASL 12 - Viareggio	2	4,44	5	-0,43	2,10
AUSL SUD-EST	12	4,07	4,03	0,21	1,13

Superano il valore medio aziendale le ex Asl Massa-Carrara (13,33%) e quella pisana (10,81%). Le quote più basse di rischio si riscontrano nella ex Asl lucchese (2,08%) e versiliese (4,44%).

Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30g- residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



In attuale peggioramento i valori per la nostra ASL TNO, visto che il valore supera il dato generale anche se il range primo-ultimo triennio risulta passare dal 2,21% al 1,39% del rischio specifico.

Il grafico qui a lato rappresenta la casistica relativa all'indicatore, suddivisa per ex asl e asl regionali.

Tasso grezzo (x 100) - Periodo 2022-2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	11	0,96	0,96	0,41	1,59
AUSL CENTRO	4	0,82	0,79	-0,06	1,72
AUSL NORD-OVEST	6	1,39	1,40	0,49	2,42
ex ASL 1 - Massa e Carrara	0	0	0	-2,50	2,50
ex ASL 2 - Lucca	1	1,01	1,10	-0,95	3,25
ex ASL 5 - Pisa	0	0	0	-1,90	1,90
ex ASL 6 - Livorno	3	2,86	2,62	0,86	4,59
ex ASL 12 - Viareggio	2	4,35	4,05	1,37	7,07
AUSL SUD-EST	1	0,45	0,47	-0,88	1,87

Intervento per TM della prostata, rischio di riammissione a 30g - residenza

L'indicatore traccia la qualità della procedura chirurgica e dell'assistenza pre e post-operatoria

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	45	3,27	3,27	0,71	1,29
AUSL CENTRO	20	3,19	3,18	0,54	1,41
AUSL NORD-OVEST	19	4,59	4,60	0,88	1,94
ex ASL 1 - Massa e Carrara	1	2,04	2,05	-0,93	2,18
ex ASL 2 - Lucca	3	4,35	4,33	0,02	2,63
ex ASL 5 - Pisa	4	2,86	2,86	-0,04	1,79
ex ASL 6 - Livorno	5	4,95	4,97	0,44	2,60
ex ASL 12 - Viareggio	6	10,91	11,08	1,92	4,87
AUSL SUD-EST	6	1,78	1,78	-0,05	1,14

La nostra ASL TNO presenta il valore di rischio più alto in regione, con un andamento in ascesa in controtendenza con l'appiattimento della curva cui abbiamo assistito nei due anni precedenti.

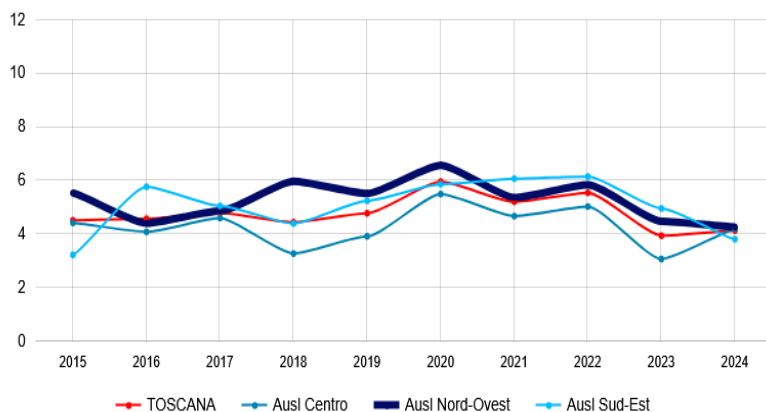
AREA CHIRURGICA

Frattura femore, rischio morte a 30 gg.- residenza

Frattura femore, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



Il seguente grafico descrive l'andamento del rischio di morte dopo 30 giorni dal ricovero per frattura del collo del femore dei residenti. Si tratta di un indicatore che traccia il livello qualitativo della presa in carico del paziente e della tempestività del trattamento rilevando aspetti organizzativi in particolare attinenti all'attività ospedaliera. Come si nota in epoca antecedente il 2019 nel confronto tra le ASL si rileva un andamento disgiunto che diviene successivamente parallelo con netta riduzione dal 2022.

Tasso grezzo (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana

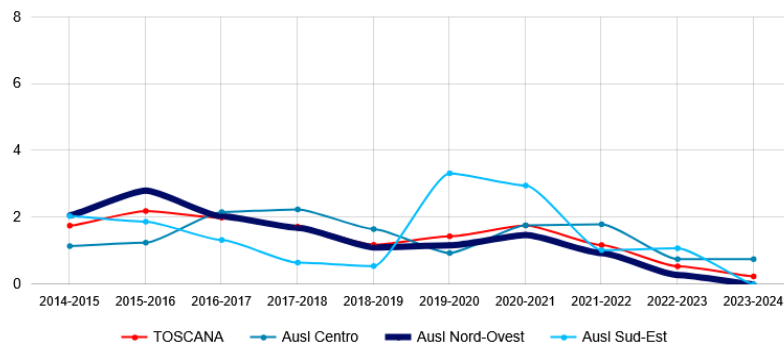
Residenza	Casi	Rischio grezzo	Rischio aggiustato	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	234	4,15	4,15	0,87	1,13
AUSL CENTRO	105	4,21	4,13	0,80	1,19
AUSL NORD-OVEST	84	4,28	4,45	0,85	1,29
ex ASL 1 - Massa e Carrara	8	3,13	3,20	0,16	1,38
ex ASL 2 - Lucca	21	5,44	5,55	0,84	1,83
ex ASL 5 - Pisa	12	2,40	2,74	0,20	1,12
ex ASL 6 - Livorno	28	4,94	4,84	0,77	1,56
ex ASL 12 - Viareggio	15	5,91	6,18	0,87	2,11
AUSL SUD-EST	45	3,82	3,73	0,62	1,18

La statistica relativa alle ex Asl della Nord Ovest rivela che degli 84 casi corrispondenti ad un rischio grezzo di 4,28% superano tale quota soprattutto la Versilia (5,91%) e Lucca (5,44), mentre restano al di sotto della soglia media aziendale del rischio la ex Asl pisana e quella Apuana-Lunigiana.

Bypass AC, rischio di morte a 30g- residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



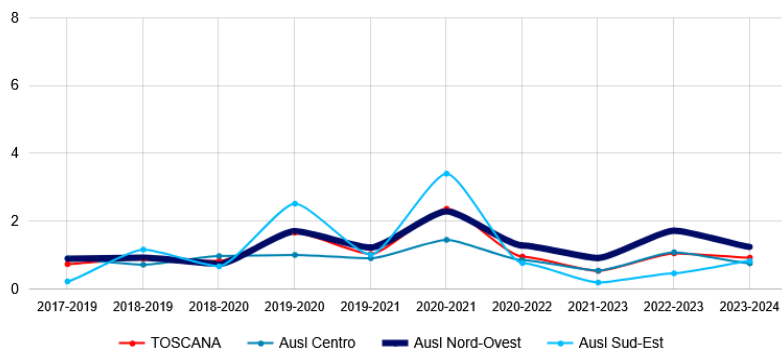
Dal 2,07% allo zero: questo il percorso fatto dall' ASL Tno che nell'ultimo biennio ha ridotto a zero il rischio di morte per bypass aortocoronarico. La tendenza alla flessione è condivisa con ASL Sud Est.

Aneurisma dell'aorta addominale non rotto, rischio di morte a 30g- residenza

L'ultimo indicatore rappresentato è riferito alle strutture di chirurgia vascolare e generale e traccia la qualità del trattamento per aneurisma senza rottura dell'aorta addominale, esplorando specificamente le dimensioni dell'appropriatezza, della competenza dei professionisti a partire dall'atto chirurgico a tutta la fase post-operatoria.

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Anagrafe Assistibili Toscana



Il grafico mostra i dati per triennio ed evidenza, per quanto riguarda l'ATNO, dal 2020 una riduzione del rischio morte a 30 giorni. Come per le altre Asl però non si assiste ad una tendenza decisamente migliorativa e infatti per la nostra azienda per tutti i trienni considerati il rischio si innalza da 0,91% allo 1,26%.

Capitolo 10 – Territorio

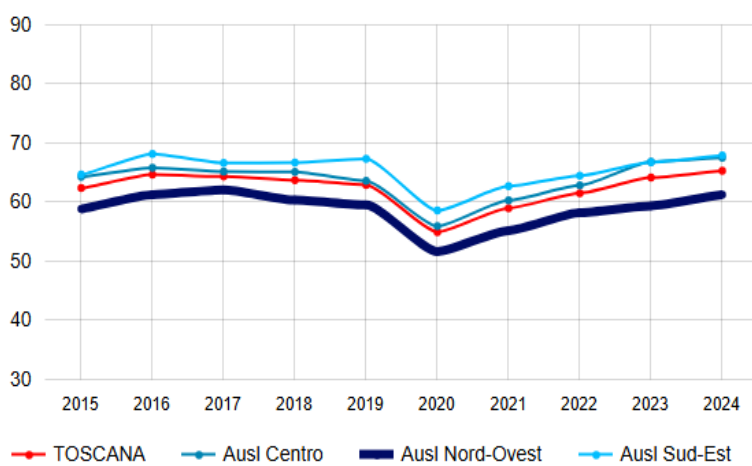
10.1 Volumi dell' attività: alcuni indicatori di performance

DIABETE

10.1.1 Monitoraggio dell'emoglobina glicata

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

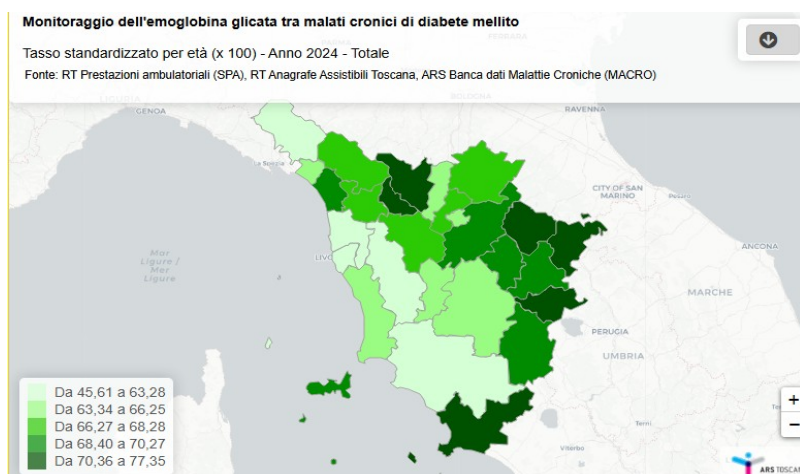


La misurazione dell'emoglobina glicata tra i malati cronici di diabete mellito si effettua attraverso un esame di laboratorio e permette di valutare la quantità media di glucosio nel sangue nei 2-3 mesi precedenti. Nel corso del 2020 il ricorso a questo esame si è notevolmente abbassato ma negli ultimi 3 anni l'indicatore è in progressiva salita. L'andamento in ATNO è analogo a quello delle altre due ASL, anche se la nostra Azienda si posiziona al di sotto del valore regionale.

La Tabella 1 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

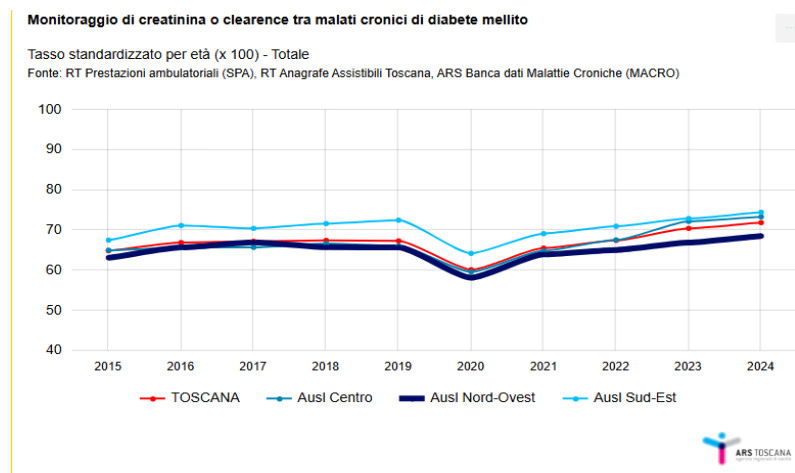
Tabella 1

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	61,67	58,37
2023	64,27	59,53
2024	65,47	61,37



A livello zonale le performance peggiori sono riscontrate nelle Zone Pisana, Alta Val di Cecina e Lunigiana; mentre le più alte sono state: Elba e Versilia.

10.1.2 Monitoraggio della creatinina o clearance

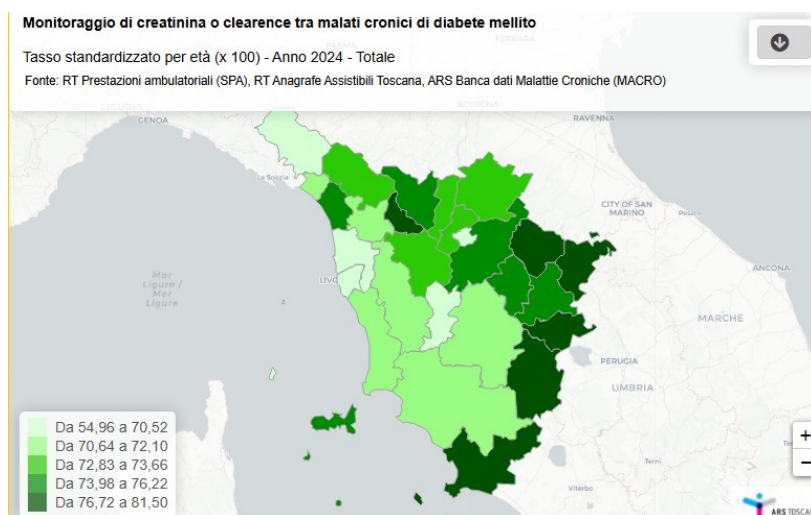


Il monitoraggio della creatinina o clearance tra i pazienti diabetici è un esame di laboratorio che permette di intercettare nelle fasi precoci le malattie renali di cui la popolazione diabetica è a rischio. Anche per questo indicatore è evidente, a livello regionale e aziendale, la flessione nel 2020, con una progressiva salita negli ultimi 3 anni. Il posizionamento dell'ATNO rimane al di sotto del valore regionale.

La Tabella 2 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 2

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	67,49	65,15
2023	70,51	66,98
2024	71,93	68,62

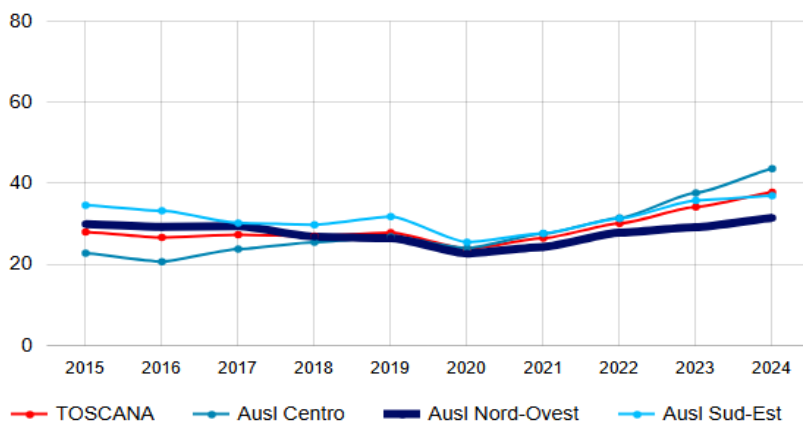


A livello Zonale, valori più bassi sono rilevati nella Zona Pisana, in Lunigiana, e Livorno. Performance migliori all'Elba ed in Versilia.

10.1.3 Monitoraggio della microalbuminuria tra i malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

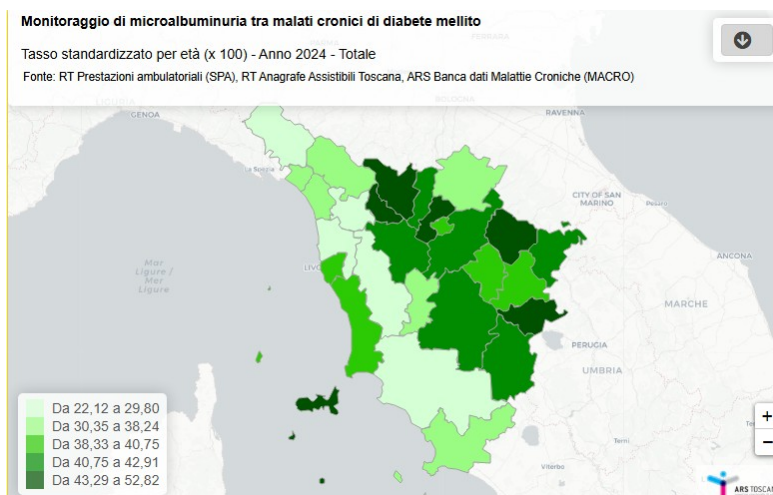


La misurazione della microalbuminuria è un altro esame di laboratorio in cui un campione di urine viene processato per valutare l'eventuale presenza di piccole quantità di albumina nelle urine. Si tratta di un esame per intercettare precocemente le complicanze della malattia diabetica a livello renale ed è quindi un'indagine prevista dai follow-up. Anche per questo esame si è registrato un decremento nel 2020, con un trend in ripresa nell'ultimo triennio. Rispetto al livello regionale, l' ATNO si mantiene al di sotto.

La Tabella 3 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 3

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	30,3	28,01
2023	34,37	29,37
2024	37,95	31,67

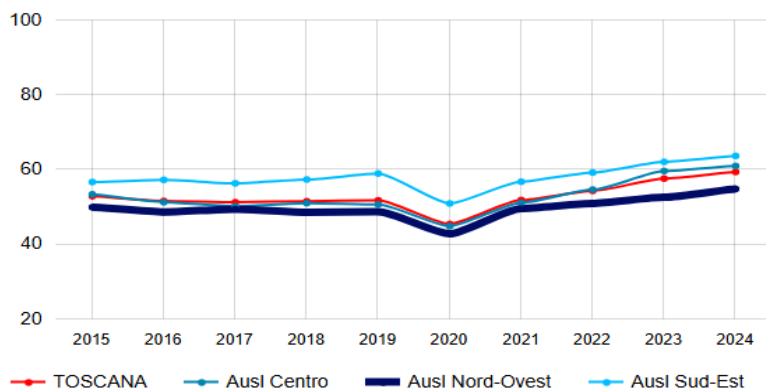


Valori più bassi si riscontrano nella Zona Alta Val di Cecina-Valdera, Lunigiana, Pisana e Piana di Lucca. I valori più alti sono stati registrati all'Elba.

10.1.4 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Anche la misurazione del profilo lipidico nei malati cronici di diabete mellito è un esame di laboratorio che predice l'aumento del rischio vascolare nella popolazione diabetica. Avere informazione sul controllo dei valori di colesterolo permette di intraprendere le azioni per una prescrizione appropriata della terapia e una corretta gestione della stessa.

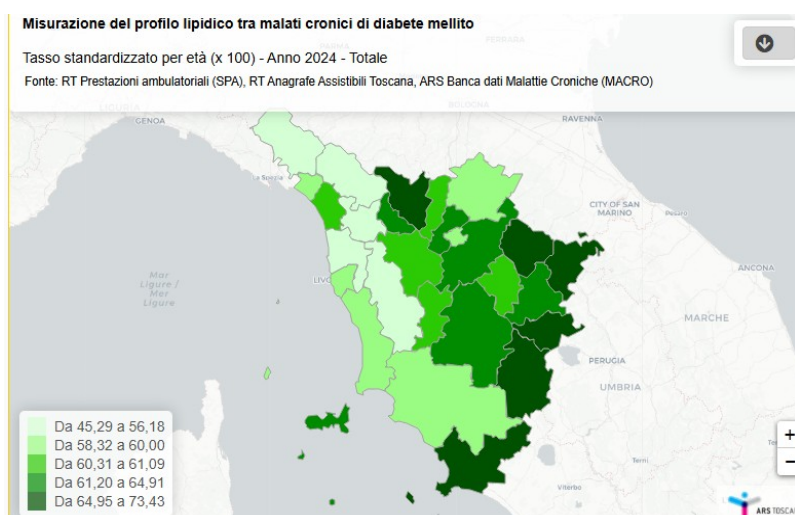
Anche per questo esame si è avuto un'importante riduzione a livello

regionale e aziendale, con una buona ripresa nell'ultimo triennio. Si segnala che la nostra Azienda, pur restando al di sotto del valore regionale, nel 2024 supera l'attività del 2023.

La Tabella 4 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 4

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	54,44	51,05
2023	57,75	52,71
2024	59,48	54,93

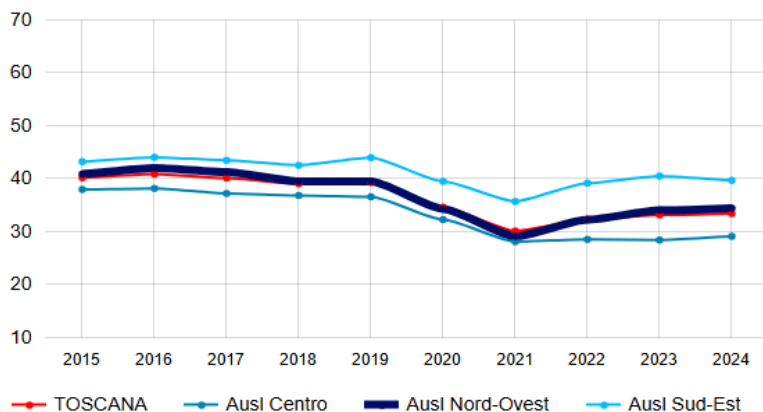


Le Zone più critiche sono: la Pisana, la Piana di Lucca, la Lunigiana, la Valle del Serchio e l'Alta Val di Cecina – Val d'Era. Quelle più virtuose l'Elba e la Versilia.

10.1.5 Visita oculistica in due anni tra i malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



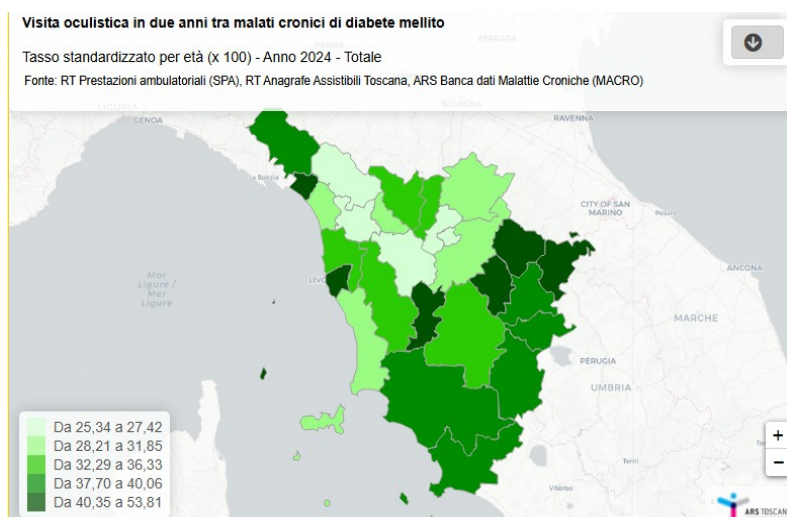
sostanzialmente sovrapponibile a quello regionale.

La retinopatia è una delle complicanze più serie della malattia diabetica e nel mondo occidentale è la principale causa di ipovisione sotto ai 30 anni. Il danno è trattabile in modo più facile nelle prime fasi rispetto a quando si è stabilizzato; per questo motivo è importante che i pazienti affetti da diabete siano sottoposti a visita oculistica con cadenza stabilita. Il trend delle visite oculistiche a livello regionale in 2 anni è pressochè stabile. Nel 2024 l'andamento aziendale è

La Tabella 5 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 5

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	32,4	32,39
2023	33,26	34,14
2024	33,51	34,53

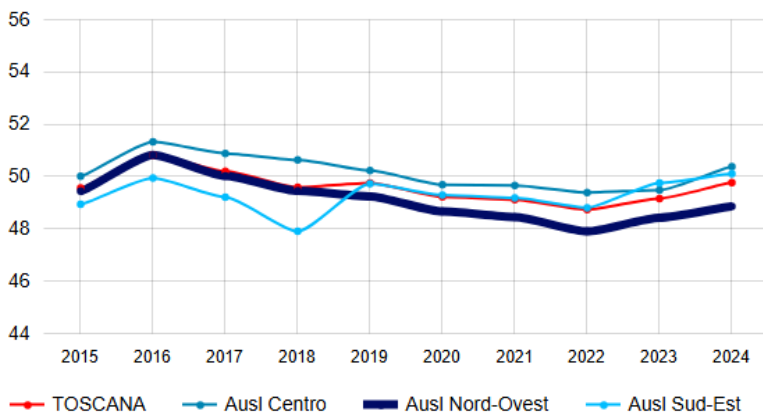


Le Apuane sono la Zona con il valore più alto a livello aziendale seguita dalla Livornese. Valori più bassi sono stati registrati nella Valle del Serchio e Piana di Lucca.

10.1.6 Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina tra i malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

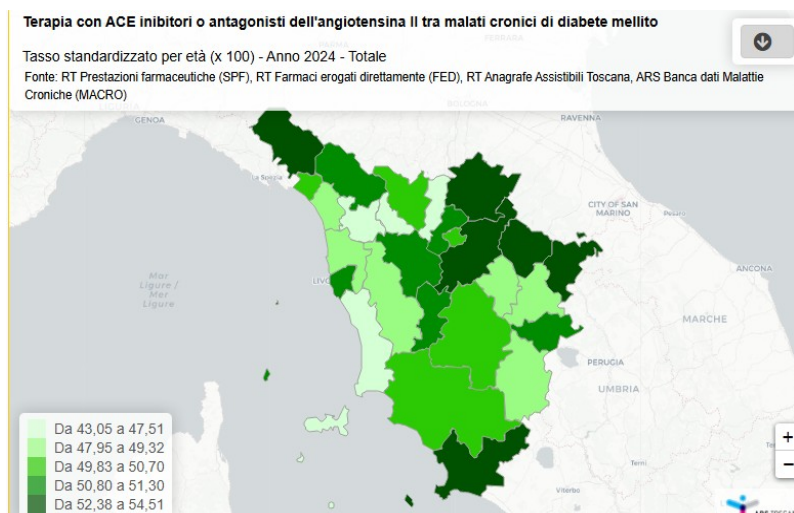


L'indicatore osserva nella popolazione target, almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori e/o antagonisti dell'angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per quanto riguarda gli ACE inibitori e/o gli antagonisti dell'angiotensina per il 2024 il trend risulta pressochè invariato rispetto al 2023, sia a livello regionale sia a livello di ATNO nonostante quest'ultima resti già dal 2018 al di sotto dei valori medi regionali.

La Tabella 6 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 6

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	48,76	47,93
2023	49,19	48,45
2024	49,8	48,88

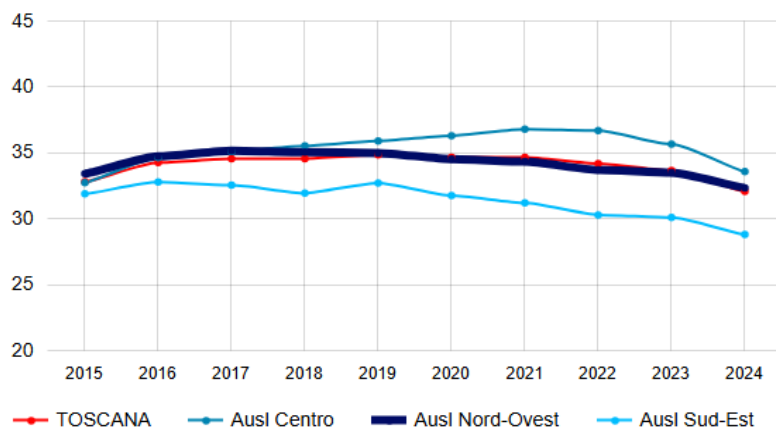


L'Elba, la Piana di Lucca e la Bassa Val di Cecina- Val Di Cornia risultano le Zone con il valore più basso. La Lunigiana, la Livornese e la Valle del Serchio hanno i trend più elevati a livello aziendale.

10.1.7 Terapia con statine tra i malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

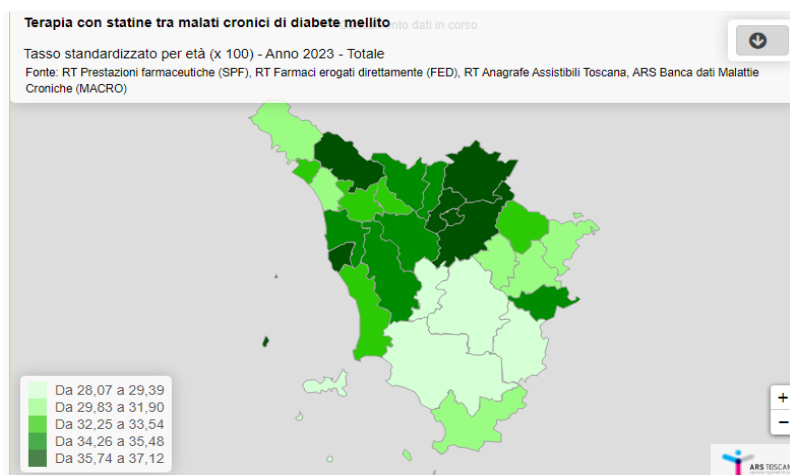


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci statine distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per la terapia con statine sia a livello regionale che aziendale si segnala una lieve diminuzione.

La Tabella 7 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 7

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	34,25	33,76
2023	33,7	33,56
2024	32,13	32,41



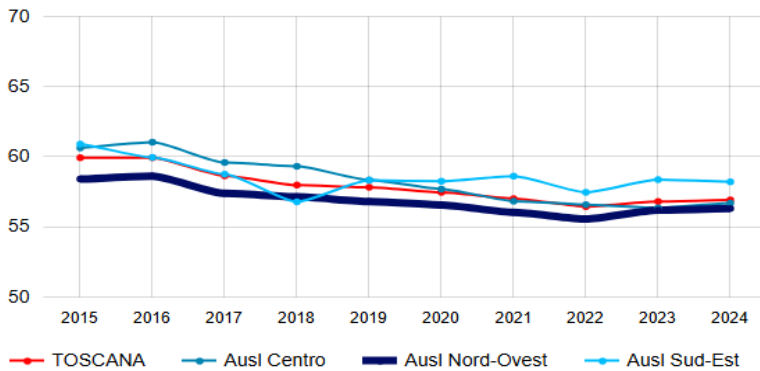
Risultano tra le Zone con maggiori erogazioni la Livornese e la Valle del Serchio; valori più bassi si sono riscontrati all'Elba e in Versilia.

INSUFFICIENZA CARDIACA

10.2 Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II tra i malati cronici di insufficienza cardiaca

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per quanto riguarda la terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II tra i malati cronici di insufficienza cardiaca si osserva un lievissimo incremento sia a livello regionale che aziendale, con ATNO che rimane al di sotto del valore regionale.

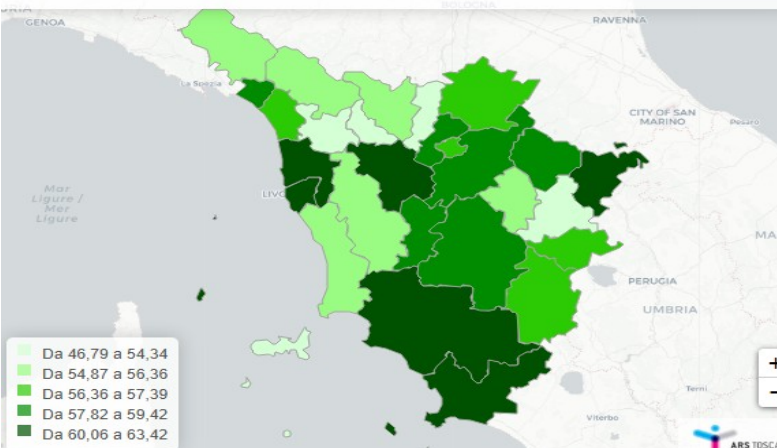
La Tabella 8 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 8

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	56,05	55,61
2023	56,85	56,25
2024	56,97	56,36

Tasso standardizzato per età (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

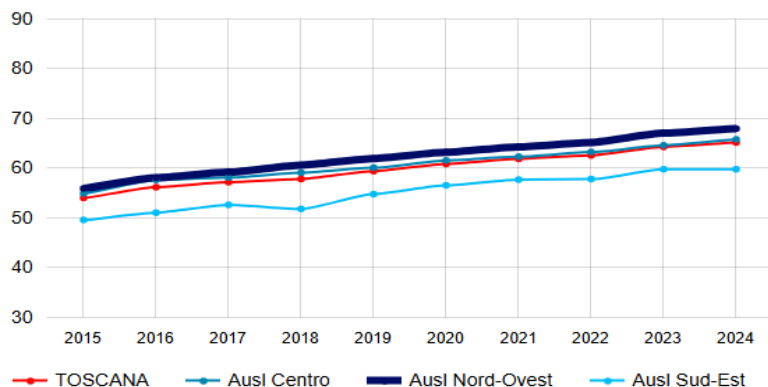


A livello Zonale performance più alte si riscontrano nella Livornese e nella Pisana. Per la Piana di Lucca e l'Elba sono evidenziate performance più basse.

10.2.1 Terapia con beta-bloccanti tra i malati cronici di insufficienza cardiaca

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Operatori (ANAOP), ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

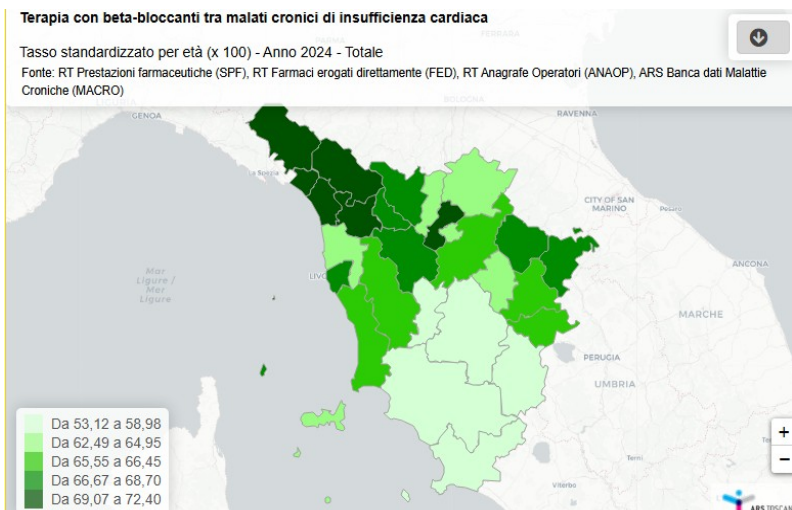


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci beta-bloccanti distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. E' un indicatore che è in crescita costante e progressiva dall'ultimo decennio con ATNO che si mantiene al di sopra del valore medio regionale.

La Tabella 9 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 9

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	62,73	65,35
2023	64,44	67,2
2024	65,28	68,13



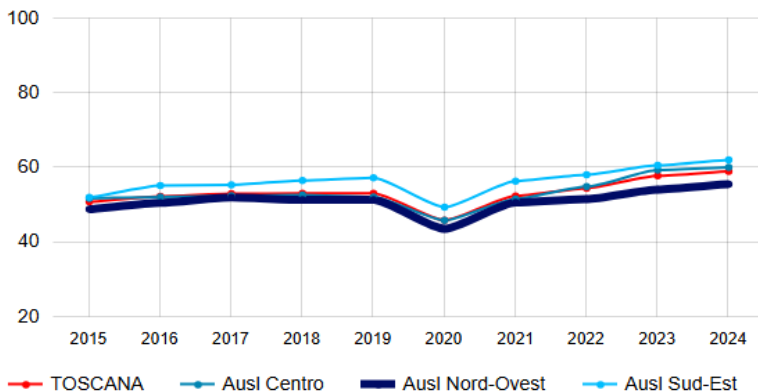
Performance migliori si sono registrate nelle Apuane, Lunigiana, Versilia, Valle del Serchio e Piana di Lucca. Valori più bassi sono stati riscontrati all'Elba e nella Zona Pisana.

IPERTENSIONE

10.3 Monitoraggio della creatinina o clearance tra i malati cronici di ipertensione

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

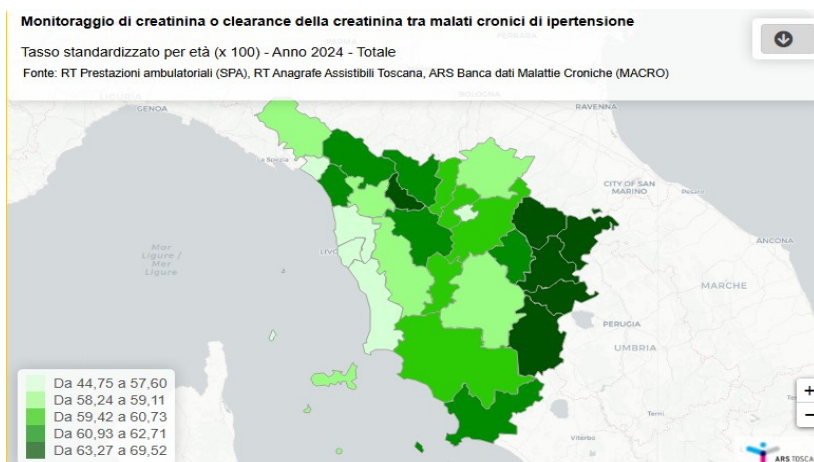


Anche l'ipertensione può essere causa di danno d'organo e complicanze e livello renale. Misurare la creatinina o monitorarne la clearance è importante per conoscere precocemente l'insorgenza di questo problema. E' un monitoraggio che ha subito a livello regionale e aziendale un calo nel corso del 2020, con una buona ripresa negli ultimi 3 anni. ATNO rimane al di sotto del valore regionale.

La Tabella 10 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 10

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	54,62	51,68
2023	57,95	54,26
2024	59,09	55,67

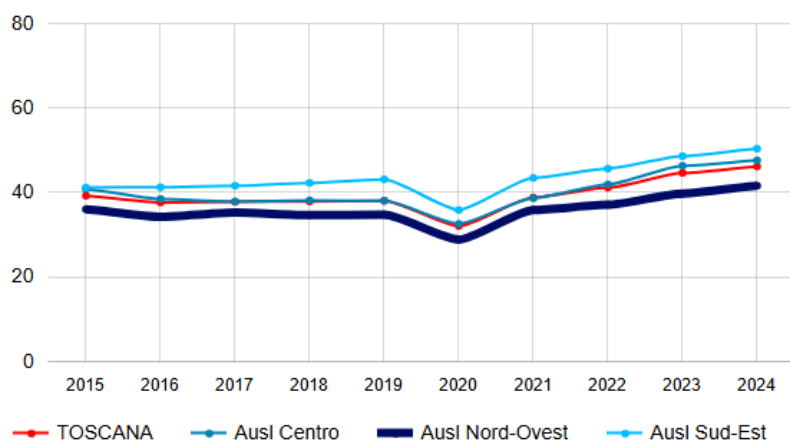


Performance migliori si sono registrate in Valle del Serchio e Versilia. Valori più bassi sono stati riscontrati nella Pisana e Livornese.

10.3.1 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di ipertensione

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Operatori (ANAOP), ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



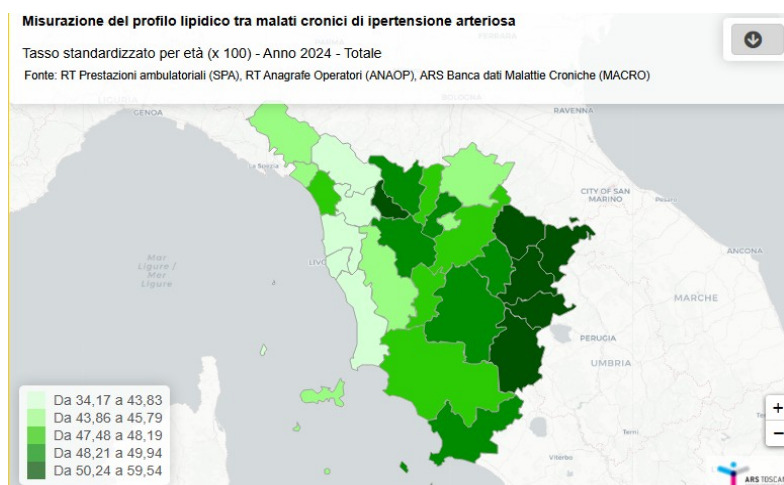
lieve incremento.

Elevati livelli di colesterolo nel sangue e alti valori di pressione arteriosa sono fattori di rischio cardiovascolare e predicono un aumentato rischio di danno d'organo. La misurazione dei valori della lipidemia nei pazienti ipertesi è raccomandato nei periodici follow-up. L'andamento della curva di questo indicatore è uguale nelle tre ASL con un calo nel 2020 seguito negli ultimi anni da una ripresa. La nostra Azienda, pur rimanendo al di sotto del livello regionale, nel 2024 è in

La Tabella 11 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 11

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	41,31	37,25
2023	44,78	39,92
2024	46,35	41,77



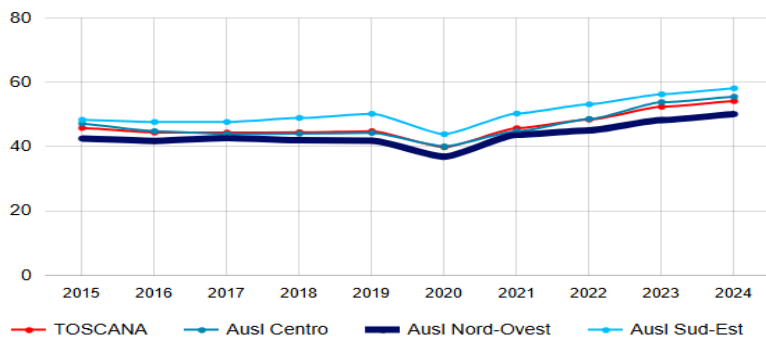
A livello Zonale valori più bassi si riscontrano nella Pisana, nella Piana di Lucca e Livornese. Buoni valori per la Versilia, le Apuane e l'Elba.

CARDIOPATIA ISCHEMICA

10.4 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



Anche per quanto riguarda la misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di cardiopatia ischemica, dopo la flessione del 2020 il trend è stato in ripresa. ATNO rimane al di sotto della media regionale, ma con un'attività più elevata rispetto al 2019.

La Tabella 12 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

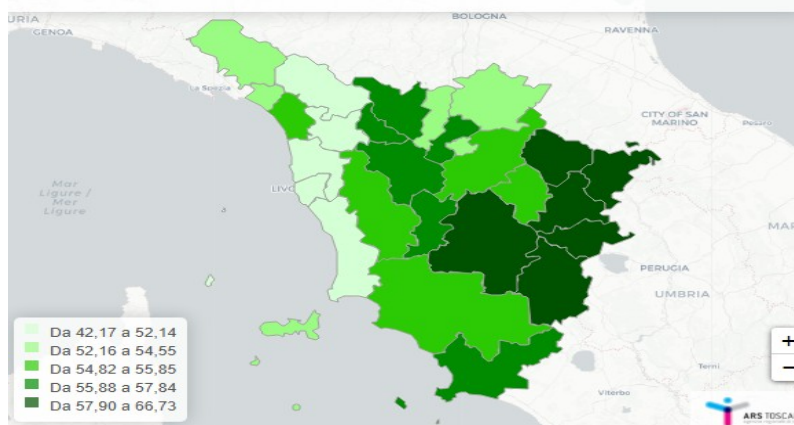
Tabella 12

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	48,58	45,28
2023	52,57	48,45
2024	54,35	50,27

Misurazione del profilo lipidico tra malati cronici di cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100) - Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

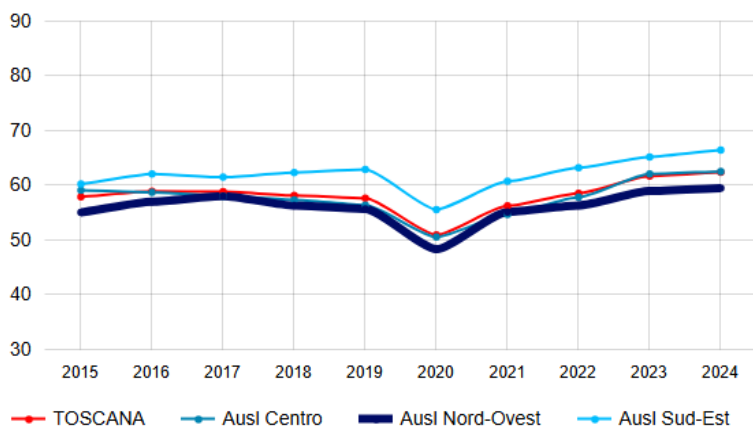


Le Zona Pisana, Piana di Lucca e Bassa Val di Cecina - Val di Cornia hanno i valori più bassi, mentre la Versilia e Alta Val di Cecina - Val d'Era sono le più alte a livello aziendale.

10.4.1 Registrazione della glicemia in CAD tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

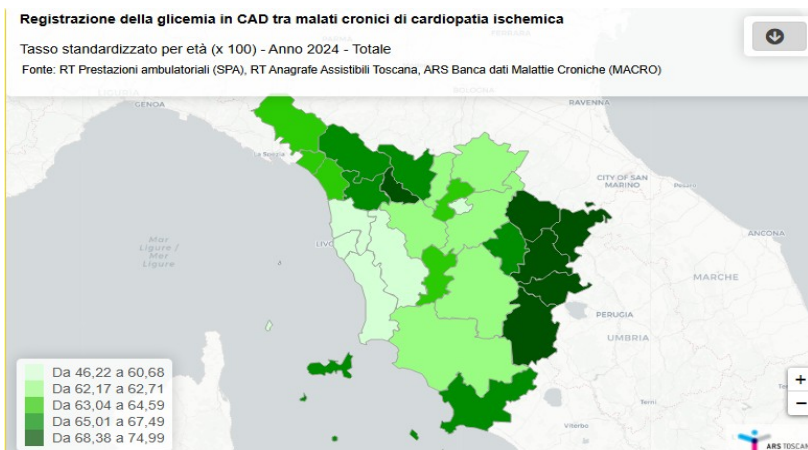
Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



mostra un incremento anche se al di sotto della media regionale.

L'elevato glucosio in assenza di diabete è associato a una maggiore incidenza di coronaropatia indipendentemente da altri fattori di rischio riconosciuti tra cui età, peso, iperlipidemia, insufficienza renale e ipertensione e la sola determinazione della glicemia a digiuno può fornire un'indicazione significativa del rischio di CAD (Coronary Artery Disease). L'esame ha subito una contrazione nel corso del 2020 con una graduale ripresa negli ultimi anni con ATNO che

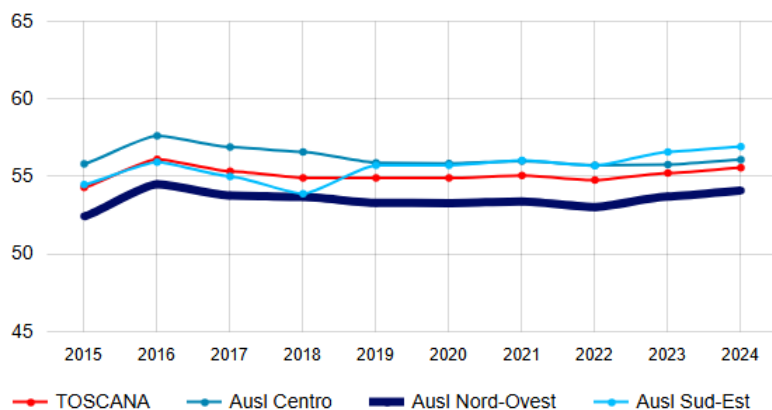


A livello Zonale le Zone con maggior numero di esami sono state la Valle del Serchio, la Piana di Lucca e l'Elba. Livelli più bassi nella Zona Pisana e Livornese.

10.4.2 Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell' angiotensina II tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

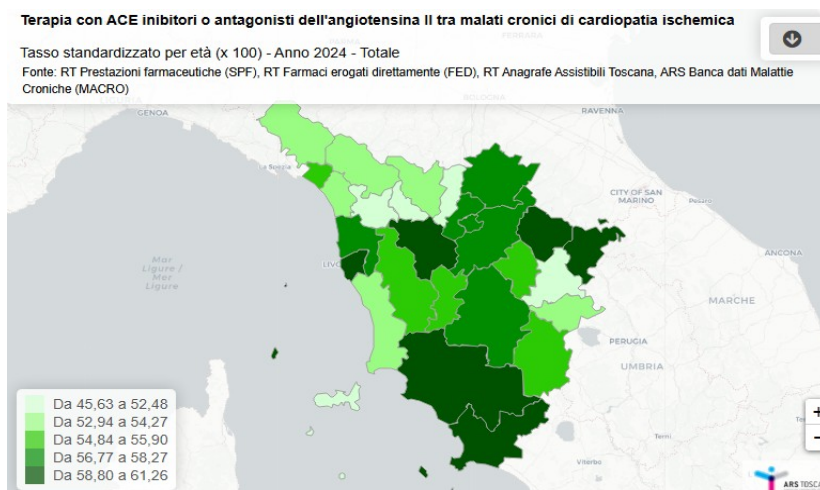


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per la terapie con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II l'andamento di ATNO è pressochè stabile dal 2019, con una leggera ripresa nell'ultimo biennio, con valori al di sotto della media regionale.

La Tabella 13 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 13

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	54,81	53,08
2023	55,27	53,75
2024	55,61	54,14

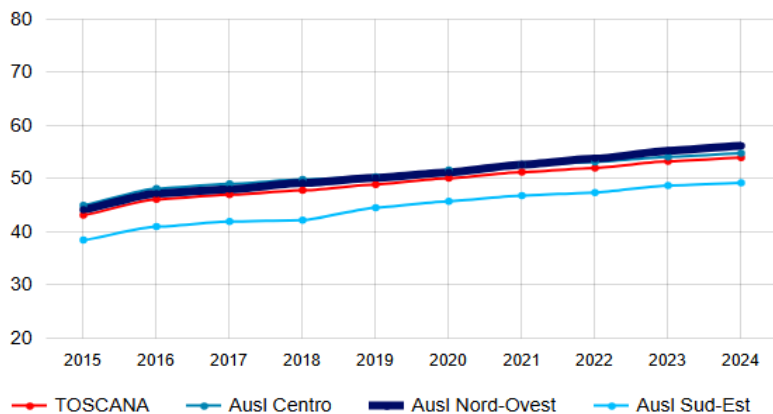


Le performance più alte si sono raggiunte nella Zona Livornese, mentre quelle più basse si sono registrate nella Piana di Lucca e all'Elba.

10.4.3 Terapia con beta bloccanti tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

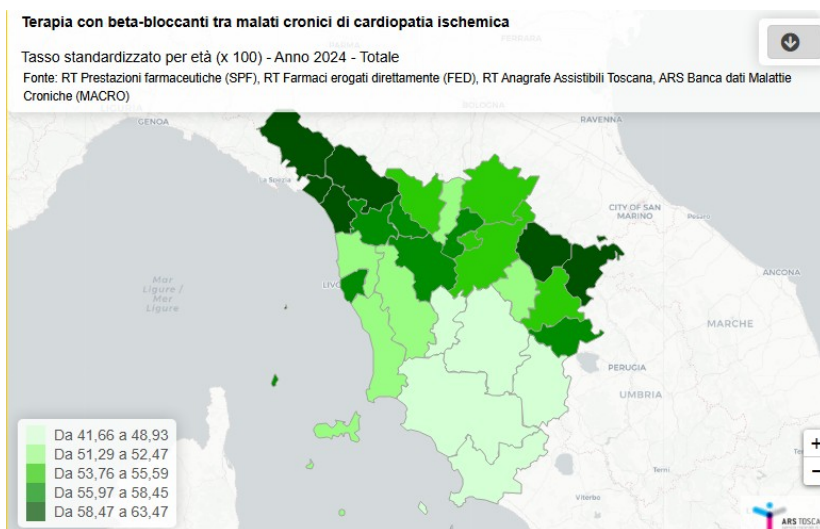


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci beta-bloccanti distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Negli ultimi dieci anni il trend è in aumento in tutta la regione e si è mantenuto tale anche nel 2024, con ATNO che si mantiene al di sopra del valore regionale.

La Tabella 14 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 14

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	52,18	53,93
2023	53,4	55,4
2024	54,13	56,35

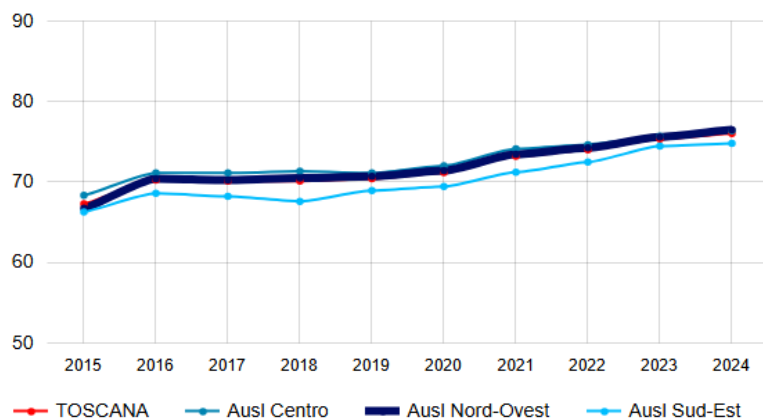


Le Zone che si attestano su valori elevati sono le Apuane, la Versilia, la Lunigiana e Valle del Serchio. Valori più bassi sono nella Zona Pisana, Elba, Alta val di Cecina- Val d'Era e Bassa Val di Cecina – Val di Cornia.

10.4.4 Terapia antitrombotica tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

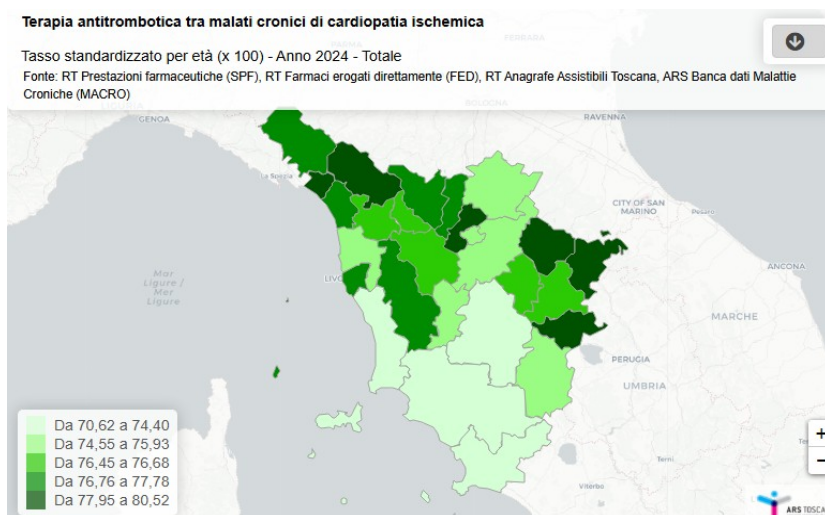


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci antitrombotici distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Anche la terapia antitrombotica tra i malati cronici di cardiopatia ischemica si è mantenuta sia a livello regionale che aziendale in aumento con valori quasi sovrapponibili.

La Tabella 15 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 15

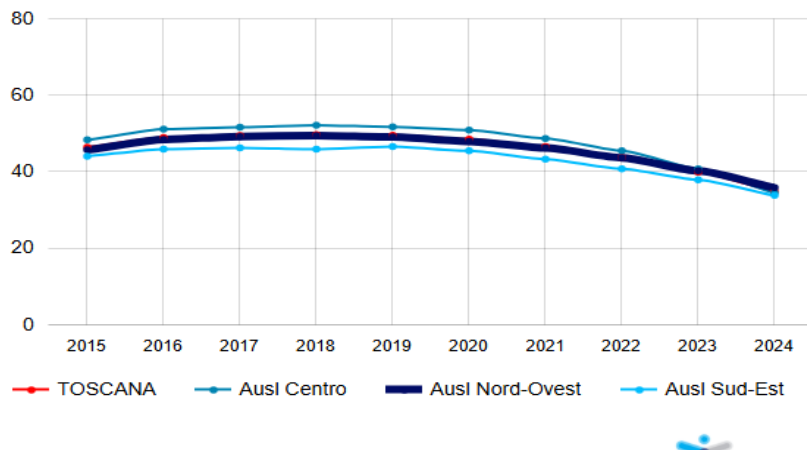
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	74,08	74,34
2023	75,44	75,68
2024	76,11	76,56



Le Zone con le performance più alte sono state la Valle del Serchio e le Apuane. Valori più bassi si riscontrano nella Zona Elbana e nella Bassa Val di Cecina – Val di Cornia.

10.4.5 Terapia con statine tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

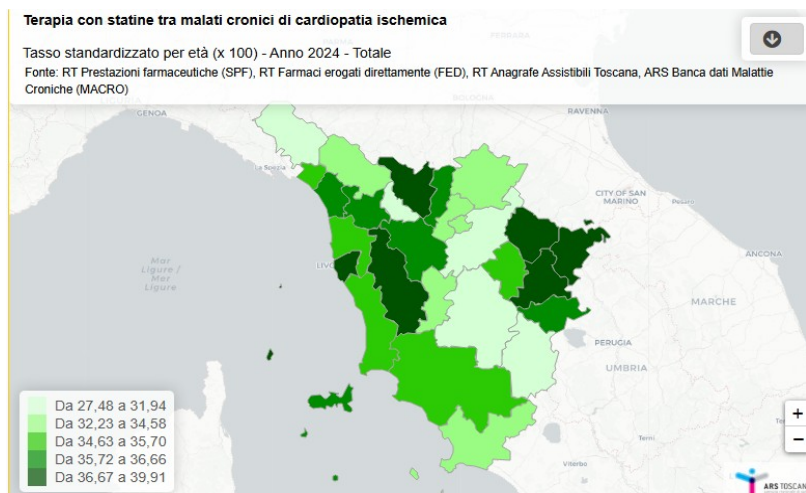


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci statine distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Diversamente la terapia con statine è in trend progressivamente decrescente a livello regionale e aziendale già dal 2019, con ATNO che ha valori sostanzialmente sovrapponibili a quelli regionali.

La Tabella 16 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 16

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	43,87	43,82
2023	40,09	40,42
2024	35,02	36,06



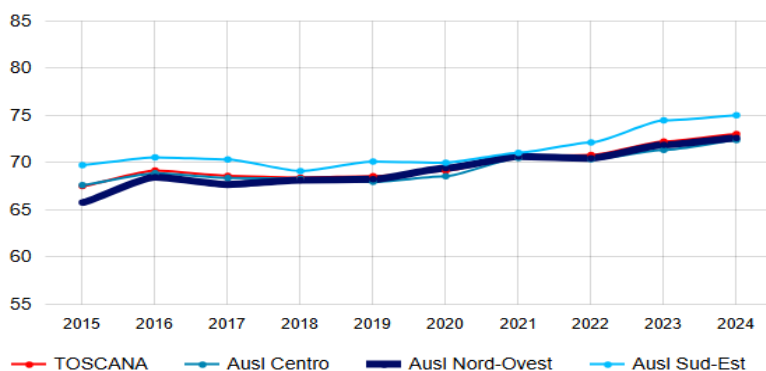
Le Zone con le performance migliori sono state la Livornese e l'Alta Val di Cecina- Val d'Era mentre valori più bassi sono stati riscontrati in Lunigiana.

ICTUS

10.5 Terapia antitrombotica nei malati cronici di pregresso ictus

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistenti Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

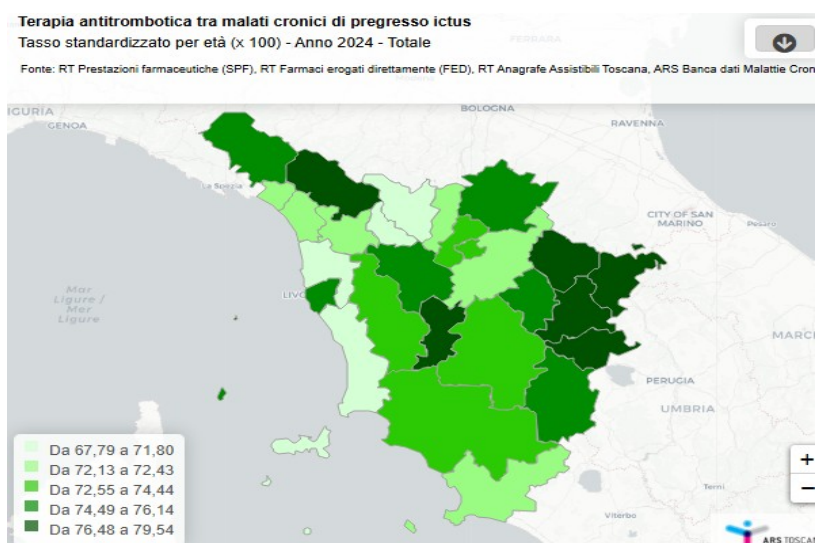


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci antitrombotici distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. La terapia antitrombotica nel paziente con pregresso ictus ha mostrato un trend in aumento dal 2019 in tutta la regione.

La Tabella 17 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 17

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	70,87	70,54
2023	72,32	71,95
2024	73,11	72,7

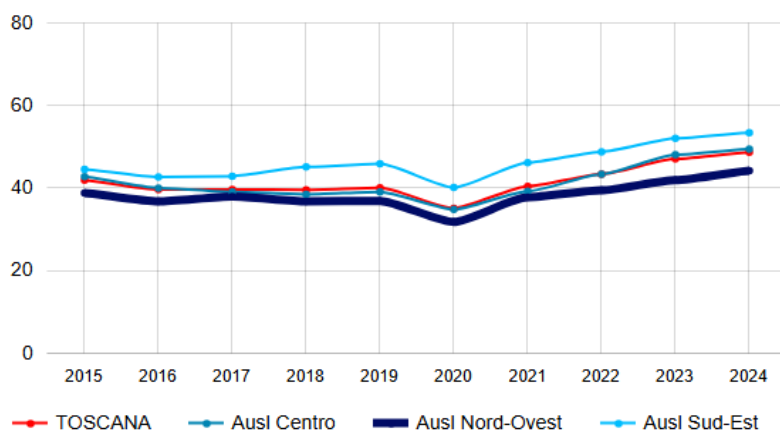


Le Zone più virtuose sono la Valle del Serchio, la Lunigiana e Livorno. I valori più bassi sono all'Elba, nella Pisana e nella Bassa Val di Cecina-Val di Cornia.

10.5.1 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di pregresso ictus

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

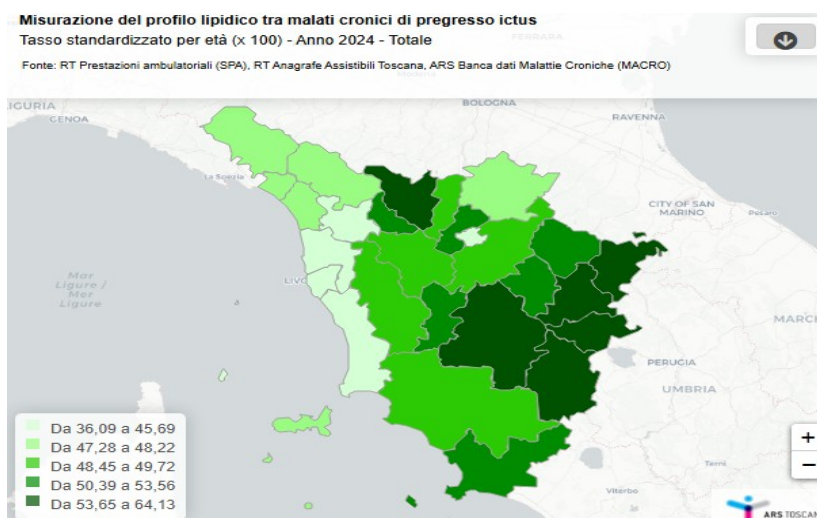


L'ictus è una patologia cerebro-cardiovascolare ed il controllo dei fattori di rischio, quali i livelli di colesterolo, costituisce un presupposto per una corretta prevenzione delle complicanze e gestione della malattia. Per quanto riguarda la misurazione del profilo lipidico, a livello regionale e aziendale si è registrato un abbassamento nel 2020, con una ripresa nel 2021 che si mantiene anche negli ultimi anni. L'ATNO si mantiene al di sotto del valore regionale.

La Tabella 18 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 18

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	43,58	39,63
2023	47,23	42,13
2024	48,87	44,42



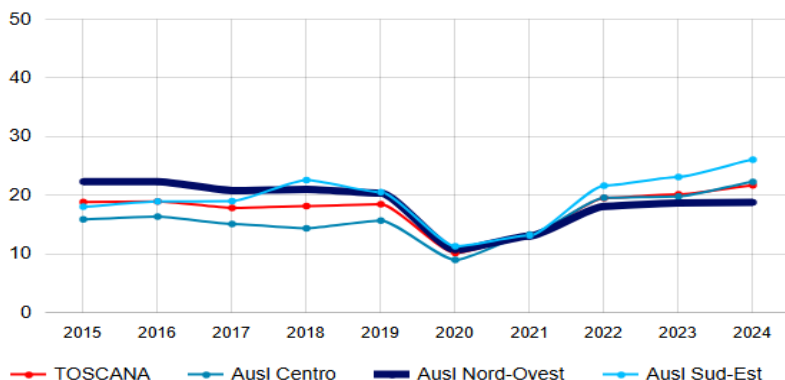
Migliori performance sono riscontrate nella Versilia e Valle del Serchio. Più basse nella Pisana e Piana di Lucca.

BPCO

10.6 Misurazione spirometrica tra i malati cronici di BPCO

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

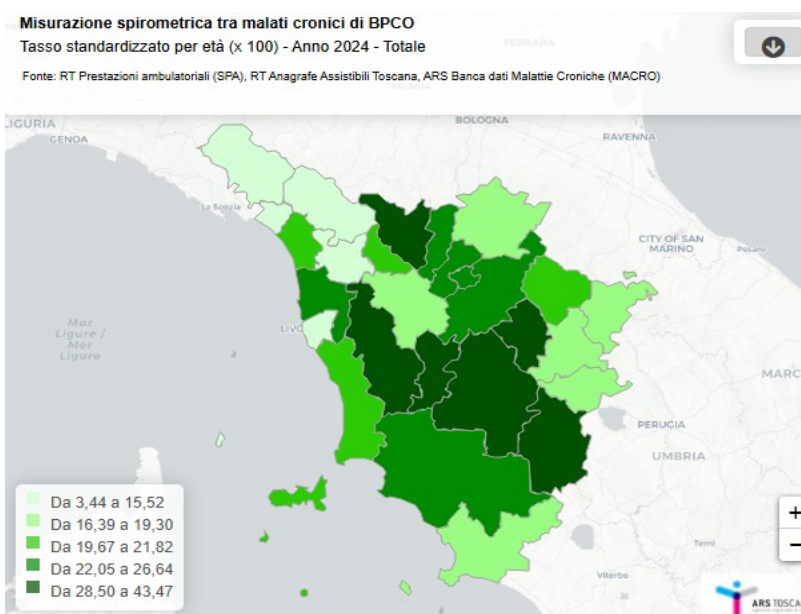


La misurazione spirometrica tra i malati cronici di BPCO è un esame condotto in regime ambulatoriale e permette la valutazione funzionale polmonare nel follow-up. E' un'attività che ha subito una notevole flessione nel corso del 2020, con una ripresa nel 2021 che rimane pressochè stabile nel 2024.

La Tabella 19 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 19

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	19,63	18,21
2023	20,24	18,79
2024	21,79	18,88

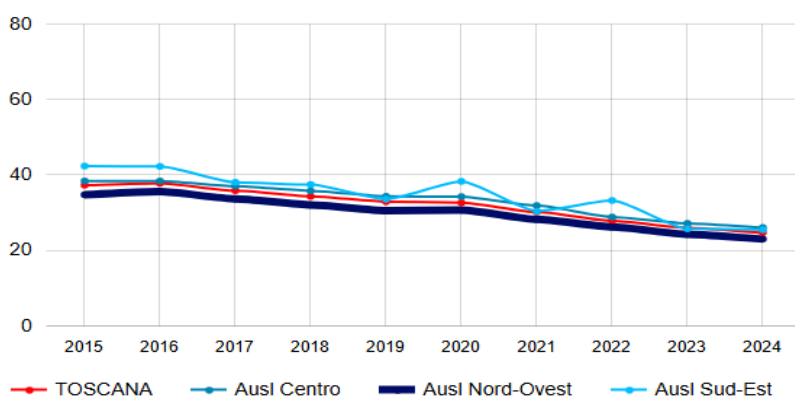


Performance più alte si sono verificate nella Zona Alta Val di Cecina- Val d'Era. Le performance più basse in Lunigiana, Valle del Serchio e Piana di Lucca.

10.6.1 Terapia con broncodilatatori tra i malati cronici di BPCO

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)

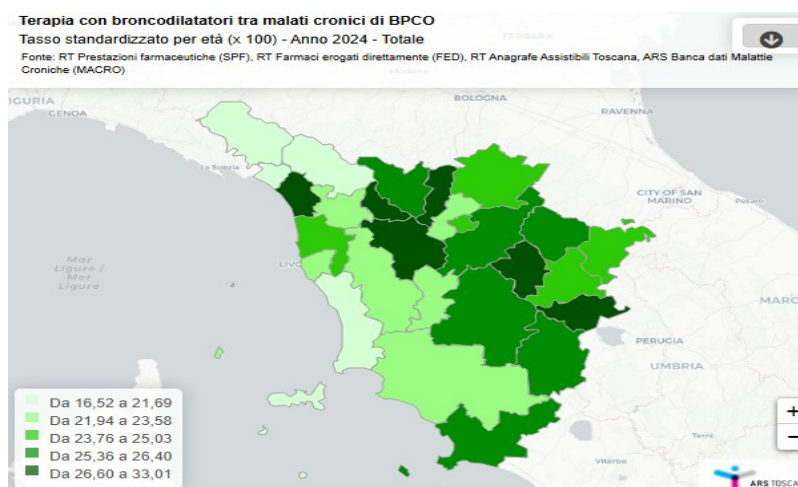


L'indicatore osserva i malati cronici le cui prescrizioni di farmaci broncodilatatori coprono in DDD più di 6 mesi nell'anno di riferimento. I valori della terapia sono stati elevati nel 2020 rispetto al 2019, ma hanno subito un calo nel 2021 che continua anche negli ultimi anni. L'andamento dell'ATNO è analogo a quello della RT.

La Tabella 20 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 20

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2022	28	26,44
2023	26,12	24,46
2024	24,87	23,19



Performance più alte si sono riscontrate nella Zona Versilia. Valori più bassi in Lunigiana e all'Elba.

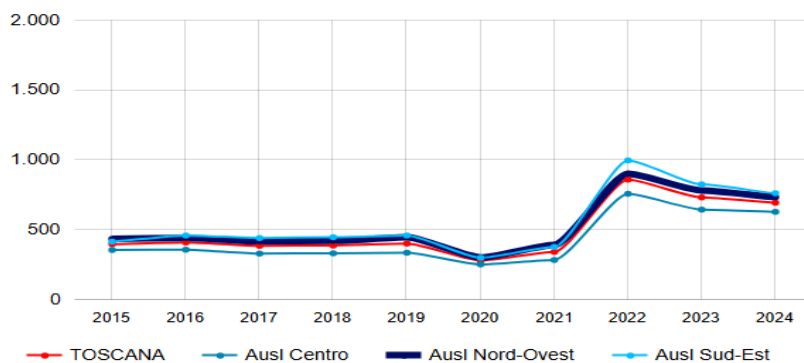
10.7 Assistenza specialistica ambulatoriale

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE).

Accessi per visite specialistiche (totale 7 specialità del PSR)

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Accessi per visite specialistiche (totale 7 specialità del PSR)

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2024 - Totale

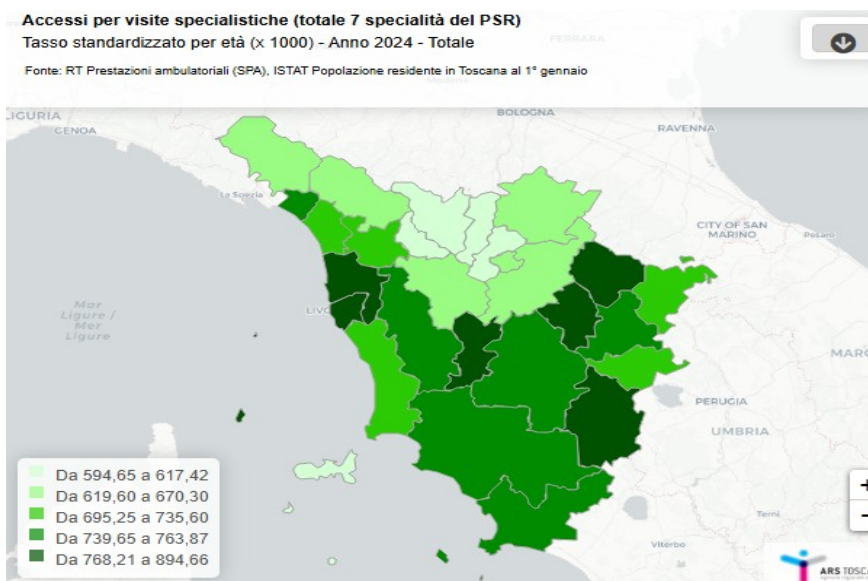
Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Accessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	2.716.354	742,07	696,89	696,02	697,75
AUSL CENTRO	1.059.675	659,83	631,21	629,96	632,46
AUSL NORD-OVEST	985.448	791,27	736,79	735,26	738,31
ex ASL 1 - Massa e Carrara	145.927	780,43	707,03	703,16	710,90
ex ASL 2 - Lucca	164.495	739,51	697,93	694,41	701,46
ex ASL 5 - Pisa	273.469	804,41	776,89	773,87	779,90
ex ASL 6 - Livorno	271.593	806,81	732,25	729,34	735,17
ex ASL 12 - Viareggio	129.964	815,40	735,60	731,38	739,82
AUSL SUD-EST	671.231	829,56	763,87	761,96	765,78



L'indicatore comprende le prestazioni con codice nomenclatore: 89.7 o 95.02 o 89.26 o 89.13 (rispettivamente prima visita cardiologica, chirurgia vascolare, endocrinologica, ortopedica, otorinolaringoiatrica, urologica, dermatologica, fisiatrica, gastroenterologica, oncologica, pneumologica; prima visita oculistica; prima visita ginecologica; prima visita neurologica. Il valore consolidato del 2022, nella nostra Azienda e a livello regionale, ha mostrato una

netta ripresa rispetto al calo del 2020, segno dell'ampliamento dell'offerta; negli ultimi 2 anni si osserva una diminuzione degli accessi.



Se confrontata con le altre realtà toscane la nostra Azienda nel 2024 si è attestata al livello più alto dopo la Sud Est con un tasso standardizzato per età (x1000) di 736,79 verso un valore regionale di 696,89.

La Zona con il più alto tasso standardizzato per età (x1000) di accessi per visite specialistiche è la Pisana seguita dalla Livornese mentre quelle con i valori più bassi sono l'Elba, la Lunigiana e la Valle del Serchio.

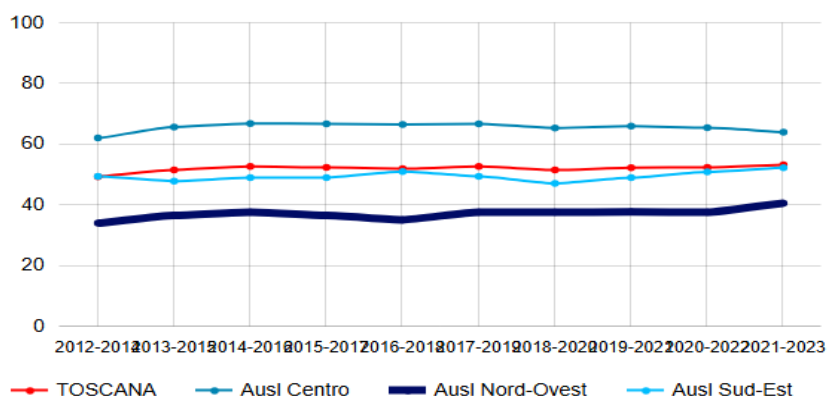
10.8 Riabilitazione

10.8.1 Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni (biennio 2021-2023)

Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Assistenza domiciliare (RFC 115), RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Prestazioni riabilitative (SPR), RT Anagrafe Assistibili Toscana



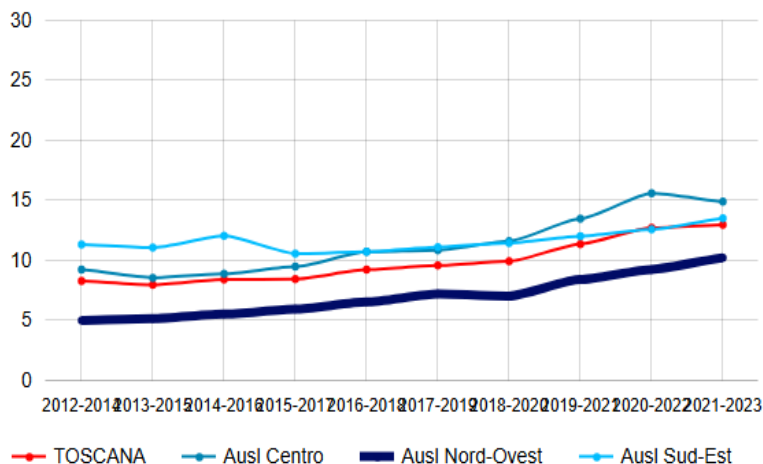
Il biennio oggetto di osservazione ha subito un leggero incremento rispetto al trend rilevato nei periodi precedenti, tranne per quanto riguarda la Sud Est; ATNO rimane il più basso a livello regionale, con un tasso standardizzato per età (x100) di 40,75 a fronte di un valore regionale del 53,4.

10.8.2 Riabilitazione post ictus entro 28 giorni (biennio 2021-2023)

Riabilitazione ambulatoriale post ictus entro 28 giorni

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Assistenza domiciliare (RFC 115), RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Prestazioni riabilitative (SPR), RT Anagrafe Assistibili Toscana



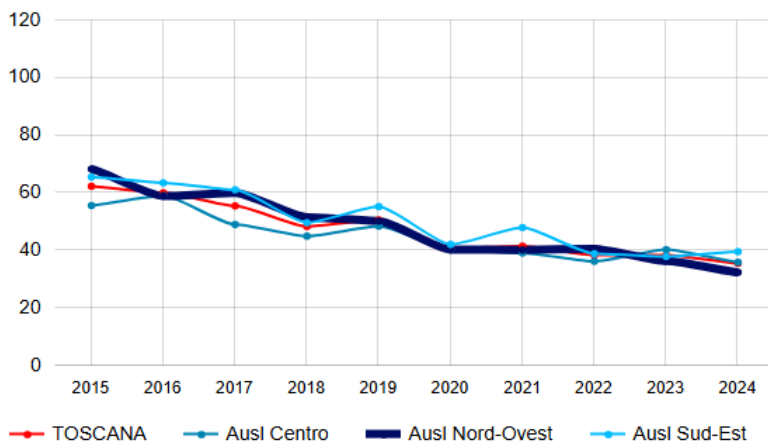
Relativamente a questo indicatore il trend è in linea con quello regionale anche se il dato di ATNO rimane il più basso con un tasso standardizzato per età (x100) del 10,29 a fronte del 13,05 Toscano.

10.9 Indicatori di attività ospedaliera per condizioni sensibili alle cure territoriali

10.9.1 Angina pectoris senza interventi, ospedalizzazione

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

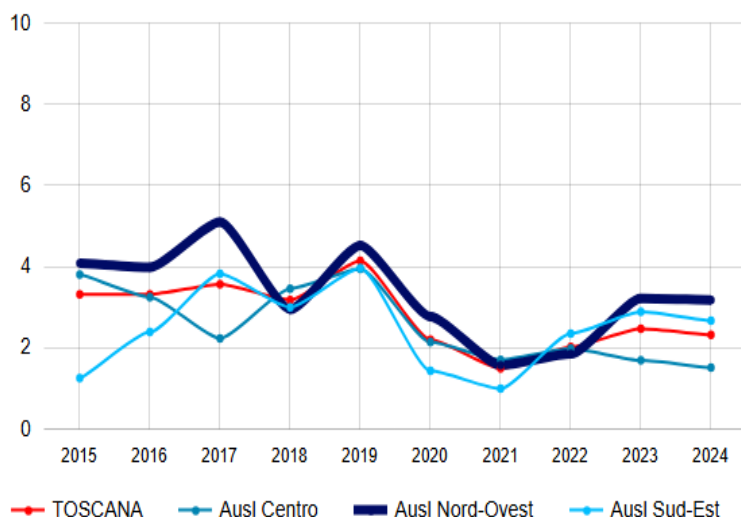


Il trend delle ospedalizzazioni per l'angina pectoris senza interventi è in lieve diminuzione dal 2022 e anche nel corso del 2024 l'indicatore è in lieve diminuzione. Rispetto al valore regionale, l'ATNO è al di sotto con il 32,44 rispetto al 35,55 toscano. Le Zone che hanno avuto un'ospedalizzazione maggiore sono state: la Bassa Val di Cecina – Val di Cornia e l'Elba. Le minori ospedalizzazioni ci sono state in zona Pisana Livornese e Lunigiana.

10.9.2 Tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



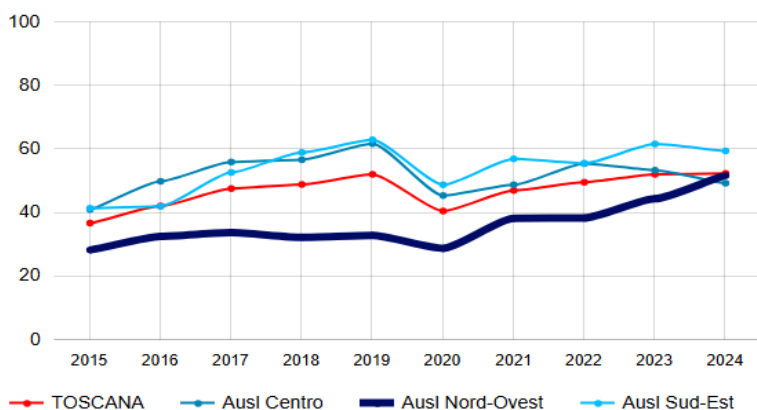
Il tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti ha presentato nell'ultimo decennio un andamento altalenante anche nella nostra Azienda. Nel 2019 si è verificato in tutto il territorio regionale un nuovo aumento di ospedalizzazioni (di poco inferiore ai valori del 2017), seguito da una costante e progressiva diminuzione nel 2020 e nel 2021. Nel 2024 l'ATNO si è collocata al di sopra del valore regionale con un tasso standardizzato per età (x 100000) del 3,2 a fronte del 2,34 toscano. Il territorio che ha ospedalizzato maggiormente è quello della Piana di Lucca.

10.9.3 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per infezioni del tratto urinario

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE).

Tasso standardizzato per età (x 10000) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



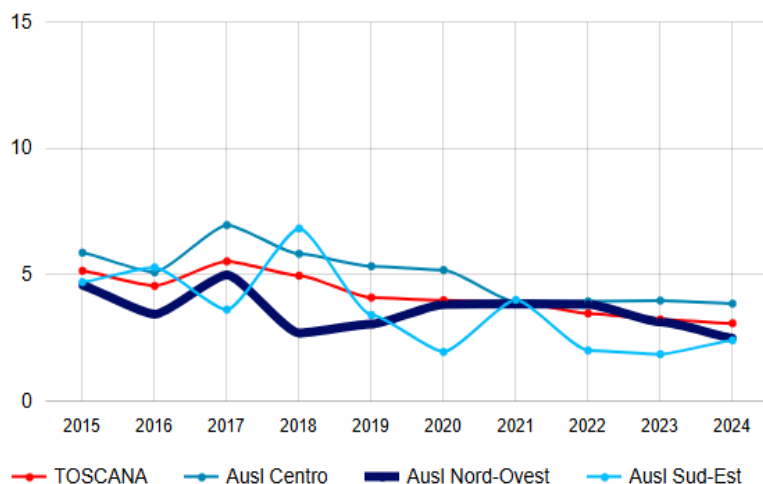
Dopo una flessione osservata nel 2020, nel 2021 è tornata a salire l'ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario.

Nel 2024 l'ATNO è sovrapponibile al valore regionale con un tasso standardizzato per età di 51,75 verso il 52,46 toscano. Un'elevata ospedalizzazione per questa causa è riscontrata in Versilia e all'Elba.

10.9.4 Diabete, complicanze a breve termine, ospedalizzazione

Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Sono considerate complicanze a breve termine l'iperosmolarità, la chetoacidosi o il coma.

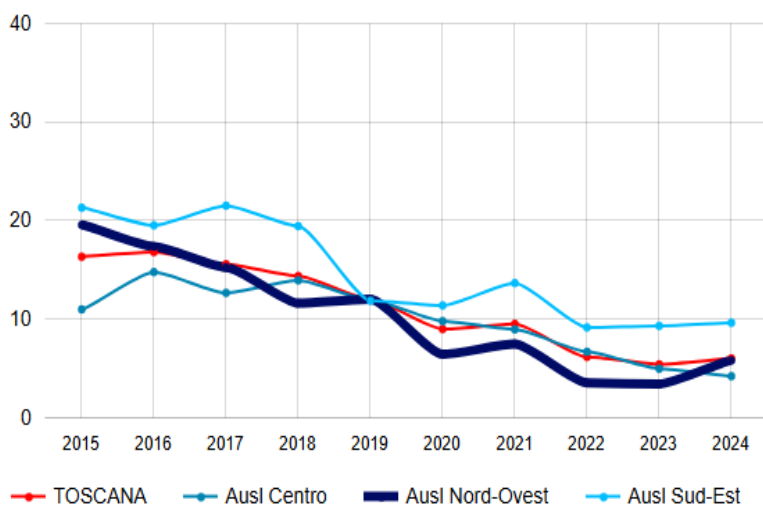
Dal 2017 a livello regionale il trend dell'indicatore è in diminuzione. L'ATNO si è sempre mantenuta al di sotto del valore regionale, nel 2022 le complicanze si sono attestate poco al disopra per poi tornare lievemente al di sotto nel 2024.

Ospedalizzazioni più alte -tasso standardizzato per età (x100000)- si sono avute tra la popolazione residente nella Zona dell'Elba e la Livornese.

10.9.5 Diabete, complicanze a lungo termine, ospedalizzazione

Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

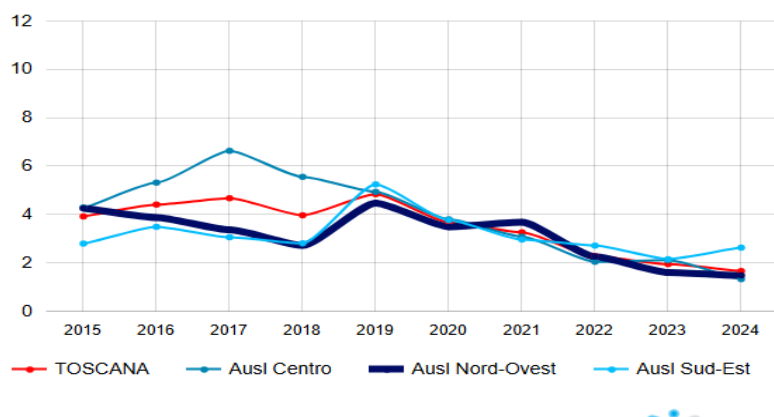


Sono considerate complicanze del diabete a lungo termine quelle che si verificano a livello renale, oculare, neurologico, circolatorio, periferico.

Dal 2021 a livello regionale c'è stato un decremento di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete mentre nel 2024 c'è stato un leggero incremento con valore dell'ATNO -tasso standardizzato per età (x 100000)- sostanzialmente sovrapponibile a quello regionale (5,91 di ATNO contro il 6,09 Toscano). La Zona con l'ospedalizzazione più alta è stata l'Elba.

10.9.6 Diabete non controllato, senza complicanze, ospedalizzazione Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Le ospedalizzazioni per diabete non controllato, senza complicanze, sono in generale riduzione dal 2021. Nella nostra Azienda il fenomeno nel 2024 risulta in lieve decremento con valore sovrapponibile a quello regionale.

La Zona con maggiori ricoveri è stata la Pisana.

Capitolo 11- Emergenza

La Centrale Operativa 118, attiva 24 ore su 24, ha l'obiettivo di organizzare e gestire le attività di emergenza – urgenza sanitaria territoriale, assicurando il coordinamento di tutti gli interventi dal momento dell'evento sino all'attivazione della risposta ospedaliera, garantendo il trasporto del paziente all'ospedale più vicino e più idoneo alla gestione della patologia.

In particolare, le funzioni della centrale operativa comprendono: la ricezione delle richieste di soccorso, la valutazione della complessità dell'evento definendone il grado di criticità, l'attivazione, l'intervento e il coordinamento dello stesso anche in collaborazione con gli altri enti di soccorso non sanitario (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia ecc.). Oltre a definire il grado di criticità e complessità dell'evento accaduto e, conseguentemente, attivare l'intervento più idoneo utilizzando tutte le risorse a disposizione, la centrale operativa fornisce istruzioni telefoniche per l'esecuzione di manovre salvavita a coloro che sono presenti sulla scena.

In attuazione al D.M. 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) è in atto una revisione del numero di Centrali 118 attive sul territorio nazionale per rispettare lo standard di riferimento che prevede orientativamente la presenza di una centrale operativa 118 per un bacino di competenza non inferiore a 0,6 milioni di abitanti o almeno una per regione /provincia autonoma.

Il Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa.

I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello:

- Ospedale sede di DEA di I livello: la struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, con le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione. Contemporaneamente, devono essere garantiti interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali;
- Ospedale sede di DEA di II livello: assicura, oltre alle prestazioni fornite dal DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza (hub), tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale. Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati e le unità spinali ove rientranti nella programmazione regionale, sono collocati nei DEA di II livello, garantendone in tal modo una equilibrata distribuzione sul territorio nazionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative delle Regioni.

11.1 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso per codice assegnato di triage

Il Pronto Soccorso (PS) è uno degli snodi principali del rapporto tra cittadino e Ospedale, ed è spesso il luogo nel quale si rendono più evidenti le complessità e le criticità strutturali del nostro Sistema Sanitario.

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in PS, assume una particolare valenza nel determinare il corretto avvio del percorso clinico-assistenziale. E' una funzione infermieristica volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. Generalmente la funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità di interventi da erogare in emergenza e urgenza.

I codici utilizzati per il Triage sono cinque e sono identificati da numeri progressivi caratterizzati da profili diversi come:

1. EMERGENZA- Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali (tempo attesa: accesso immediato);
2. URGENZA - Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo (tempo attesa: accesso entro 15 minuti);
3. URGENZA DIFFERIBILE - Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse (tempo attesa: accesso entro 60 minuti);
4. URGENZA MINORE - Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici mono-specialistiche (tempo attesa: accesso entro 120 minuti);
5. NON URGENZA- Problema non urgente o di minima rilevanza clinica (tempo attesa: accesso entro 240 minuti).

Il monitoraggio continuo della performance del sistema di triage, inserito in un processo dinamico di revisione e verifica della sua qualità, rappresenta il metodo che consente di mantenere e migliorare gli standard di servizio e di mettere in atto strategie migliorative o correttive del sistema stesso.

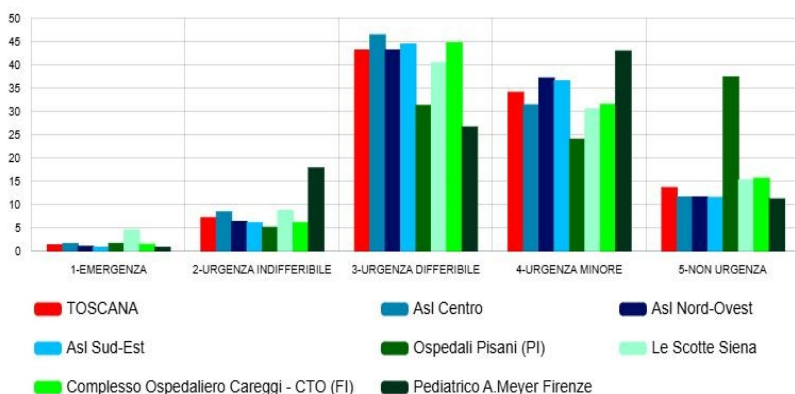
Il grafico descrive l'utilizzo dei servizi di PS della Toscana; si può notare che, mentre per quanto riguarda

l'emergenza i numeri sono omogenei nella Regione, per i vari gradi di urgenza e la non urgenza ci sono notevoli differenze. Per quanto riguarda l'anno 2024 l'azienda Ausl Nord Ovest si trova in linea con la media regionale per quanto riguarda tutti i codici (1,1% emergenza, 6,45% urgenza indifferibile, 43,31% urgenza differibile, 37,3% urgenza minore, 11,74% non urgenza vs media regionale 1,45% emergenza, 7,3% urgenza indifferibile, 43,29% urgenza differibile, 34,2% urgenza minore, 13,72% non urgenza).

Percentuale di accessi ai PS della Toscana per codice assegnato al triage

Anno 2024 - Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)

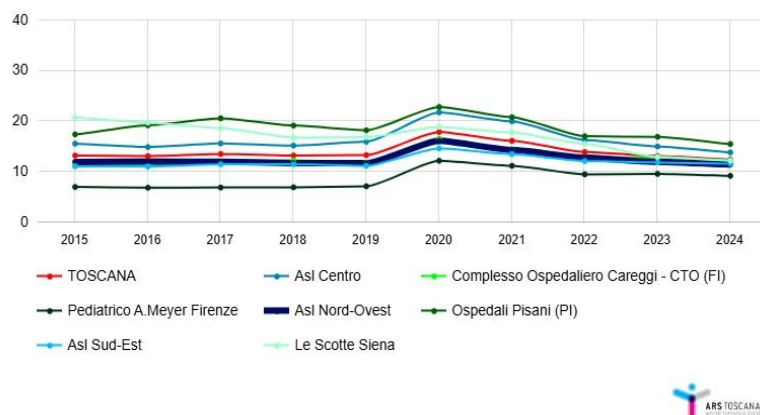


11.2 Accessi al PS dei presidi della Toscana che esitano in un ricovero

Accessi ai PS della Toscana che esitano in un ricovero

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



L'indicatore esprime la percentuale di pazienti ospedalizzati dal Pronto Soccorso rispetto al totale degli accessi in PS, al fine di limitare il ricorso improprio alle cure del PS e aumentare le capacità di filtro di quest'ultimo verso i ricoveri. Nel 2024 l'Ausl Toscana Nord Ovest ha registrato una proporzione del 11,51% di accessi che hanno esitato in ricovero rispetto alla media della Regione del 12,48% e rispetto al valore dell'anno precedente (2023) di 12,01%.

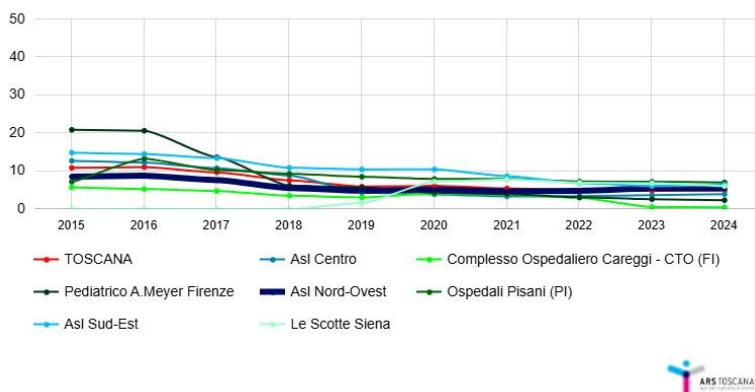
Anche in questo caso si può osservare come l'andamento sia stato equiparabile per tutte e tra le AUSL negli ultimi 10 anni, con un incremento nel periodo pandemico, seguito da una riduzione negli anni successivi, confermata anche nello scorso anno.

11.3 Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva

Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



L'Osservazione Breve Intensiva, in un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, offre un setting assistenziale alternativo al ricovero tradizionale, garantendo il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate ai pazienti, una maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro del PS, maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti

all'ospedale, utilizzo più razionale delle risorse con effetti positivi sull'efficienza e l'efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure. L'indicatore permette di valutare la quota dei pazienti inseriti in OBI rispetto al totale degli accessi al PS. La percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva mostra un andamento non costante nel corso degli anni e per singola Ausl. Per quanto riguarda l'Ausl Nord Ovest l'andamento è altalenante, con una diminuzione durante gli anni pandemici e un lieve incremento nei successivi. Nel 2024 la percentuale dei pazienti in OBI dell'Ausl NO è stata del 5,46%, leggermente superiore rispetto alla media regionale del 4,93%, ma inferiore rispetto al dato dell'anno 2023 (5,48%).

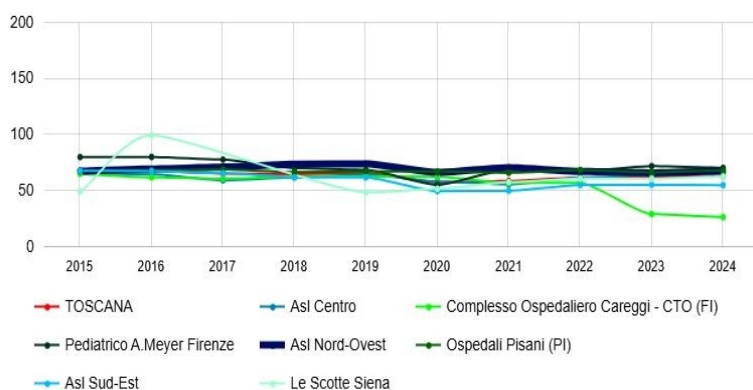
11.4 Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva poi dimessi a domicilio

L'indicatore esprime la percentuale di pazienti dimessi al domicilio dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei pazienti osservati, offrendo informazioni sia sulla capacità di filtro del sistema di emergenza-urgenza che sugli aspetti

Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva poi dimessi a domicilio

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



organizzativi e il corretto utilizzo dell'OBI.

Per quanto riguarda la Ausl Nord Ovest ha un andamento costante negli ultimi anni e sempre superiore alla media regionale.

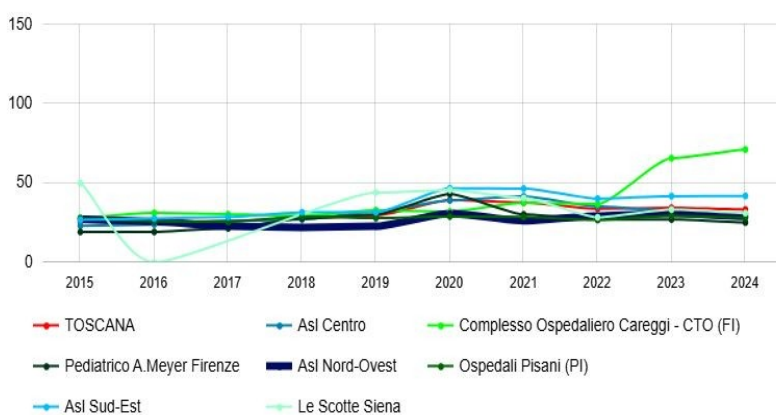
Nel 2024 la percentuale dei pazienti in OBI dimessi al domicilio dell'Ausl NO è stata del 67,95%, superiore rispetto alla media regionale del 63,56% e al dato dell'anno precedente (66,44%).

11.5 Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva poi ricoverati

Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva poi ricoverati

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



L'indicatore esprime la percentuale di ricoverati dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei pazienti osservati, offrendo informazioni sia sulla capacità di filtro del sistema di emergenza-urgenza che sugli aspetti organizzativi e il corretto utilizzo dell'OBI.

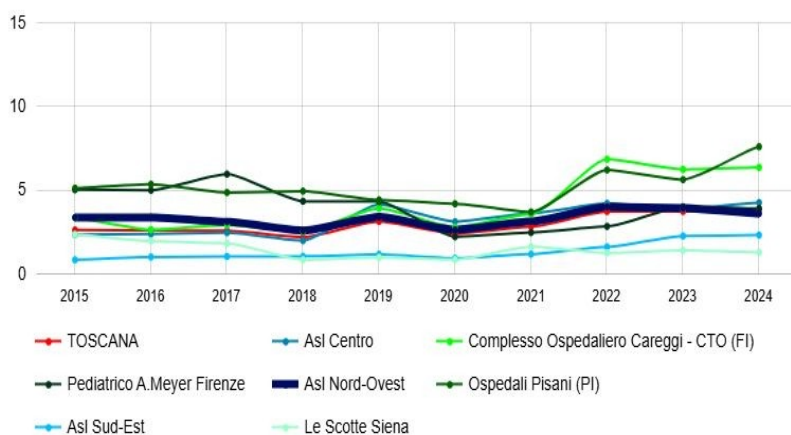
Nell'Ausl Nord Ovest nel 2024 è stata registrata una percentuale del 29,02% di pazienti in OBI poi ricoverati, dato leggermente inferiore rispetto all'anno precedente (30,95%) e rispetto alla media della Regione (33,38%).

11.6 Percentuale di accessi che esitano in abbandono da parte dei pazienti

Percentuali di accessi che esitano in un abbandono da parte dei pazienti

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, in quanto un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute. L'indicatore monitora pertanto il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage) prima di essere visitati dal medico o dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.

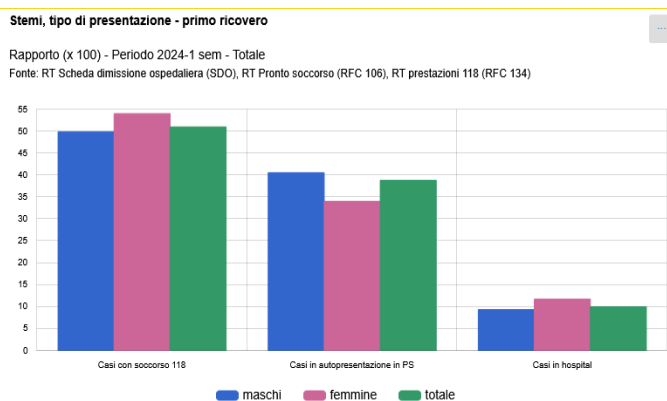
In questo caso la Ausl Nord Ovest

nel corso dell'anno 2024 si colloca leggermente sotto alla media regionale (3,64% NO vs 3,9% Regione) e con un valore inferiore rispetto agli anni precedenti (3,97% nel 2023 e 4,04% nell'anno 2022).

Capitolo 12 – Reti cliniche

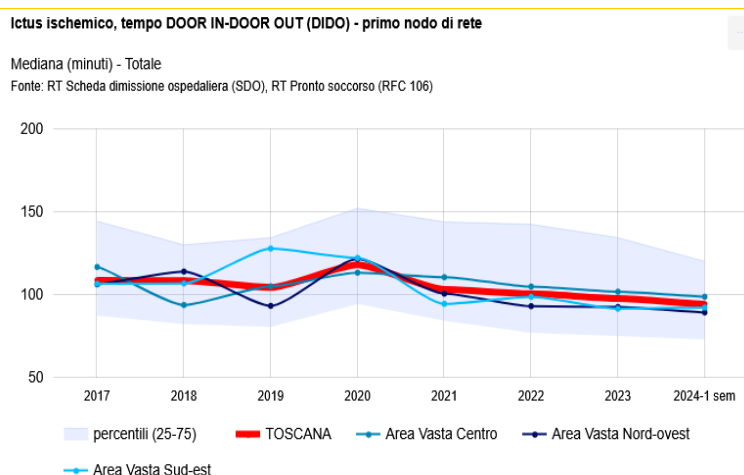
12.1 Stemi, tipo di presentazione- primo ricovero

L'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è una condizione cardiovascolare tempo-dipendente, in cui la tempestività del trattamento ripercussivo è determinante per la sopravvivenza del paziente e la riduzione delle complicanze. La modalità di presentazione del paziente al sistema sanitario rappresenta un fattore cruciale che influisce sui tempi di diagnosi e trattamento. Monitorare e classificare il tipo di presentazione nei pazienti con STEMI è essenziale per valutare l'efficienza del sistema sanitario nell'intercettare precocemente i casi di STEMI, identificare ritardi critici nei percorsi di cura associati all'accesso autonomo e guidare interventi di sensibilizzazione pubblica per migliorare il riconoscimento precoce dei sintomi e promuovere l'utilizzo del sistema di emergenza medica. L'indicatore mira a migliorare i processi di cura dei pazienti STEMI fornendo dati utili per ridurre i ritardi evitabili e migliorare l'aderenza alle linee guida per la gestione del STEMI.



I valori riferiti al 1° semestre 2024 vedono in generale la prevalenza del ricovero per STEMI soprattutto a seguito di soccorso 118 (51,05%), seguiti dai casi in autopresentazione in Pronto soccorso (38,89%) ed infine quelli in-hospital. Tale tendenza risulta più accentuata fra le femmine che tendono al ricovero su soccorso 118, più che per autopresentazione in Ps, maggiormente in uso fra i maschi.

12.2 Ictus ischemico, tempo DOOR IN-DOOR OUT (DIDO)- primo nodo di rete



L'accesso rapido al trattamento ripercussivo è il determinante principale in grado di ridurre la mortalità e le disabilità correlate all'ictus acuto (1). Centralizzare i pazienti nel centro dove riceveranno le cure definitive è fondamentale per ridurre questi tempi (2). E' stato stimato tuttavia che circa un 15% dei pazienti vengono trasferiti da un centro spoke ad un centro hub nel percorso di cura acuto (3). Il DI-DO (door in door out) rappresenta il tempo tra ingresso ed uscita dal centro di trasferimento ed è stimato pesare per circa 2/3 sui tempi totali di

trasferimento tra presidi (6). Il DI-DO è dunque una misura metrica utile a valutare la qualità dei processi di trasferimento con il fine di supportare interventi di miglioramento per ridurre i tempi di trasferimento globale. Valori mediani al 1° semestre 2024 per ASL TNO = 89,55 minuti, per Regione = 94,55 minuti.

12.3 Trauma maggiore, Mortalità intraospedaliera- primo nodo di rete

L'indicatore ha lo scopo di valutare la qualità del percorso assistenziale complessivo del soggetto con Trauma Maggiore. L'attribuzione dell'esito alla struttura PS di primo accesso non implica la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura ma dell'appropriatezza ed efficacia del percorso del paziente, che coinvolge i diversi centri di responsabilità operativi nell'articolazione di una rete integrata territorio-ospedale, dove i tempi di diagnosi e trattamento siano ridotti e il paziente sia avviato al centro ospedaliero predisposto all'offerta della tipologia assistenziale più appropriata.

Trauma maggiore, Mortalità intraospedaliera - primo nodo di rete

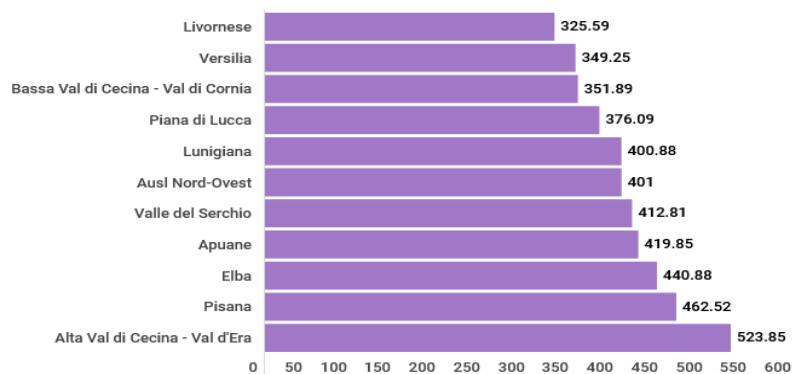
Rapporto (x 100) - Periodo 2024-1 sem - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106), RT prestazioni 118 (RFC 134)

Geografia	Casi	Denominatore	Percentuale
REGIONE TOSCANA	70	728	9,62
AV CENTRO	24	281	8,54
AV NORD-OVEST	27	256	10,55
AV SUD-EST	19	191	9,95

12.4 Incidenza di sepsi in ospedale – 2023*

Incidenza di sepsi in ospedale tasso standardizzato per sesso ed età ogni 100.000 residenti



*Elaborazione su [dati Ars](#)

Residenza	Casi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	18.003	491,62	378,38	372,73	384,03
AUSL CENTRO	7.690	479,30	378,65	370,00	387,29
AUSL NORD-OVEST	6.602	529,72	401,00	391,13	410,88
AUSL SUD-EST	3.711	457,45	344,31	332,92	355,70

Il problema ICA (infezioni correlate alle pratiche assistenziali) è attualmente un argomento molto dibattuto. Sia il PNCAR vigente che il PNRR hanno proposto occasioni per concretizzare azioni idonee ad affrontare l'emergenza dell'antibiotico resistenza, seguendo un approccio multidisciplinare ed una visione "one health". A livello "globale", le ICA rappresentano l'evento avverso e la complicanza più grave dell'assistenza sanitaria. Sono riconosciute dall'OMS tra le maggiori minacce attuali e future per la salute pubblica a causa del loro impressionante impatto epidemiologico ed economico. Come già indicato, il fenomeno delle ICA è sempre correlato ad un altro, altrettanto preoccupante, che è quello dell'antimicrobico resistenza (AMR). Con la finalità di dare la massima evidenza alle problematiche su enunciate, di diffondere i principi e le buone pratiche, utili ad intraprendere le migliori azioni difensive, nel 2023 sono state concretizzate molteplici azioni formative, in parte ad estensione pubblica con finalità di didattica di base (vedi ad esempio articolo scritto con finalità divulgativa

<https://www.naturalmentescienza.it/sec0ons/?s=4197> in cui risultano meglio dettagliate tali relazioni);

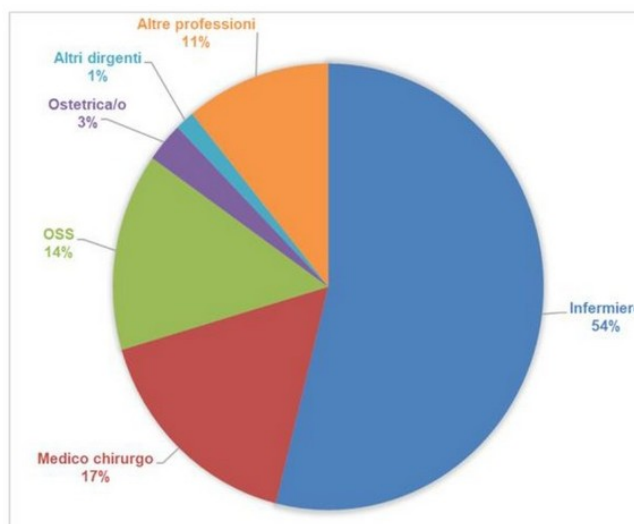
in massima parte le energie regionali sono state convogliate nella predisposizione di un percorso estremamente impegnativo destinato alla formazione dei 19.400 operatori ospedalieri toscani. Tale percorso ha riguardato i referenti aziendali AID (Team AID di Stewardship integrata Antmicrobica, prevenzione e controllo Infezioni, Diagnostica) presso la Regione ed, alla fine del 2023 ha raggiunto l'obiettivo della realizzazione del "corso di formazione in infezioni correlate all'assistenza" previsto dalla Componente 2 della Missione 6 del PNRR, Investimento 2.2, Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, Sub investimento 2.2.b). Alla fine del 2023 l'impegno profuso ha ottenuto la realizzazione del percorso formativo. Tale percorso ha richiesto la predisposizione, da parte del gruppo dei referenti AID regionali, di tutti i testi costitutivi del corso e successivamente la realizzazione di filmati ed animazioni a rappresentazione dei contenuti testuali. Il corso ha previsto che una parte preponderante di argomenti fosse trattata in FAD; le ultime 4 ore sono infine dedicate alla simulazione di casi reali (discussione interattiva di casi proiettati in filmati) "in presenza".

La parte finale del corso è stata dedicata all'approfondimento del programma ATNO di contrasto alle ICA, consistente nella spiegazione dettagliata delle principali procedure aziendali sul tema.

Al fine rendere conto dei risultati della partecipazione al corso di formazione pubblichiamo il seguente grafico:

Risultati a Dicembre 2024

- Hanno completato il questionario PRE e POST formazione 12039 professionisti (60%)
- 78,22% sono donne
- Età media 47 anni
- Lavora in ambito sanitario in media da 20 anni



Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIAN LUIGI FERRI

DATA FIRMA: 28/06/2025 18:31:34

IMPRONTA: 37386434346634333964653938306466336336396361383963383339666337333236313461373562