

Relazione sanitaria 2023



Azienda USL Toscana Nord Ovest

SOMMARIO

1	DEMOGRAFIA, CARATTERISTICHE DEL TERRITORIO ED ASPETTI SOCIOECONOMICI	
	1.1 Contesto demografico	
	1.2. Indice di vecchiaia	
	1.3 Natalità	
	1.4 Nati di cittadinanza non italiana	
	1.5 Quoziente di incremento totale della popolazione	
	1.6 Popolazione residente in comuni montani	
	1.7 Popolazione residente in comuni urbani	
	1.8 Speranza di vita alla nascita	
	1.9 Speranza di vita a 65 anni	
	1.10 Stranieri iscritti alla anagrafe	
	1.11 Stranieri nuovi iscritti all'anagrafe	
	1.12 Densità abitativa	
	1.13 Indice di dipendenza anziani	
2	STILI DI VITA:	
	2.1 Fumo di sigaretta	
	2.2 Consumo di alcol	
	2.3 Sovrappeso ed obesità	
	2.4 Sedentarietà	
	2.5 Nutrizione	
3	MORTALITA'	
	3.1 Prime dieci cause di morte Regione Toscana	
	3.2 Mortalità per tutte le cause	
	3.3 Mortalità prematura	
	3.4 Mortalità per tumori	
	3.4.1 Mortalità per tumore al polmone	
	3.4.2 Mortalità per tumore colon retto	
	3.4.3 Mortalità per tumore della mammella	
	3.4.4 Mortalità per tumore della prostata	
	3.4.5 Mortalità per tumore della vescica	
	3.4.6 Mortalità per tumore dello stomaco	
	3.5 Mortalità per malattie del sistema circolatorio	
	3.6 Mortalità per infarto del miocardio	
	3.7 Mortalità per malattie cerebrovascolari	
	3.8 Mortalità per malattie dell'apparato digerente	
	3.9 Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio	
	3.10 Mortalità per cardiopatia ischemica	
	3.11 Mortalità per malattie dell' apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	
	3.12 Mortalità per incidenti stradali	
	3.13 Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario	
	3.14 Mortalità per overdose	

	3.15 Mortalità per traumatismi ed avvelenamenti	
	3.16 Mortalità per suicidio	
	3.17 Mortalità per Covid 19 - <i>dati aggiornati al: 08/06/2023</i>	
4	OSPEDALIZZAZIONE	
	4.1 Principali cause di ospedalizzazione (maschi)	
	4.2 Principali cause di ospedalizzazione (femmine)	
	4.3 Soggetti ricoverati per tutte le cause	
	4.4 Soggetti ricoverati per tumore	
	4.4.1 Dimissioni ospedaliere per tumore	
	4.5 Soggetti ricoverati per le principali tipologie tumorali	
	4.6 Soggetti ricoverati per malattie del sistema circolatorio	
	4.7 Soggetti ricoverati per malattie apparato digerente	
	4.8 Soggetti ricoverati per malattie apparato respiratorio	
	4.9 Soggetti ricoverati per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	
	4.10 Soggetti ricoverati per disturbi psichici	
	4.11 Soggetti ricoverati per malattie del sistema nervoso	
	4.12 Soggetti ricoverati per infarto del miocardio	
	4.13 Soggetti ricoverati per cardiopatia ischemica	
	4.14 Soggetti ricoverati per malattie cerebrovascolari	
	4.15 Soggetti ricoverati per malattie apparato genito urinario	
	4.16 Soggetti ricoverati per malattie apparato osteo muscolare	
	4.17 Soggetti ricoverati per traumatismi	
5	ALCUNE PATOLOGIE DI PARTICOLARE INTERESSE	
	5.1 Malati cronici di ipertensione	
	5.2 Malati cronici di insufficienza cardiaca	
	5.3 Malati cronici di pregresso ictus	
	5.4 Malattie respiratorie e BPCO	
	5.5 Malati cronici di diabete	
	5.6 Malattie infettive (mancato aggiornamento per l'anno 2022)	
	5.7 Salute mentale	
	5.7.1 Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 giorni dalla dimissione	
	5.7.2 Prevalenza d'uso farmaci antidepressivi	
6	LA SALUTE DEI GRUPPI DI POPOLAZIONE	
	6.1 Soggetti ricoverati per parto	
	6.2 Dimissioni ospedaliere per parto cesareo	
	6.3 Dimissioni ospedaliere per IVG	
	6.4 Anziani assistiti in domiciliare diretta	
	6.5 Anziani assistiti in Residenza Sanitaria Assistenziale permanente	
	6.6 Nati vivi prematuri	
	6.6.1 Natimortalità	
	6.6.2 Nati vivi di peso alla nascita basso	
	6.6.3 Nati vivi prematuri	

7	DIPARTIMENTO E ATTIVITA' DI PREVENZIONE	
	7.1 Screening oncologici (NON AGGIORNATO)	
	7.2 Vaccinazioni	
	7.2.1 Anti-poliomielite	
	7.2.2 Anti-morbillo-parotite-rosolia	
	7.2.3 Anti-papillomavirus	
	7.2.4 Anti-influenzale	
8	OSPEDALE – I VOLUMI DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA	
	8.1 Volumi dell'attività ospedaliera.	
	8.2 Mobilità ospedaliera	
	8.3 Attrazione ospedaliera	
9	OSPEDALE – INDICATORI DI ESITO	
	9.1 Gli indicatori di esito dell'attività ospedaliera	
10	TERRITORIO	
	10.1 Volumi dell'attività: alcuni indicatori di performance	
	10.1.1 Monitoraggio dell'emoglobina glicata	
	10.1.2 Monitoraggio della creatinina o clearance	
	10.1.3 Monitoraggio della microalbuminuria tra i malati cronici di diabete mellito	
	10.1.4 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di diabete mellito	
	10.1.5 Visita oculistica in due anni tra i malati cronici di diabete mellito	
	10.1.6 Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina tra i malati cronici di diabete mellito	
	10.1.7 Terapia con statine tra i malati cronici di diabete mellito	
	10.2 Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II tra i malati cronici di insufficienza cardiaca	
	10.2.1 Terapia con beta-bloccanti tra i malati cronici di insufficienza cardiaca	
	10.3 Monitoraggio della creatinina o clearance tra i malati cronici di ipertensione	
	10.3.1 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di ipertensione	
	10.4 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	
	10.4.1 Registrazione della glicemia in CAD tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	
	10.4.2 Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell' angiotensina II tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	
	10.4.3 Terapia con beta bloccanti tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	
	10.4.4 Terapia antitrombotica tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	
	10.4.5 Terapia con statine tra i malati cronici di cardiopatia ischemica	
	10.5 Terapia antitrombotica nei malati cronici di pregresso ictus	
	10.5.1 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di pregresso ictus	
	10.6 Misurazione spirometrica tra i malati cronici di BPCO	
	10.6.1 Terapia con broncodilatatori tra i malati cronici di BPCO	
	10.7 Assistenza specialistica ambulatoriale	
	10.8 Riabilitazione	
	10.8.1 Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni (biennio 2020-2022)	
	10.8.2 Riabilitazione post ictus entro 28 giorni (biennio 2020-2022)	
	10.9 Indicatori di attività ospedaliera per condizioni sensibili alle cure territoriali	
	10.9.1 Angina pectoris senza interventi, ospedalizzazione	
	10.9.2 Tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti	
	10.9.3 Tasso di ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario	

	10.9.4 Diabete, complicanze a breve termine, ospedalizzazione	
	10.9.5 Diabete, complicanze a lungo termine, ospedalizzazione	
	10.9.6 Diabete non controllato, senza complicanze, ospedalizzazione	
11	EMERGENZA	
	11.1 Chiamate ricevute dalle centrali 118 con richiesta di soccorso	
	11.2 Interventi di soccorso del 118	
	11.3 Missioni effettuate dal 118	
	11.4 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso per codice assegnato di triage	
	11.5 Accessi al PS dei presidi della Toscana che esitano in ricovero	
	11.6 Percentuale di pazienti in osservazione breve intensiva	
	11.7 Percentuale di accessi che esitano in abbandono da parte dei pazienti	
12	RETI CLINICHE (DATI NON AGGIORNATI)	

Allegato	La pandemia in Asl Nord Ovest	
-----------------	--------------------------------------	--

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. Il periodo pandemico Covid 19, iniziato a marzo 2020, come già descritto nella relazione 2020, ha prodotto l'interruzione dell'andamento "normale" degli indicatori descrittivi dei fenomeni di nostro interesse.

La stabilità e la prevedibilità a cui eravamo abituati, infatti, non si sono riprodotti in forza delle modificate condizioni generali di vita, di lavoro e di salute imposte a tutta la popolazione. Le Relazioni Sanitarie della Azienda Toscana Nord Ovest, relative agli anni 2020 , 2021 e 2022, quindi, accanto alla estrazione e discussione degli indicatori “obbligatori” riportati nel sito ARS alla sezione dedicata e di alcuni altri pubblicati sul sito MeS, sono caratterizzate dall’affiancamento di dati, estranei al pattern classico, non standardizzati, non confrontabili secondo i parametri epidemiologici corretti, ma fortemente rappresentativi del fenomeno storico più incisivo sulle popolazioni, tra quanti avvenuti negli ultimi decenni. Dal testo della Relazione Sanitaria della Azienda Toscana Nord Ovest 2021, dunque, alcuni indicatori “obbligatori” che non sono stati aggiornati, essendo rimasti identici a quelli dell’anno precedente, sono stati stralciati dal documento odierno. Il fenomeno pandemico inatteso, d’altro canto, non è ancora stato consolidato nella forma delle misure epidemiologicamente elaborabili in modo stabile e corretto. Gran parte dei dati a nostra attuale disposizione si trovano tutt’oggi nella forma “grezza” ed incompleta, non elaborati in quel livello di dettaglio indispensabile per portarli alla forma “pulita” preliminare alla loro trasformazione in indicatori solidi e confrontabili tra loro. Il lavoro da “cronisti di guerra”, già impostato negli anni scorsi e resosi utile per raccontare gli eventi 2020 e 2021 è stato ampliato ed aggiornato e anche, quest’anno, viene fornito agli utilizzatori, un link “navigabile” e facilmente fruibile; per l’ultima volta. I lettori dovranno approcciare alla valutazione dei dati ricavabili dal link allegato (eventi sanitari maggiori provocati dal Covid 19) tenendo presenti le seguenti regole: -innanzi tutto, la consapevolezza del fatto che nessuna misura estraibile e calcolabile a carico di una zona o di una provincia è matematicamente “confrontabile” con l’omologa della zona o della provincia vicina: i dati utilizzati in questo modello, infatti, sono “grezzi” e “non standardizzati”. -le misure che abbiamo utilizzate ed inserite nel modello erano quelle già presenti sia sulle banche dati “classiche” per la produzione dei flussi sanitari correnti (ADT) sia quelle presenti su banche già esistenti per altre finalità (sispc), ma rimodellate, durante l’evento epidemico, nell’intento di dare risposte, in emergenza, all’urgenza di gestire l’inatteso imprevedibile. -molte informazioni mancano o sono imprecise. Alcuni esempi: il dato anagrafico talvolta confonde lo stato di residente con quello di domiciliato. Il numero di eventi spesso è ripetuto sullo stesso soggetto, nello stesso periodo (ad esempio ospedalizzazione; di conseguenza questo dato va considerato nell’ottica della valutazione del carico di lavoro imposto agli ospedali e non un analogo approssimabile al tasso di ospedalizzazione). Mancano parte dei dati relativi alle ospedalizzazioni di cittadini residenti in ATNO, ma ricoverati altrove. E viceversa, sono inseriti nel file dati di cittadini ricoverati in ATNO, ma residenti altrove per errata attribuzione della residenza. Il numero di morti per causa del covid non è ancora riconoscibile a partire da quello totale dei morti “con covid”. Mancano ancora parte dei dati relativi ai decessi di cittadini residenti in ATNO, ma avvenuti altrove. E viceversa, sono inseriti nel file dati di cittadini deceduti in ATNO, ma residenti altrove per errata attribuzione della residenza. Tutti i dati estratti sono stati analizzati da un gruppo di lavoro costituito dagli esperti: Roberto Della Cerra, Alice Canale, Luca Mosti, Marcella Maci, Chiara Lorenzini, coordinato dalla dott.ssa Paola Vivani (UO Epidemiologia aziendale). Con il supporto dal valore inestimabile fornito dal dott. Carlo Giontella.

Capitolo1 - DEMOGRAFIA, CARATTERISTICHE DEL TERRITORIO ED ASPETTI SOCIOECONOMICI

1.1 Contesto demografico

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 e 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.

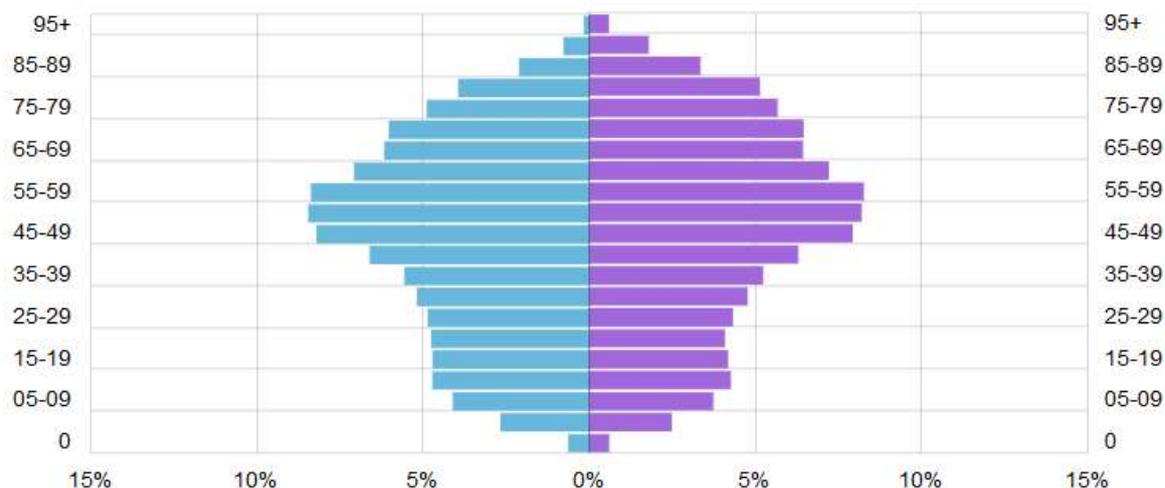
Note:

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - **Numeratore:** Popolazione residente toscana per classe d'età e sesso al 1/1 dell'anno di riferimento **Denominatore:** Popolazione residente toscana al 1/1 dell'anno di riferimento - **Misure disponibili:** Numero - **Livello geografico:** Toscana, Comune, AUSL, ex-AUSL, Zona socio-sanitaria **Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo:** 2019

Struttura per età e sesso dei residenti

Numero

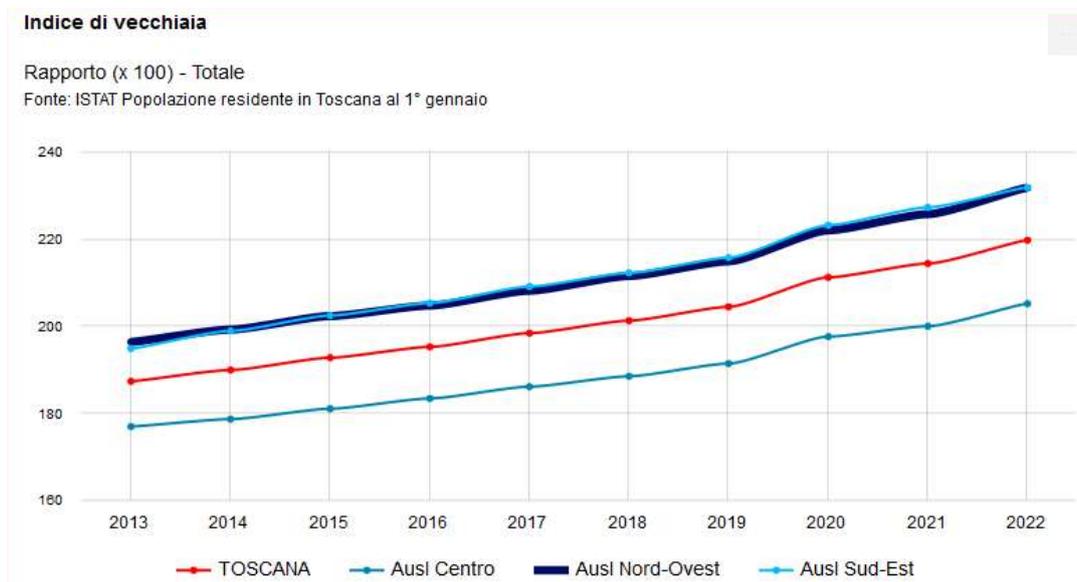
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



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.

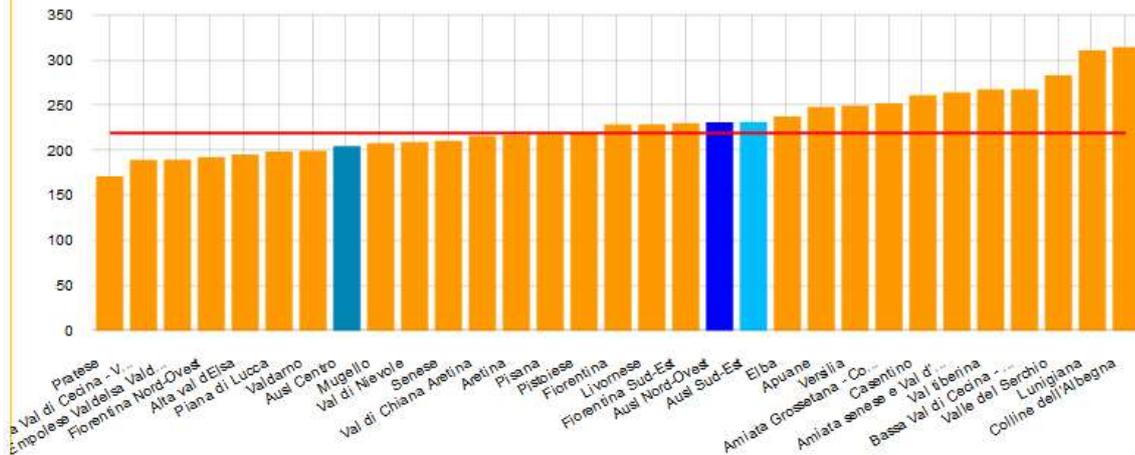
Se letto insieme ad altri indici di struttura (ad esempio di invecchiamento o dipendenza), l'indice di vecchiaia descrive sinteticamente, meglio della semplice media, l'età della popolazione. L'età è un forte determinante di salute, capace di spiegare, almeno in parte, molte delle differenze di incidenza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



Indice di vecchiaia

Rapporto (x 100) - Anno 2022 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Indice di vecchiaia

Rapporto (x 100) - Anno 2022 - Maschi

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Residenti 65+	Rapporto
REGIONE TOSCANA	417.413	186,85
AUSL CENTRO	174.947	172,22
AUSL NORD-OVEST	145.622	198,38
AUSL SUD-EST	96.844	200,05

Indice di vecchiaia

Rapporto (x 100) - Anno 2022 - Femmine

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Residenti 65+	Rapporto
REGIONE TOSCANA	537.818	254,93
AUSL CENTRO	228.759	240,71
AUSL NORD-OVEST	187.166	267,11
AUSL SUD-EST	121.893	265,80

Il grafico (maschi+femmine) mette in evidenza il permanere del trend in crescita per questo indicatore, che mantiene da anni le stesse proporzioni tra i diversi territori e tra questi e la media della regione Toscana.

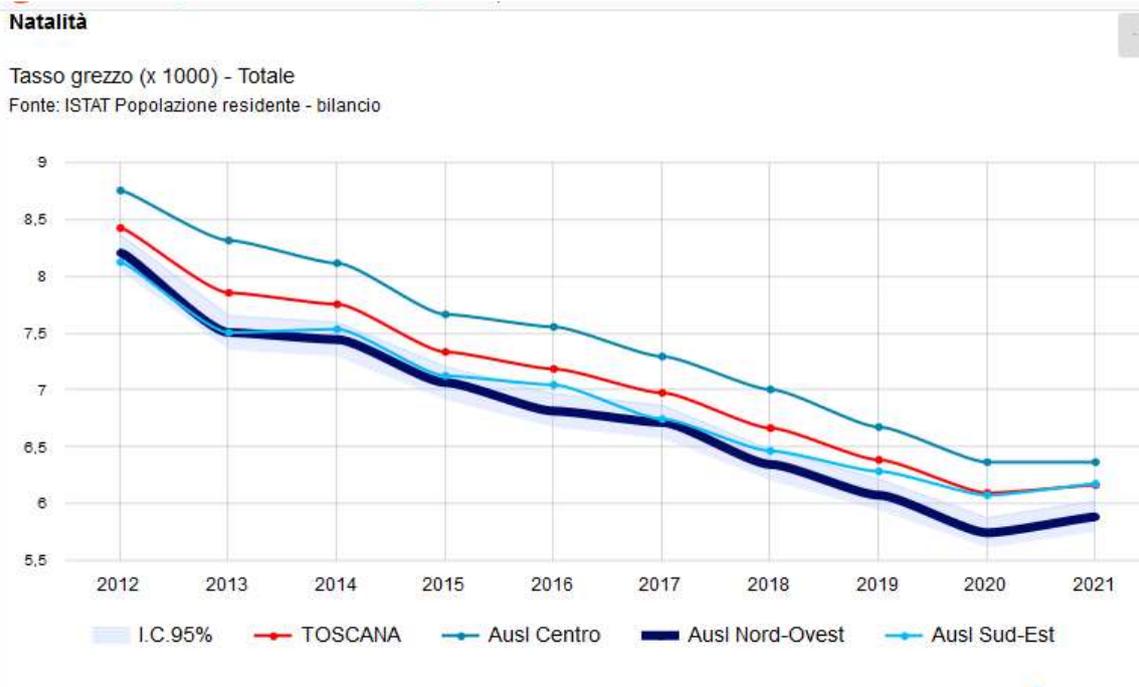
Le tabelle confermano la posizione della Ausl Nord-Ovest che, sovrapprendendosi alla linea della Ausl Sud-Est, mantiene il suo incremento sempre al di sopra della media della regione Toscana.

L'indice di vecchiaia, suddiviso per sessi, indica una maggiore sopravvivenza delle femmine rispetto ai maschi.

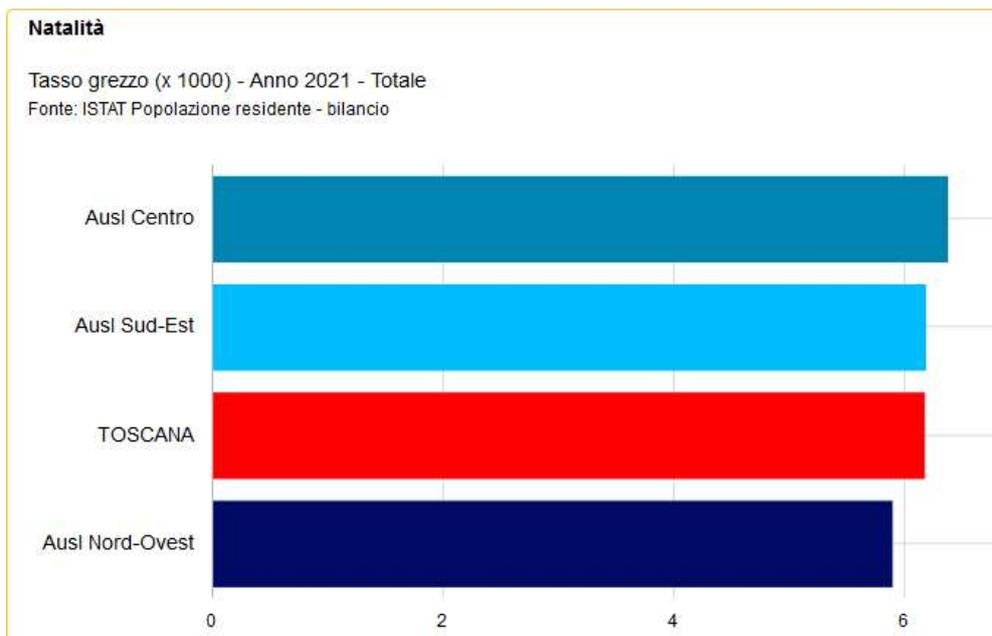
1.3 Natalità

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 2010 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.



Il grafico fino al triennio 2019-2020 risulta speculare a quello che rappresenta l'andamento dell'indice di vecchiaia. Nell'ultimo triennio, corrispondente al periodo pandemico, tutte le Aziende presentano un incremento dell'indicatore particolarmente evidente nella Asl Toscana Nord-Ovest che tuttavia, come in tutti i trienni precedenti, resta sempre al di sotto della media di regione Toscana come ben rappresentato dagli istogrammi qui di seguito:

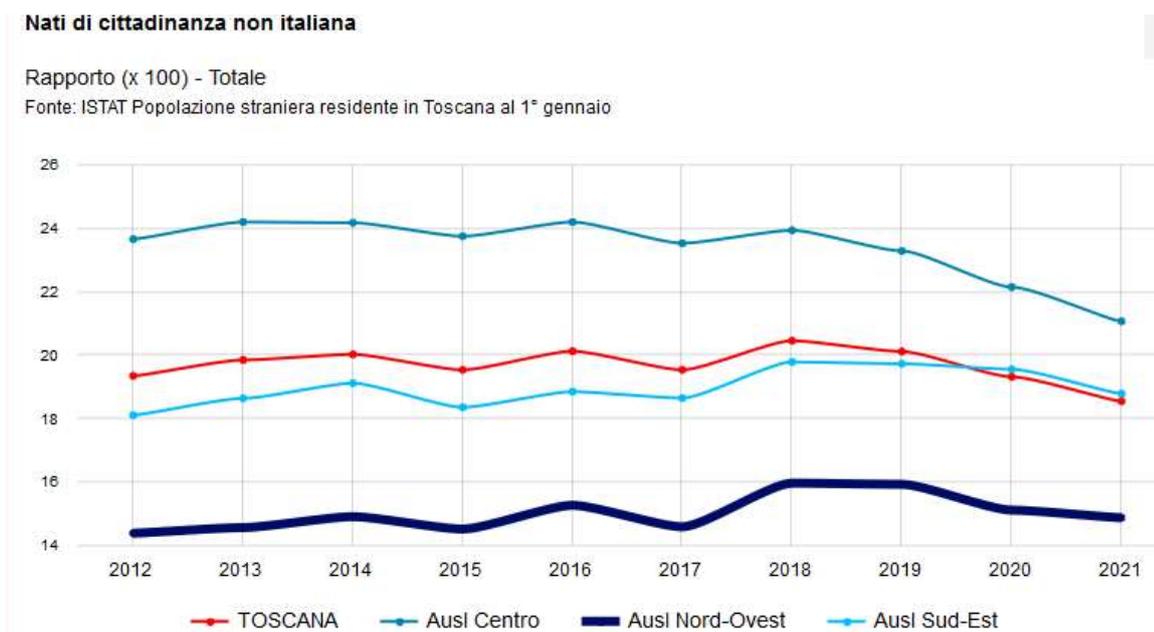


1.4 Nati di cittadinanza non italiana

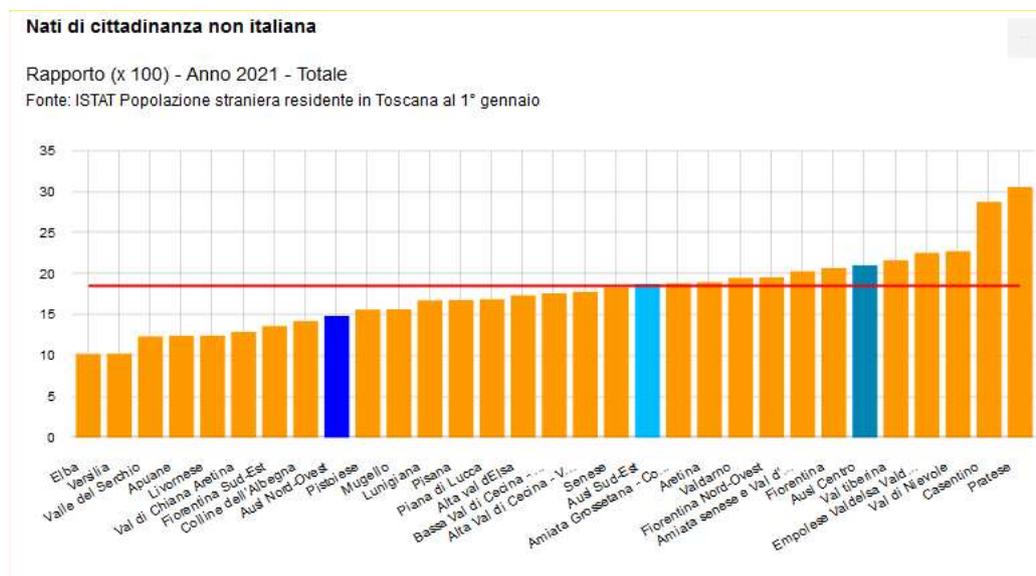
L'incidenza dei nati con almeno un genitore straniero sul totale delle nascite è un indicatore che consente di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Toscana.

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, che interessa ormai da più di dieci anni le donne italiane, 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



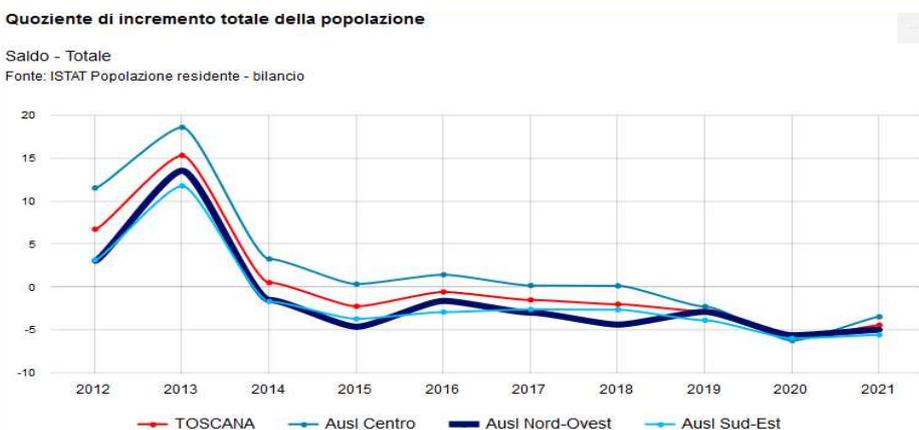
Nel grafico ad istogrammi non solo si evidenzia l'ultima posizione della Ausl Nord-Ovest, che si pone al di sotto della media regionale per questo indicatore, ma risulta evidente anche come i numeri crescano nei territori storicamente più abitati da popolazioni straniere, non sorprende dunque il primo posto della zona Pratese.



1.5 Quoziente di incremento totale della popolazione

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). E' atteso che in presenza di saldi positivi la popolazione tenda a veder diminuire la propria età media, per l'effetto combinato del ricambio generazionale (nati che superano i morti, generalmente anziani) e della dinamica migratoria (mediamente i nuovi residenti hanno età più giovani della media). Il trend passato dell'indicatore può aiutare a prevedere la struttura per età della popolazione a breve/medio termine. Di seguito il grafico aggiornato all'anno 2021:

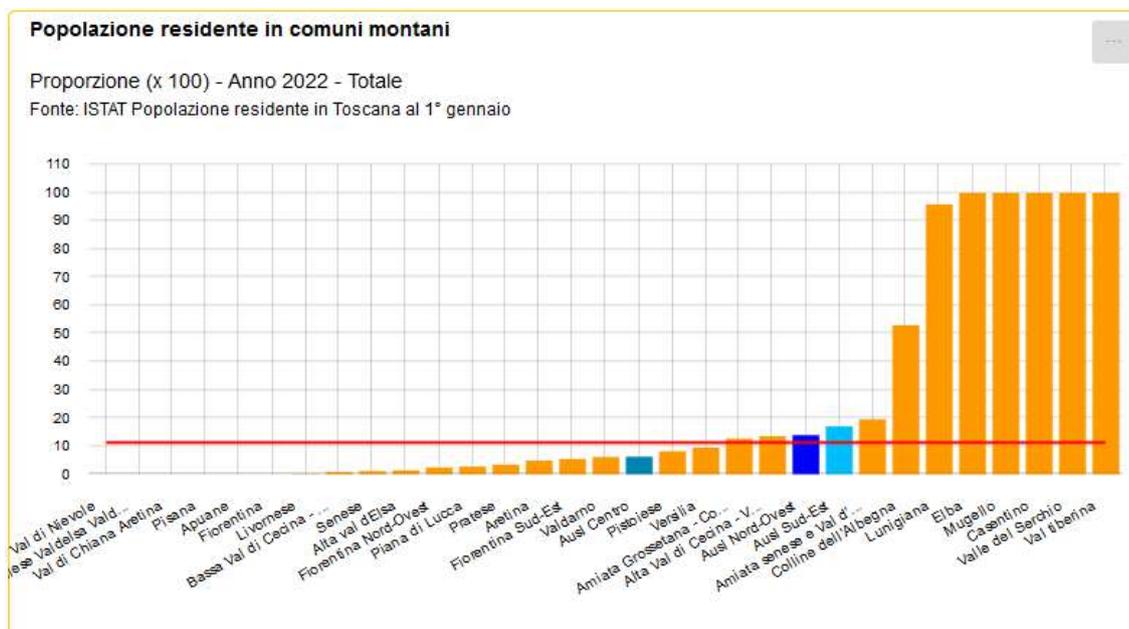


1.6 Popolazione residente in comuni montani

Il contesto montano 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 (accessibilità e distanza) o agli stili di vita (propensione all'attività fisica, dieta). Le evidenze sull'effetto del livello di urbanizzazione, di cui l'ambiente montano rappresenta l'estremo più basso, sulla salute non sono univoche, entrambi gli estremi della scala (elevata o minima urbanizzazione) hanno vantaggi e svantaggi. La sfida è di riuscire a massimizzare i vantaggi e minimizzare gli svantaggi. Solitamente la popolazione che vive in comuni montani è mediamente più anziana di quella che vive in comuni urbani. L'urbanizzazione è, infatti, associata con maggiori opportunità lavorative, formative e ricreative.

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.

Di seguito il grafico che rappresenta la distribuzione della popolazione montana in regione Toscana:



1.7 Popolazione residente in comuni urbani

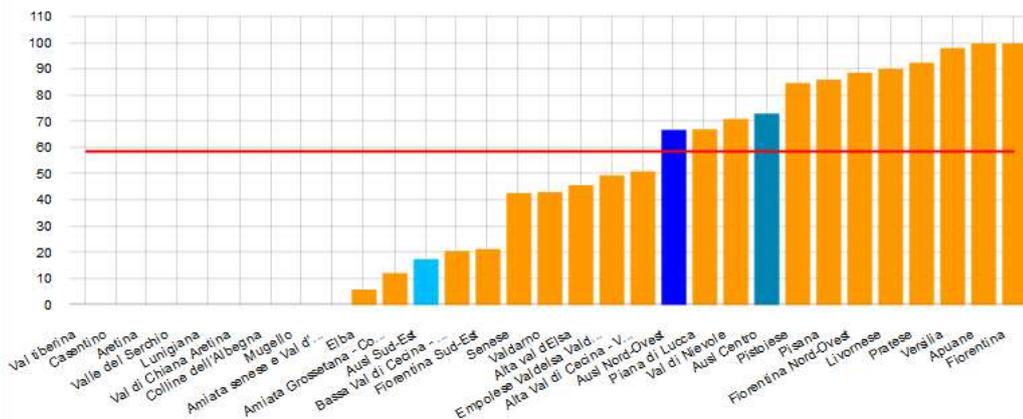
L'urbanizzazione può avere effetti diretti e indiretti sulla salute, legati all'ambiente (aria, acque, rumore), ai determinanti sociali e di comunità (reti di comunità, disuguaglianze), all'accesso ai servizi o agli stili di vita (propensione all'attività fisica in primis). Le evidenze sull'effetto del livello di urbanizzazione sulla salute non sono univoche, entrambi gli estremi della scala (elevata o minima urbanizzazione) hanno vantaggi e svantaggi. La sfida è di riuscire a massimizzare i vantaggi e minimizzare gli svantaggi. Solitamente la popolazione che vive in comuni urbani è mediamente più giovane di quella che vive in comuni rurali o montani. L'urbanizzazione è, infatti, associata con maggiori opportunità lavorative, formative e ricreative.

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.

Popolazione residente in comuni urbani

Proporzione (x 100) - Anno 2022 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



1.8 Speranza di vita alla nascita

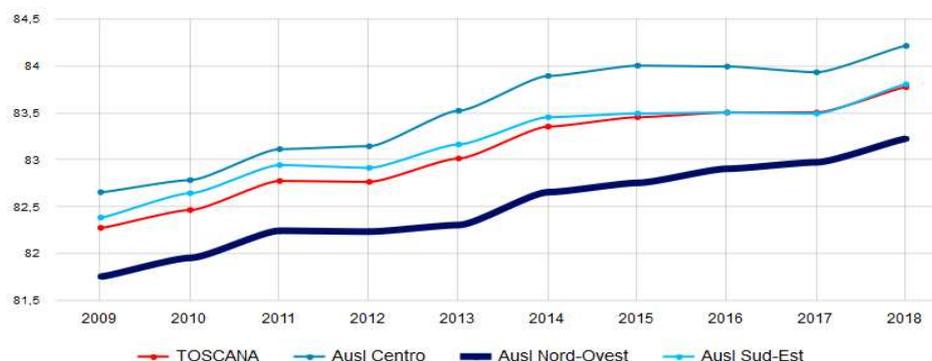
L'indicatore misura il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita in base ai tassi di mortalità osservati nell'ultimo triennio. Si tratta di uno degli indicatori di salute più utilizzati, perché è riflesso non solo dei livelli di mortalità di una popolazione,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

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 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.

Speranza di vita alla nascita

Speranza di vita - Totale

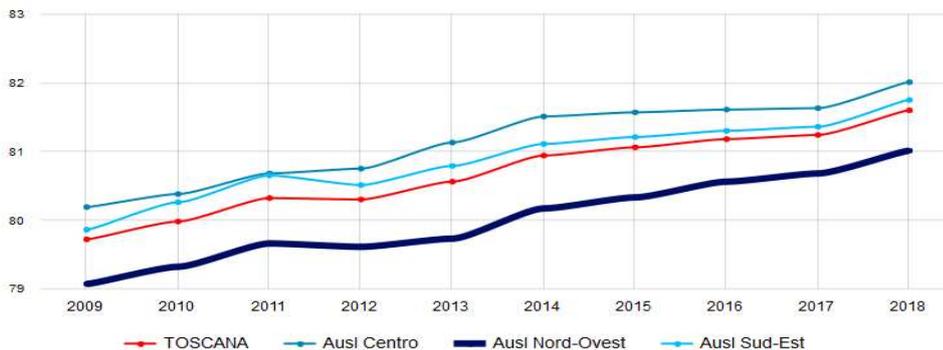
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Speranza di vita alla nascita

Speranza di vita - Maschi

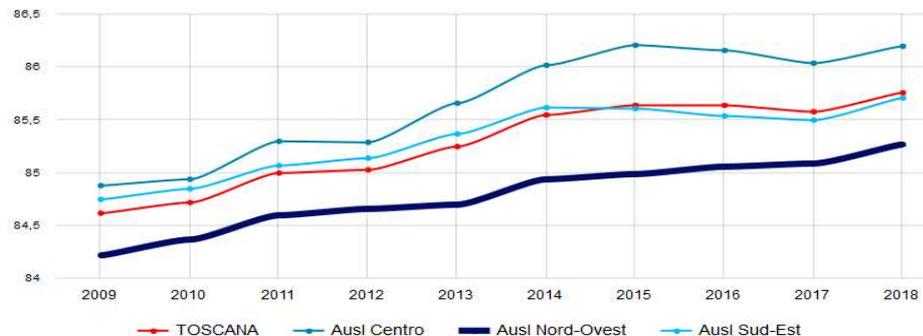
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Speranza di vita alla nascita

Speranza di vita - Femmine

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



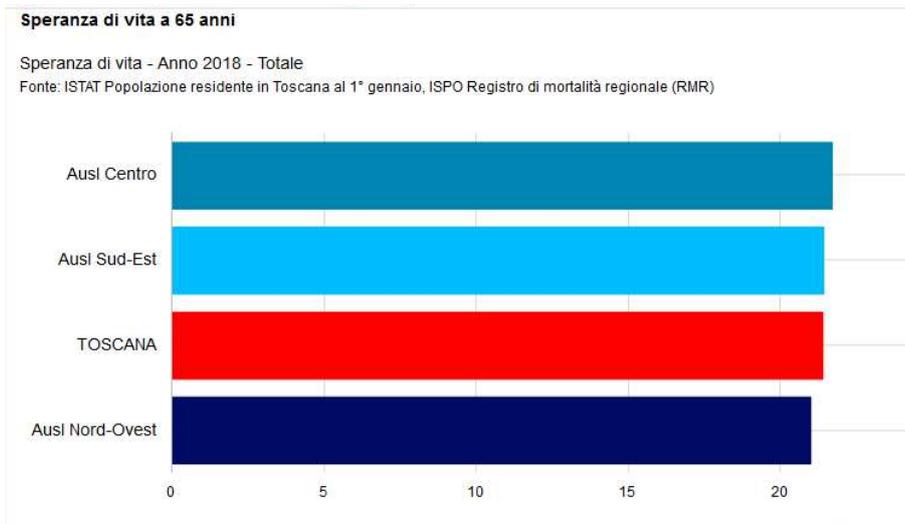
I valori di questo indicatore per quanto manifestino un certo incremento nel 2018, lasciano la Ausl Nord-Ovest al di sotto di tutte le altre aziende toscane e ben al di sotto della media regionale.

1.9 Speranza di vita a 65 anni

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.

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.

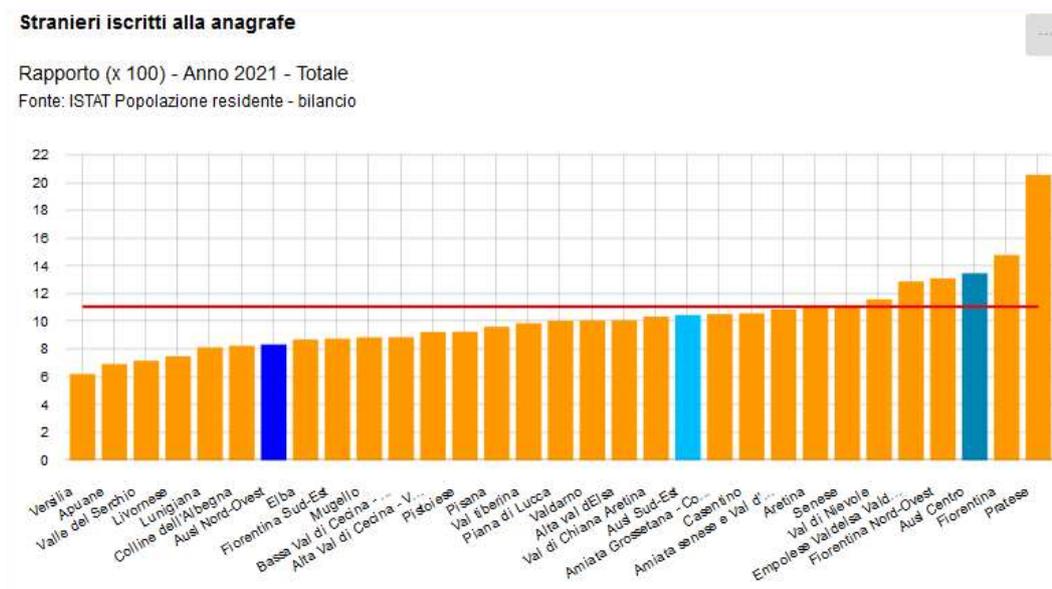
Il grafico ad istogrammi dimostra che la Ausl Nord-ovest è l'unica a stazionare al di sotto della media regionale.



1.10 Stranieri iscritti alla anagrafe

Nel corso degli ultimi anni il tema della popolazione straniera presente sul territorio nazionale ha richiamato molta attenzione da parte dell'opinione pubblica. Dobbiamo tener presente che quando parliamo di popolazione straniera iscritta all'anagrafe comunale, si tratta di persone che per motivi sia di carattere economico, studio o umanitario, risiedono stabilmente sul territorio. In Toscana, al 1 gennaio 2019, i cittadini stranieri rappresentano l'8,7% della popolazione residente (Toscana, 11,2%).

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. L'indicatore non contiene le informazioni relative a cittadini stranieri non residenti sul territorio.



1.11 Stranieri nuovi iscritti alla anagrafe

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.

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



Dopo la deflessione corrispondente agli anni 2019-2020 risulta una ripresa dell'indicatore che aumenta in tutte le aziende nel 2021.

1.12 Densità abitativa

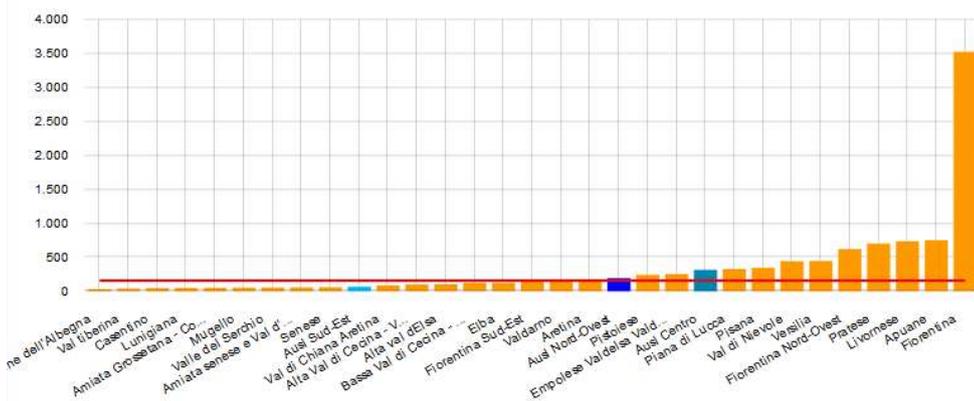
La densità abitativa misura il numero di persone che vivono in una determinata area. Può essere considerata un proxy del livello di urbanizzazione di un territorio e tende a diminuire nelle aree rurali, montane o periferiche. L'urbanizzazione può avere effetti diretti e indiretti sulla salute, legati 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.

L'eventuale impatto, ovviamente, non è dovuto alla densità abitativa in sé, ma al contesto urbano e sociale alla quale è associata. Tendenzialmente, le zone meno abitate sono caratterizzate da una popolazione con pochi giovani e adulti in età lavorativa e un'alta percentuale di anziani (over65enni) e grandi anziani (over75enni). 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.

Densità abitativa - Numero residenti per Km quadrato

Proporzione - Anno 2022 - Totale

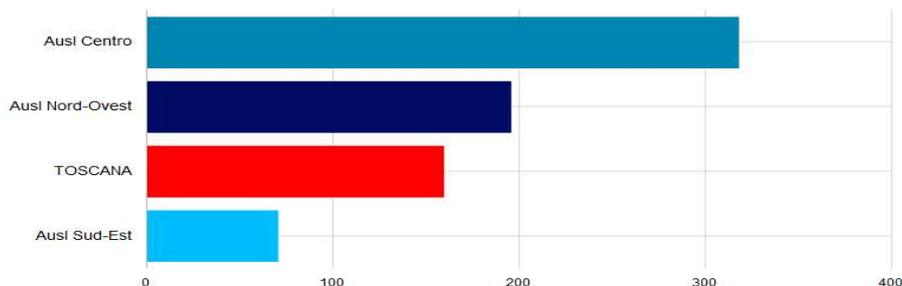
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Densità abitativa - Numero residenti per Km quadrato

Proporzione - Anno 2022 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



1.13 Indice di dipendenza anziani

L'indice di dipendenza degli anziani misura quanti ultra64enni ci sono ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni). E' 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



Indicatore in incremento nel 2022 per tutte le aziende.

La Ausl Nord-Ovest si attesta ancora su valori inferiori a quelli medi di regione Toscana.

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 cronic-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 cronic-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.

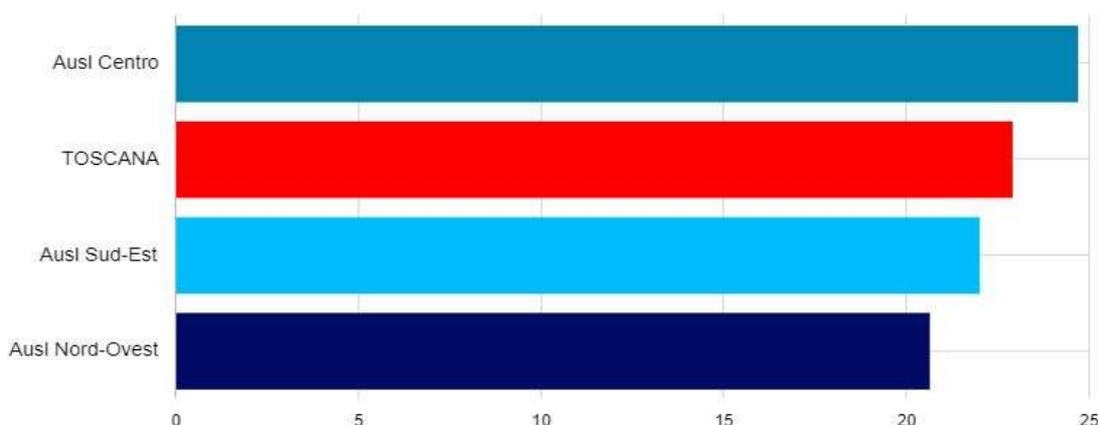
Nell'ultimo decennio a livello globale si è assistito ad una lenta diminuzione del consumo di sigarette in particolar modo nei paesi industrializzati.

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) - Periodo 2018-2021 - Totale

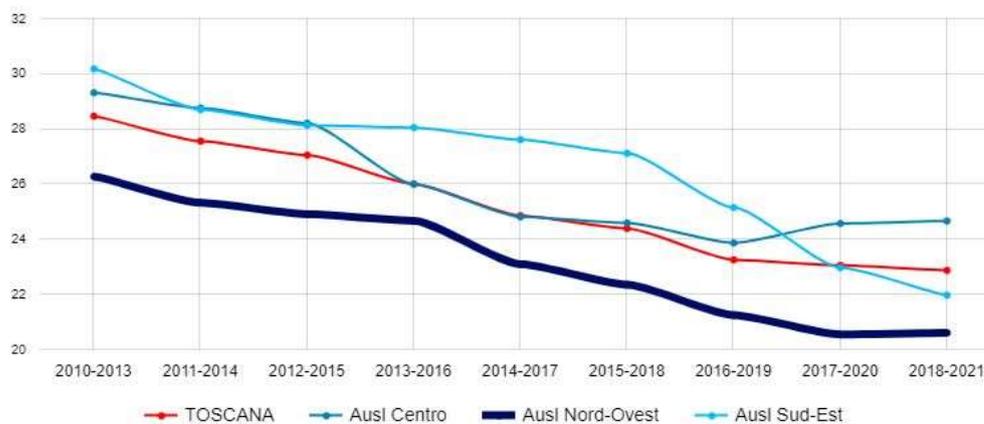
Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



Fumatori (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI

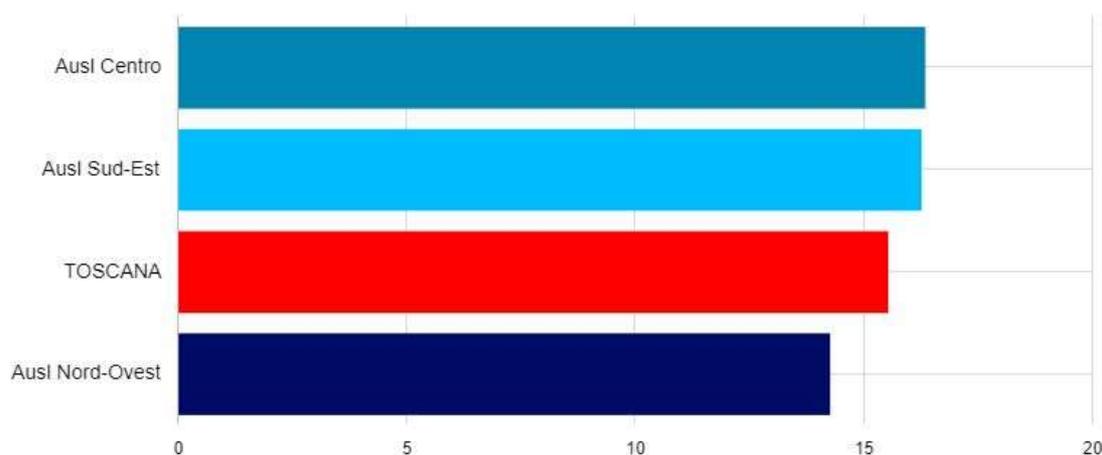


L'indicatore stima la quota di persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni che rientra nella definizione dell'OMS di fumatore. La Ausl Nord Ovest ha il più basso rapporto di fumatori rispetto alle altre Ausl e alla media della Regione (22,89%). Nell'ultimo decennio si è assistito ad una progressiva diminuzione del numero totale di fumatori, che nell'ultimo triennio si è arrestata determinando persino un lieve aumento passando da 20,56% a 20,62%. Il parametro considerato comprende tutti i fumatori indipendentemente dal numero di sigarette fumate.

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

Prevalenza - Anno 2022 - Totale

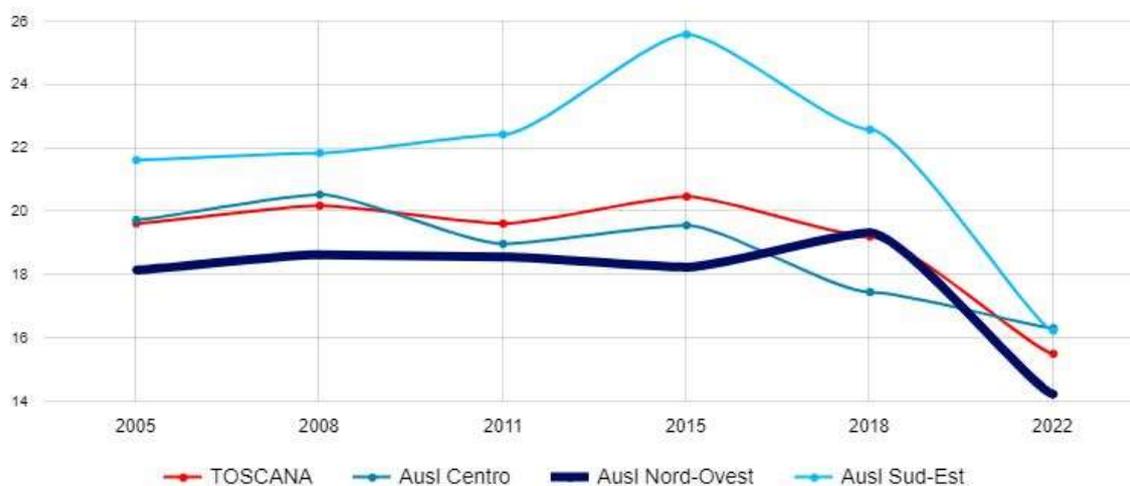
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



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.

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 (15,52). 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 prevalenza di 14,25 nel 2022.

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:

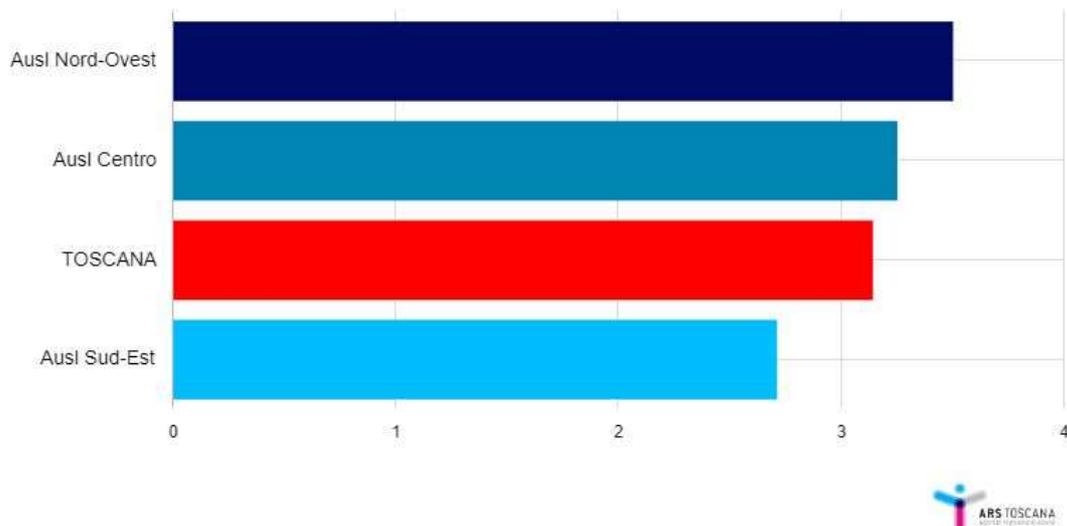
- soglia del consumo moderato per gli uomini = 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno, corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni; per le donne = 1 UA in media al giorno, corrispondenti a 30 UA negli ultimi 30 giorni.

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

Consumo abituale elevato (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Periodo 2018-2021 - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI

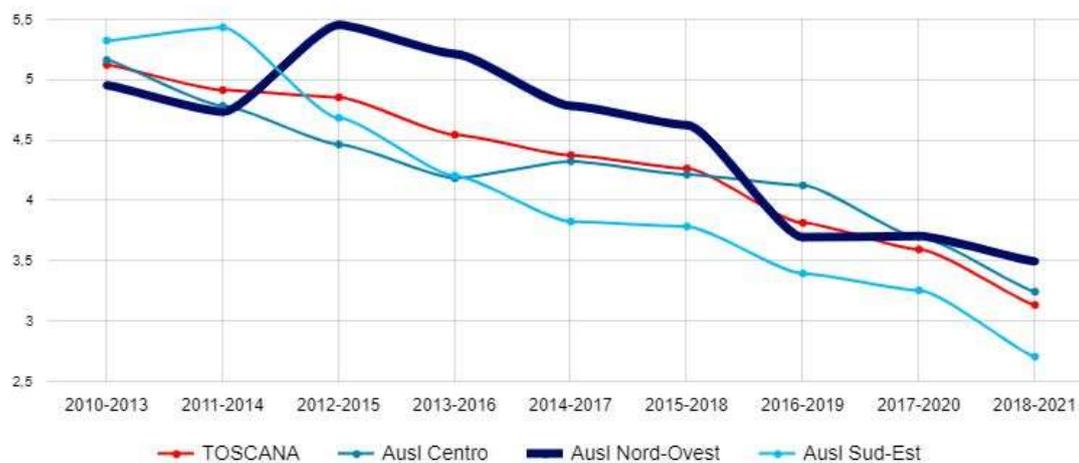


- uomini che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >2 unità alcoliche al giorno (cioè >60 UA negli ultimi 30 giorni) e
donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >1 unità alcolica al giorno (cioè >30 UA negli ultimi 30 giorni).

Consumo abituale elevato (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



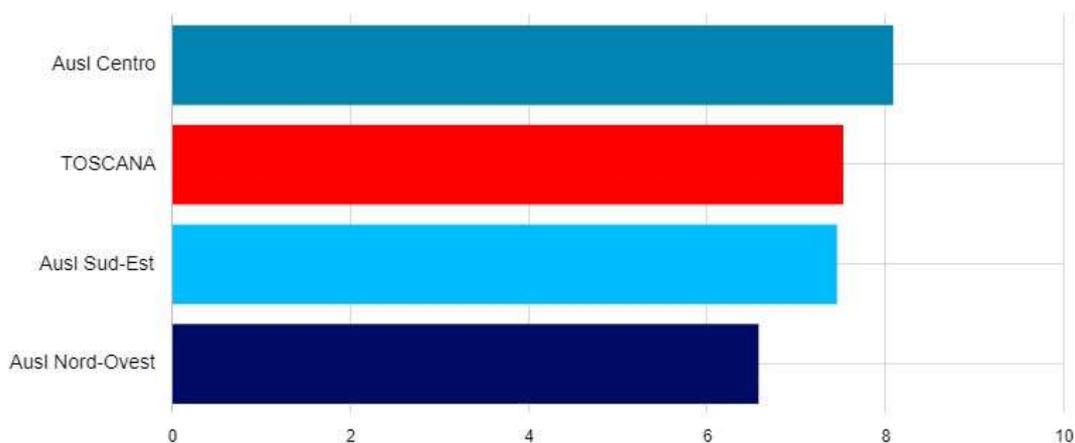
L'indicatore stima il rapporto di uomini tra i 18 e i 69 anni che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >2 unità alcoliche al giorno (cioè >60 UA negli ultimi 30 giorni) più le donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >1 unità alcol al giorno (cioè >30 UA negli ultimi 30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

La Ausl Toscana Nord ovest ha la maggior percentuale di persone che consumano abitualmente dosi elevate di alcol, rispetto alle

Binge drinkers (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Periodo 2018-2021 - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



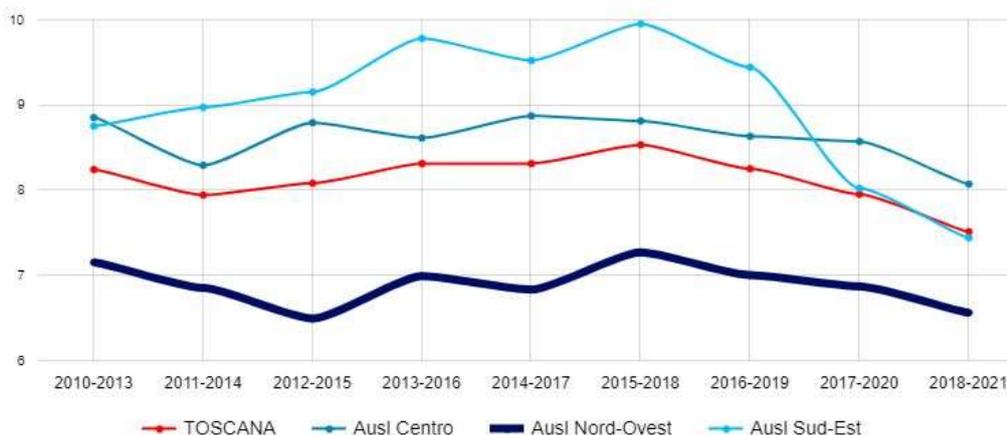
altre Ausl e alla media della Regione Toscana (3,14%)

Nonostante questo negli ultimi 10 anni il consumo ha subito una diminuzione, passando da un valore di 4,96% del 2010 (nel 2012-2015 aumento fino al 5,46%), ad un valore di 3,5% nel 2021.

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 (7,52%) e alle altre Ausl, la Nord Ovest ha il numero più basso di Binge drinkers. Nell'ultimo decennio l'andamento ha subito varie oscillazioni ma ad oggi il trend è in diminuzione (6,57% del 2018-2021 rispetto a 6,88% del 2017-2020 e 7,16% del 2010-2013).

2.3 Sovrappeso ed obesità

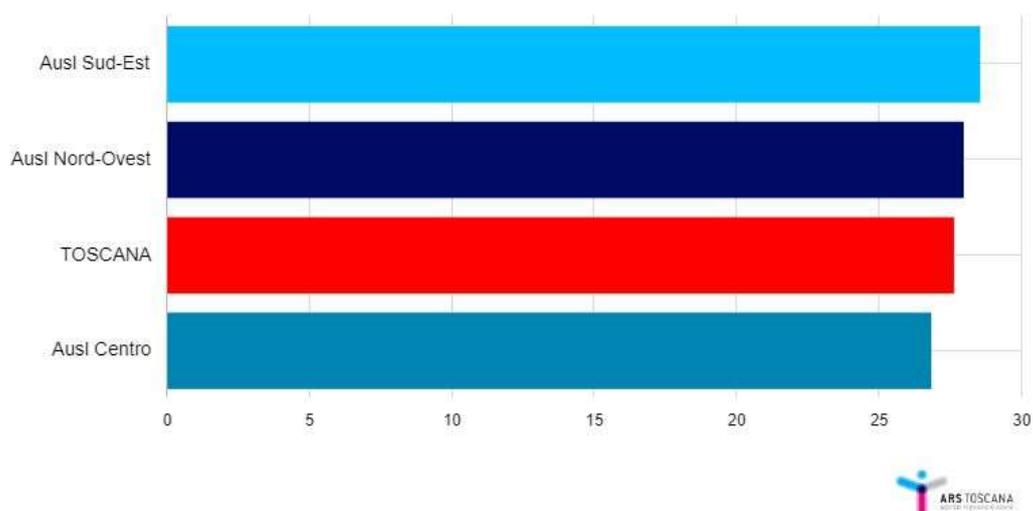
Sovrappeso e obesità, sono condizioni associate a importanti rischi per la salute ed *in primis* alle malattie cardiovascolari. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 1980 ad oggi l'obesità nel mondo è più che raddoppiata, gli adulti in sovrappeso raggiungono il 39% e gli obesi il 13%. La 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.

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).

Sovrappeso (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Periodo 2018-2021 - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI

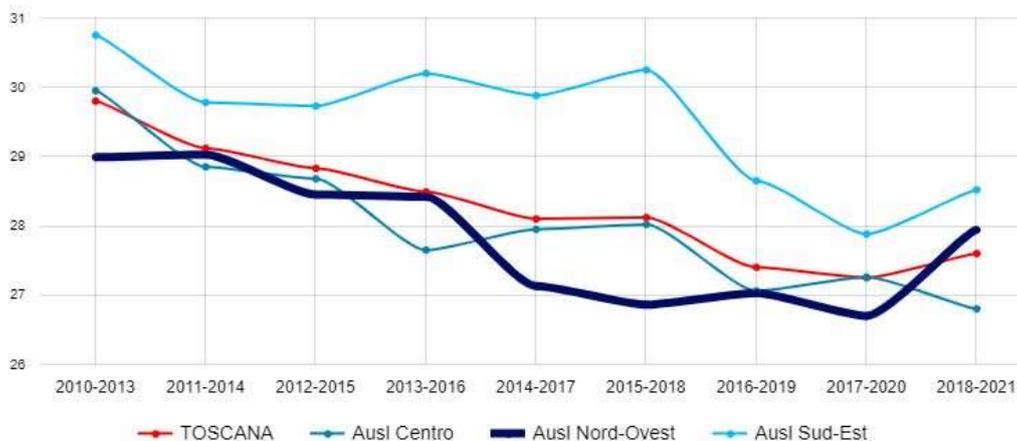


Ad oggi la Ausl Toscana Nord Ovest ha una percentuale di persone in sovrappeso maggiore rispetto alla media regionale (27,95% NO

Sovrappeso (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI

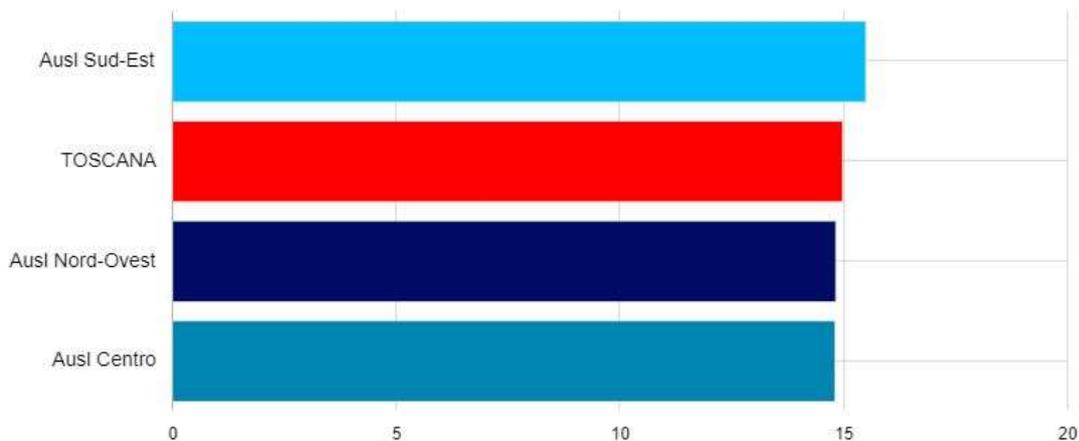


vs 27,61% Regione). Nell'ultimo decennio si è assistito ad una progressiva diminuzione, anche se con varie oscillazioni, del numero totale di persone in sovrappeso. Nell'ultimo triennio invece, la condizione di sovrappeso è andata ad aumentare passando dal valore di 26,71% al valore di 27,95%.

Studenti e studentesse (14-19 anni) in sovrappeso

Prevalenza - Anno 2022 - Totale

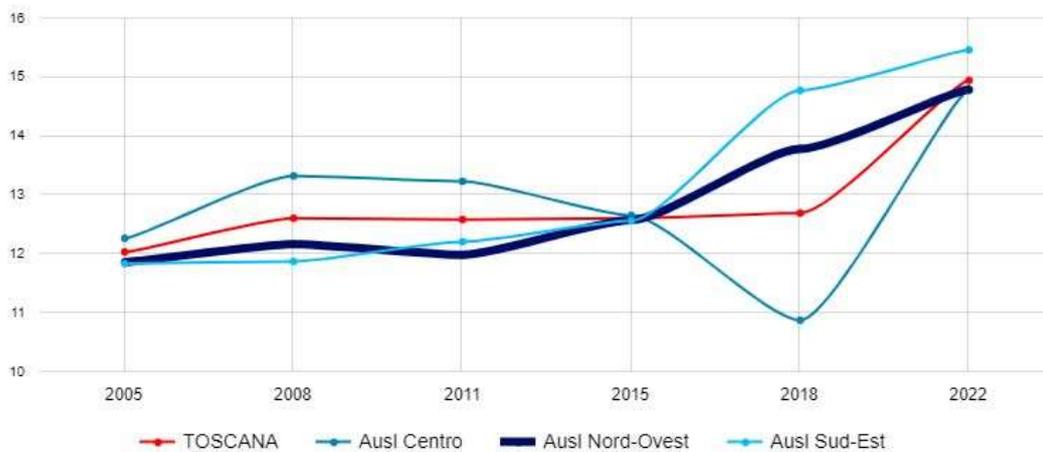
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



Studenti e studentesse (14-19 anni) in sovrappeso

Prevalenza - Totale

Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



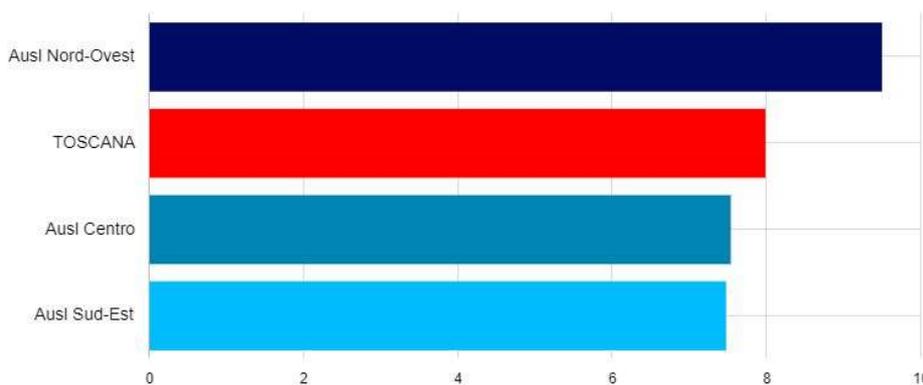
Sovrappeso e obesità in giovane età (infanzia e adolescenza) possono persistere fino all'età adulta e risultano associati a comorbilità fisiche e psicosociali, nonché a scarsi risultati cognitivi. Questo indicatore per mezzo del calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) stima la quota di adolescenti (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) - Periodo 2018-2021 - 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).

La Ausl Toscana Nord Ovest ha una percentuale maggiore rispetto alle altre Ausl e alla

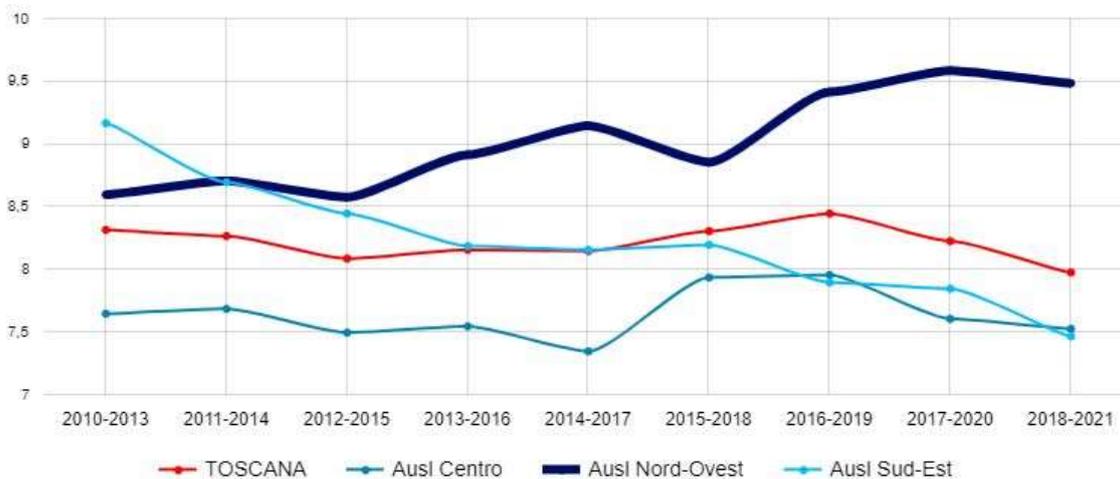
media delle Regione (9,49% NO vs 7,98% Regione). Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un progressivo aumento del numero delle persone obese che si è arrestato nell'ultimo triennio (2018-2021) fino al raggiungimento del valore di 9,49% (9,59% nel precedente 2017-2020).



Obesità (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



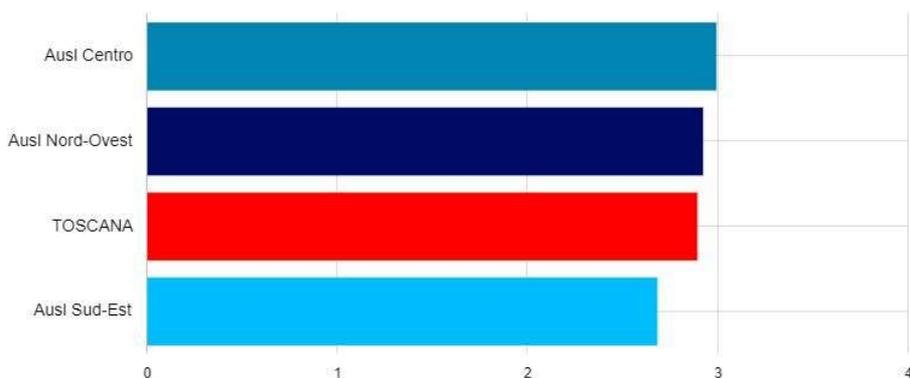
Questo indicatore per mezzo del calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) stima la quota di adolescenti (età 14-19 anni) toscani affetti da obesità e che sono dunque esposti ai rischi connessi con questa condizione.

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).

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

Rapporto pesato (x 100) - Anno 2022 - Totale

Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



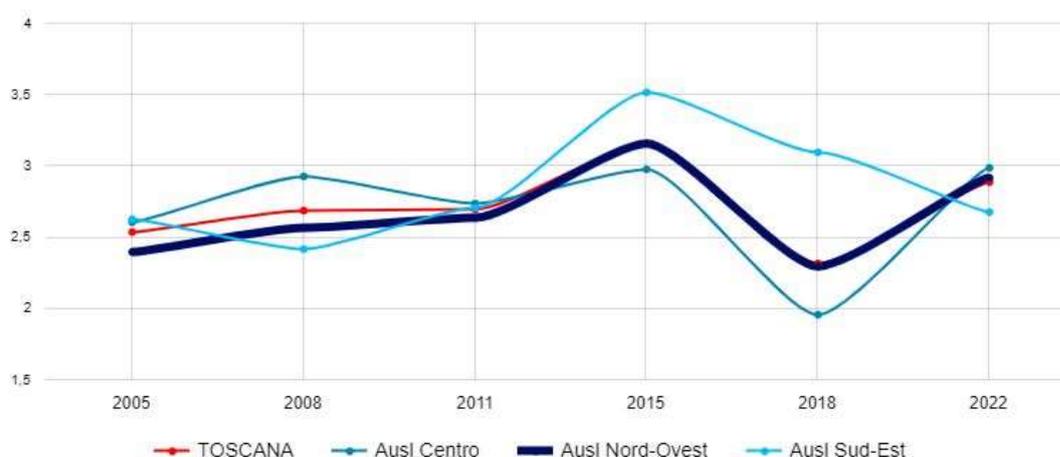
In analogia alla condizione di sovrappeso, negli ultimi anni si è assistito ad un incremento del numero di adolescenti obesi passando da un valore del 2,3% nel 2018 ad un valore del 2,92% nel 2022.



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

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



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.

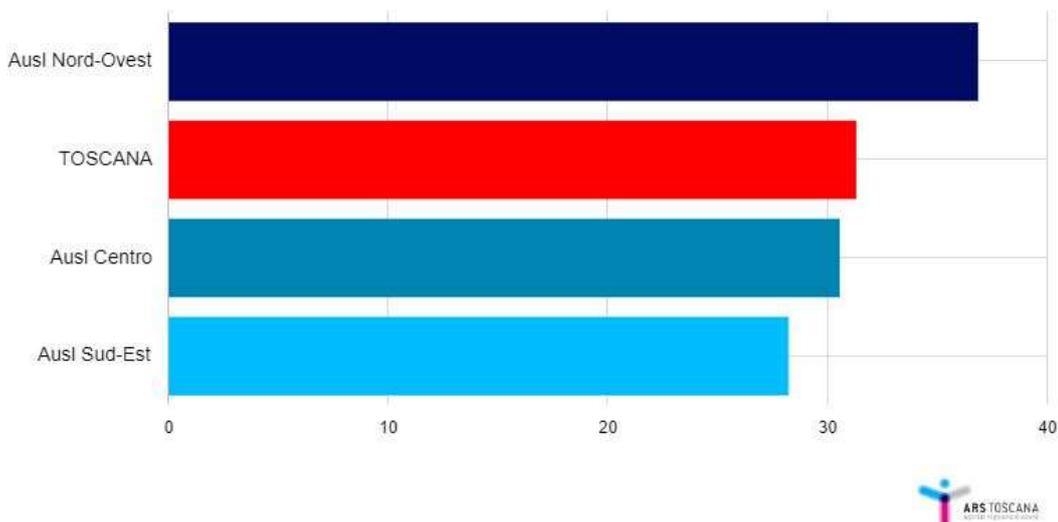
L'indicatore è rappresentato dalla percentuale di soggetti di età 18-69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di non aver fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista.

L'Ausl Nord Ovest ha la maggior percentuale di soggetti sedentari (36,83% rispetto alla media regionale del 31,28%) che riflette l'andamento in aumento degli ultimi anni, in particolare dell'ultimo triennio (nel 2017-2020 la percentuale era del 35,87%).

Sedentari (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Periodo 2018-2021 - Totale

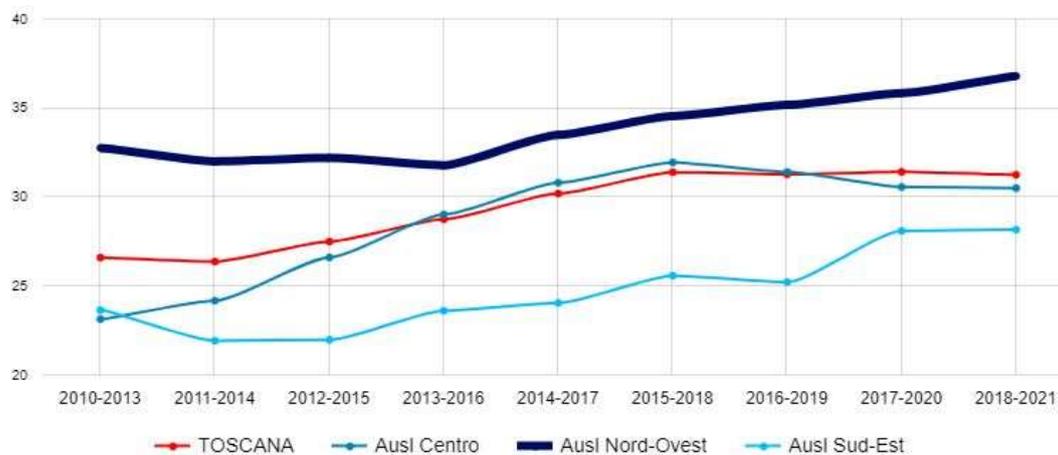
Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



Sedentari (18-69 anni)

Rapporto pesato (x 100) - Totale

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



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

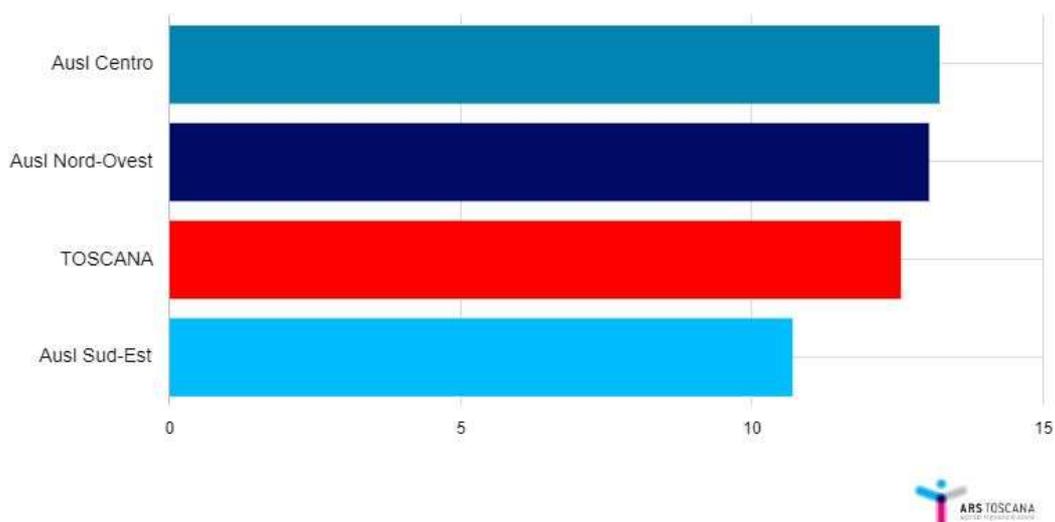
Al contrario delle altre Ausl e della media regionale (12,55), la prevalenza degli adolescenti sedentari della Ausl Toscana Nord Ovest è in aumento (13,03 nell'anno 2022 rispetto a 12,58 dell'anno 2018).

2.5 Nutrizione

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

Prevalenza - Anno 2022 - Totale

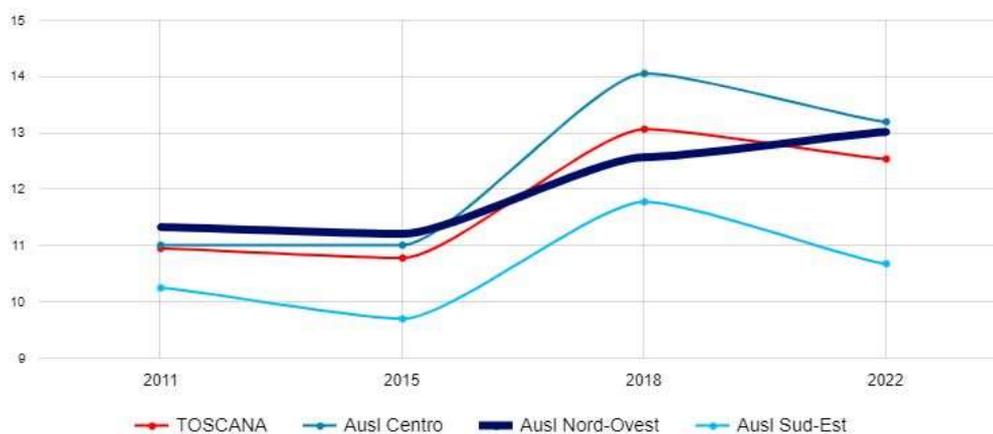
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



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

Prevalenza - Totale

Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



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.

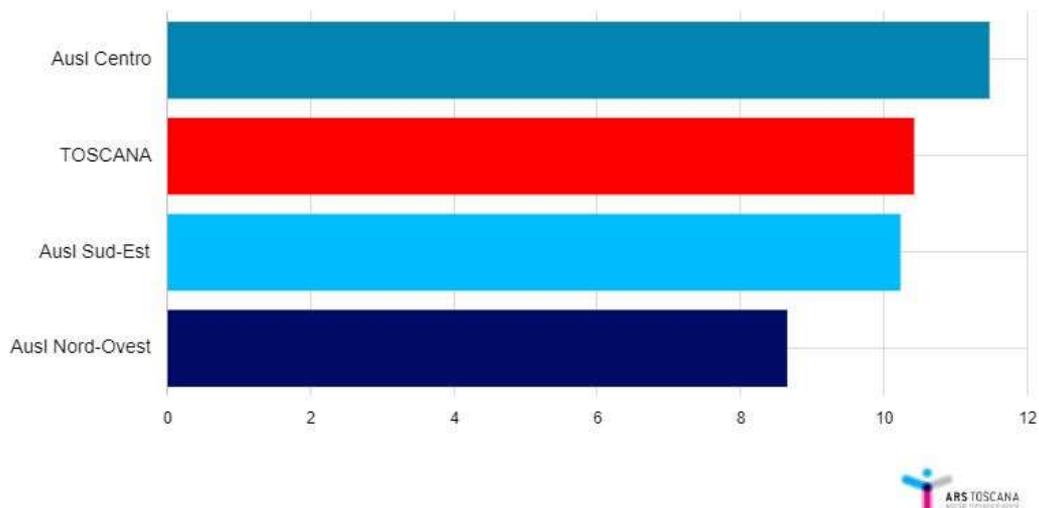
L'indicatore stima la quota di adulti toscani (età 18-69 anni) che riferiscono un consumo quotidiano di questi alimenti pari o superiore alle 5 porzioni.

L'Ausl Toscana Nord Ovest ha la percentuale più bassa di soggetti che consumano 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno (8,64% NO vs 10,41% media Regione). Negli ultimi 10 anni il consumo di frutta e verdura ha avuto un andamento altalenante con sia riduzioni che incrementi. Nell'ultimo triennio il trend è stato in diminuzione, passando dal 9,12% del 2017-2020 al 8,64% del 2018-2021.

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

Rapporto (x 100) - Periodo 2018-2021 - Totale

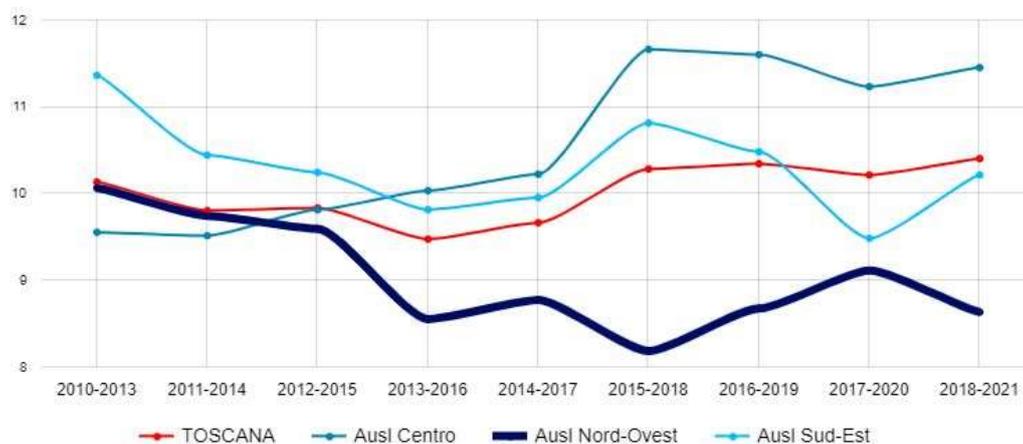
Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



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

Rapporto (x 100) - Totale

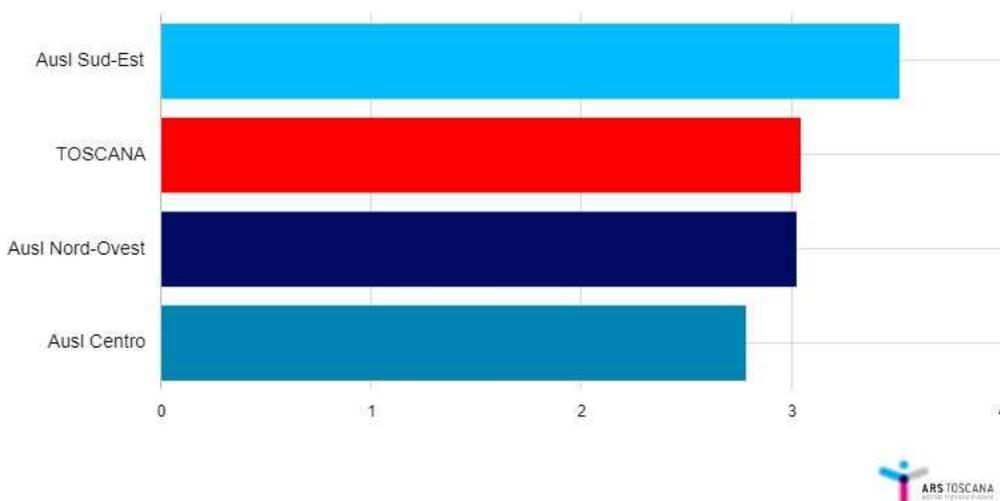
Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza nazionale PASSI



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).

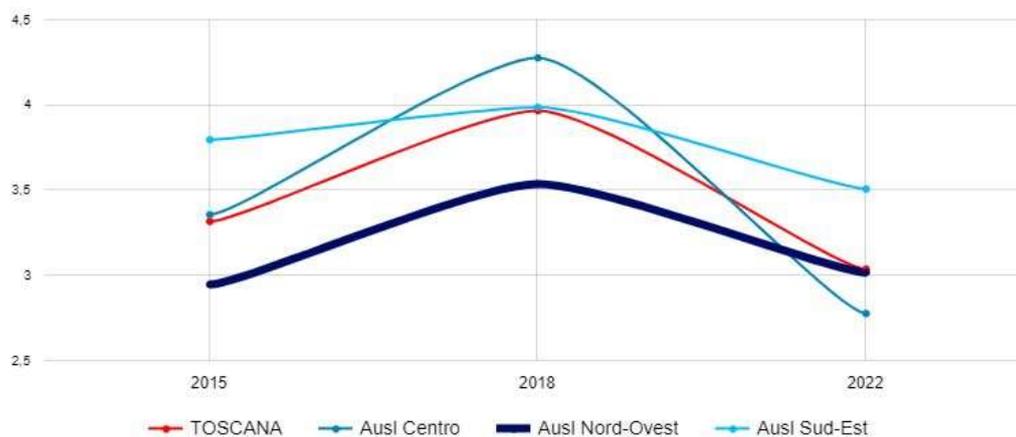
Adolescenti (14-19 anni) che consumano al giorno almeno 5 porzioni di frutta/verdura

Prevalenza - Anno 2022 - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



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

Prevalenza - Totale
Fonte: EDIT Rilevazione Stili di vita



Capitolo 3 Mortalità

La mortalità è, insieme all'ospedalizzazione, una delle due principali fonti utilizzate 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 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. traumatismi, infarto, ictus), e aumenta la sopravvivenza media della popolazione.

Nei certificati di morte ci sono informazioni che permettono di misurare in modo più specifico, appropriato ed efficace la diffusione delle singole malattie. Selezionando in fase di analisi la causa di morte principale (codificata secondo la classificazione internazionale Icd9cm), 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 cardiocircolatorie, ma tra i giovani, ad esempio, sono gli incidenti stradali la causa principale di decesso.

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR) **Numeratore:** Residenti toscani deceduti per tutte le cause nel periodo di riferimento **Denominatore:** Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento

Misure disponibili: Numero, Tasso grezzo, Tasso standardizzato per età (x 100000), IC 95% **Popolazione standard:** EUROPA 2013

Livello geografico: Toscana, Comune, AUSL, ex-AUSL

Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Note: la residenza viene attribuita sulla base del comune di residenza indicato nella scheda di morte.

3.1 Prime dieci cause di morte Regione Toscana

Nelle tabelle di seguito possono essere confrontate le prime dieci cause di morte riferite alle tre Ausl ed alla media di Regione Toscana.

Dalla comparazione delle tabelle risulta la sovrapposibilità dei dati riferiti alle tre AUSL

La principale causa di morte nella AUSL Nord Ovest resta correlata a malattie dell'apparato cardiocircolatorio con una prevalenza sul sesso femminile rispetto a quello maschile, in sintonia con la media di Regione Toscana.

La seconda causa va attribuita ai tumori in tutte e tre le Ausl. Nella Toscana Nord Ovest, come anche nelle altre due aziende sanitarie il dato prevale a carico del sesso maschile.

Rapporto (x 100) - Periodo 2016-2018 - Totale

REGIONE TOSCANA	Disturbi psichici	3,34
REGIONE TOSCANA	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	3,19
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato digerente	3,56
REGIONE TOSCANA	Malattie infettive e parassitarie	2,37
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema nervoso	5,33
REGIONE TOSCANA	Tumori	28,00
REGIONE TOSCANA	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	4,01
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema circolatorio	34,33
REGIONE TOSCANA	Traumatismi e avvelenamenti	3,97
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato respiratorio	8,39

AUSL CENTRO	Malattie dell apparato respiratorio	9,44
AUSL CENTRO	Disturbi psichici	3,35
AUSL CENTRO	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	2,69
AUSL CENTRO	Malattie dell apparato digerente	3,48
AUSL CENTRO	Malattie infettive e parassitarie	2,16
AUSL CENTRO	Malattie del sistema nervoso	5,47
AUSL CENTRO	Tumori	28,85
AUSL CENTRO	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	3,68
AUSL CENTRO	Malattie del sistema circolatorio	33,55
AUSL CENTRO	Traumatismi e avvelenamenti	4,05
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	3,97
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	34,83
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avvelenamenti	3,69
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell apparato respiratorio	7,50
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	3,31
AUSL NORD-OVEST	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	3,48
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell apparato digerente	3,79
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	2,73
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	5,33
AUSL NORD-OVEST	Tumori	27,95
AUSL SUD-EST	Malattie del sistema nervoso	5,09
AUSL SUD-EST	Tumori	26,59
AUSL SUD-EST	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	4,67
AUSL SUD-EST	Malattie del sistema circolatorio	34,94
AUSL SUD-EST	Traumatismi e avvelenamenti	4,27
AUSL SUD-EST	Malattie dell apparato respiratorio	7,91
AUSL SUD-EST	Disturbi psichici	3,37
AUSL SUD-EST	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	3,60
AUSL SUD-EST	Malattie dell apparato digerente	3,32
AUSL SUD-EST	Malattie infettive e parassitarie	2,20

Rapporto (x 100) - Periodo 2016-2018 - **Maschi**

REGIONE TOSCANA	Disturbi psichici	2,33
REGIONE TOSCANA	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	2,11
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato digerente	3,56
REGIONE TOSCANA	Malattie infettive e parassitarie	2,07
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema nervoso	4,71
REGIONE TOSCANA	Tumori	32,88
REGIONE TOSCANA	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	3,75
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema circolatorio	31,36
REGIONE TOSCANA	Traumatismi e avvelenamenti	4,77
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato respiratorio	9,33
AUSL CENTRO	Malattie dell'apparato respiratorio	10,25
AUSL CENTRO	Disturbi psichici	2,49
AUSL CENTRO	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	1,80
AUSL CENTRO	Malattie dell'apparato digerente	3,29
AUSL CENTRO	Malattie infettive e parassitarie	1,91
AUSL CENTRO	Malattie del sistema nervoso	4,88
AUSL CENTRO	Tumori	33,63
AUSL CENTRO	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	3,38
AUSL CENTRO	Malattie del sistema circolatorio	30,71
AUSL CENTRO	Traumatismi e avvelenamenti	4,65
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	3,76
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	31,74
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avvelenamenti	4,72
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato respiratorio	8,52
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	2,14
AUSL NORD-OVEST	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	2,22
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato digerente	3,97
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	2,36
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	4,61
AUSL NORD-OVEST	Tumori	32,91
AUSL SUD-EST	Malattie del sistema nervoso	4,56
AUSL SUD-EST	Tumori	31,51

AUSL SUD-EST	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	4,37
AUSL SUD-EST	Malattie del sistema circolatorio	31,93
AUSL SUD-EST	Traumatismi e avvelenamenti	5,05
AUSL SUD-EST	Malattie dell'apparato respiratorio	8,92
AUSL SUD-EST	Disturbi psichici	2,35
AUSL SUD-EST	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	2,48
AUSL SUD-EST	Malattie dell'apparato digerente	3,39
AUSL SUD-EST	Malattie infettive e parassitarie	1,92

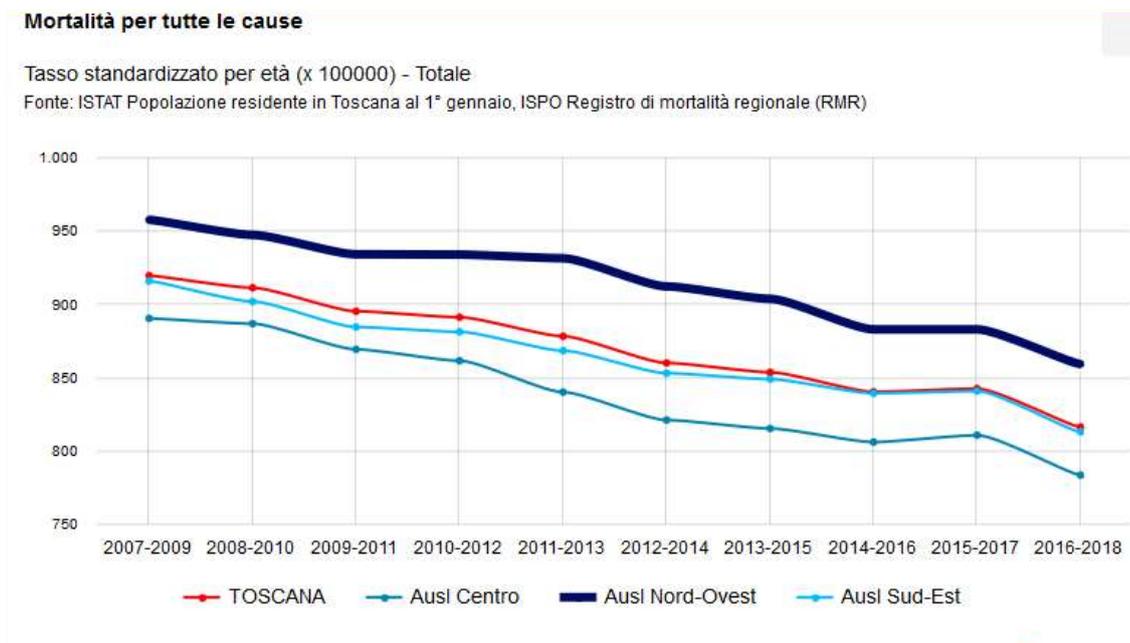
Rapporto (x 100) - Periodo 2016-2018 - **Femmine**

REGIONE TOSCANA	Disturbi psichici	4,23
REGIONE TOSCANA	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	4,14
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato digerente	3,56
REGIONE TOSCANA	Malattie infettive e parassitarie	2,64
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema nervoso	5,88
REGIONE TOSCANA	Tumori	23,68
REGIONE TOSCANA	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	4,25
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema circolatorio	36,96
REGIONE TOSCANA	Traumatismi e avvelenamenti	3,27
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato respiratorio	7,56
AUSL CENTRO	Malattie dell'apparato respiratorio	8,71
AUSL CENTRO	Disturbi psichici	4,11
AUSL CENTRO	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	3,49
AUSL CENTRO	Malattie dell'apparato digerente	3,65
AUSL CENTRO	Malattie infettive e parassitarie	2,39
AUSL CENTRO	Malattie del sistema nervoso	5,99
AUSL CENTRO	Tumori	24,59
AUSL CENTRO	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	3,94
AUSL CENTRO	Malattie del sistema circolatorio	36,08
AUSL CENTRO	Traumatismi e avvelenamenti	3,51
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	4,14
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	37,55
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avvelenamenti	2,80
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato respiratorio	6,60
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	4,34
AUSL NORD-OVEST	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	4,59

AUSL NORD-OVEST

	Malattie dell'apparato digerente	3,63
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	3,05
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	5,96
AUSL NORD-OVEST	Tumori	23,60
AUSL SUD-EST	Malattie del sistema nervoso	5,56
AUSL SUD-EST	Tumori	22,21
AUSL SUD-EST	Malattie endocrine. del metabolismo ed immunitarie	4,94
AUSL SUD-EST	Malattie del sistema circolatorio	37,61
AUSL SUD-EST	Traumatismi e avvelenamenti	3,59
AUSL SUD-EST	Malattie dell'apparato respiratorio	7,00
AUSL SUD-EST	Disturbi psichici	4,29
AUSL SUD-EST	Sintomi. segni e stati morbosi mal definiti	4,61
AUSL SUD-EST	Malattie dell'apparato digerente	3,26
AUSL SUD-EST	Malattie infettive e parassitarie	2,45

3.2 Mortalità per tutte le cause



I grafici presentano la medesima tendenza registrata negli anni precedenti con una deflessione più evidente nel triennio 2016-2018. Identica anche la distribuzione tra i diversi territori con la Ausl Nord Ovest che, presentando valori superiori a quelli delle altre Aziende e al di sopra della media di Regione Toscana.

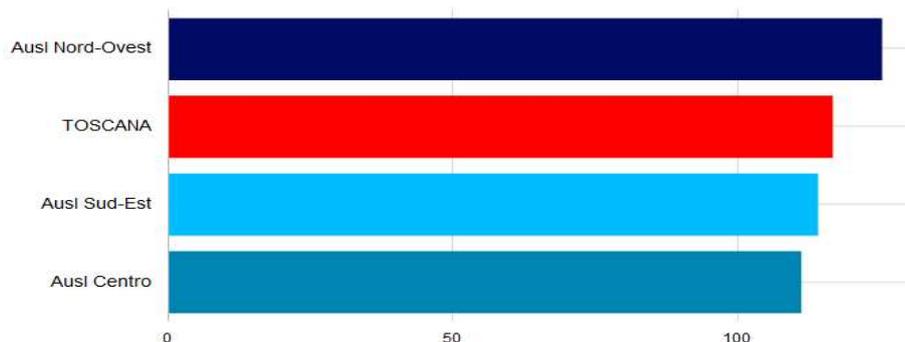
Non si rilevano differenze sostanziali tra i grafici riferiti ai due sessi.

3.3 Mortalità prematura

L'indicatore misura l'incidenza dei decessi prematuri nella popolazione. Per prematuri si intendono tutti i soggetti deceduti prima del compimento dei 65 anni. La soglia d'età individuata permette di intercettare i decessi che maggiormente incidono sul totale degli anni di vita persi rispetto alla speranza di vita media della popolazione. Tra le cause principali di morte in età adulta o giovane, oltre ai tumori e agli eventi acuti cardiovascolari (infarto, ictus), troviamo i traumatismi e gli incidenti, in particolare quelli stradali, e le malattie infettive. Decisamente minore su queste morti, invece, l'impatto delle malattie croniche, che mediamente colpiscono la popolazione in età più avanzata.

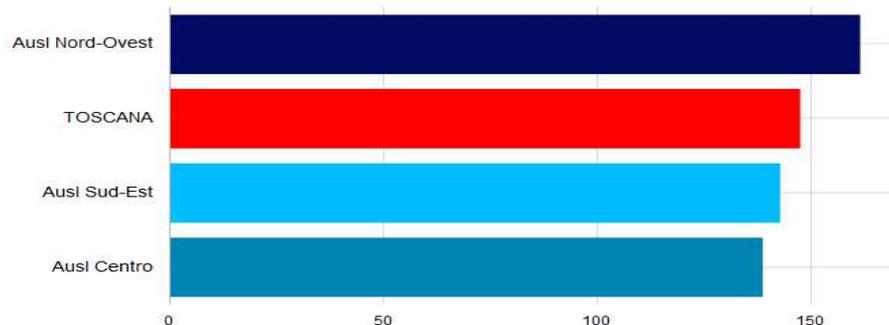
Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

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



Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Maschi

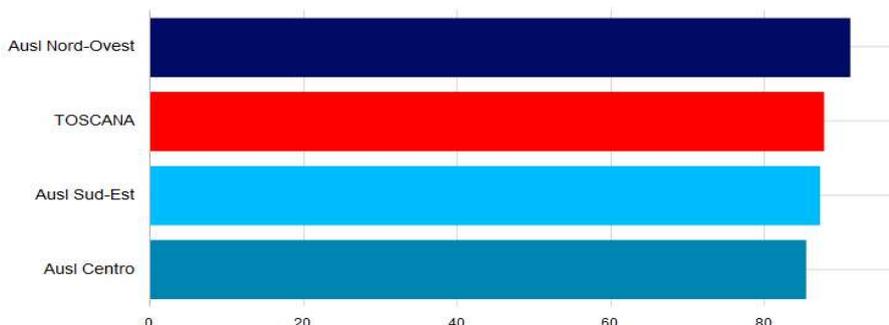
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



mortalità prematura

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Femmine

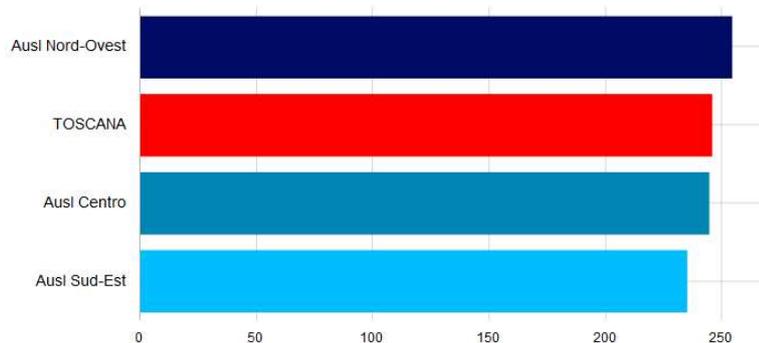
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



3.4 Mortalità per tumori

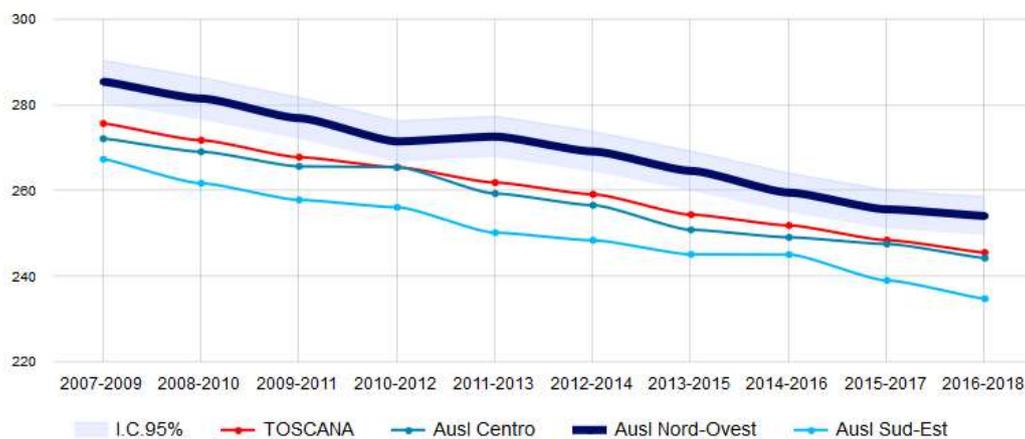
Mortalità per tumori

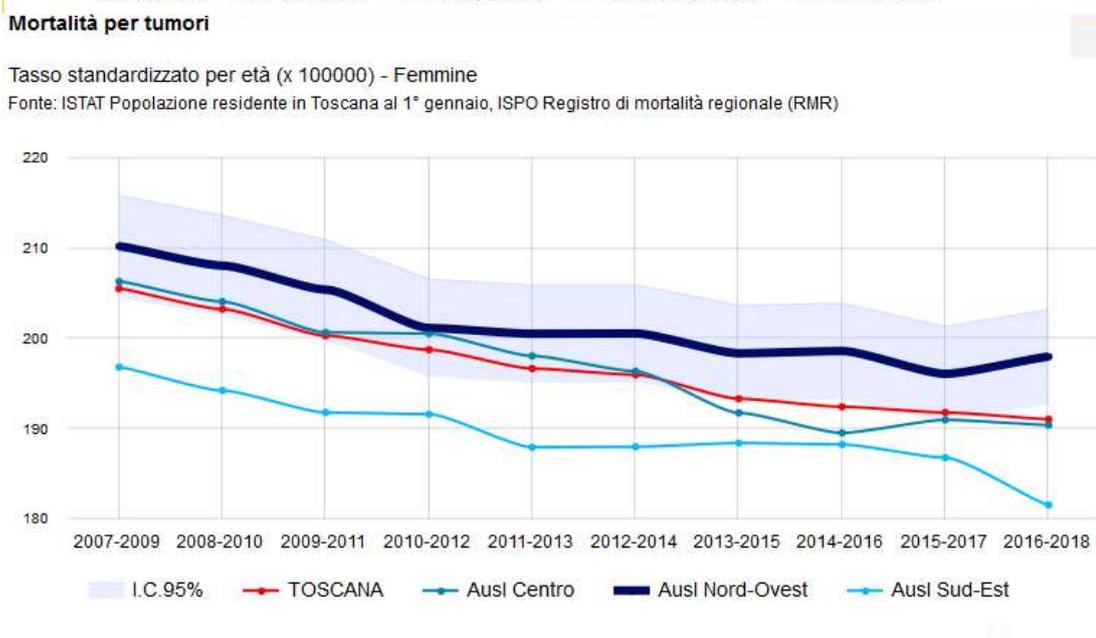
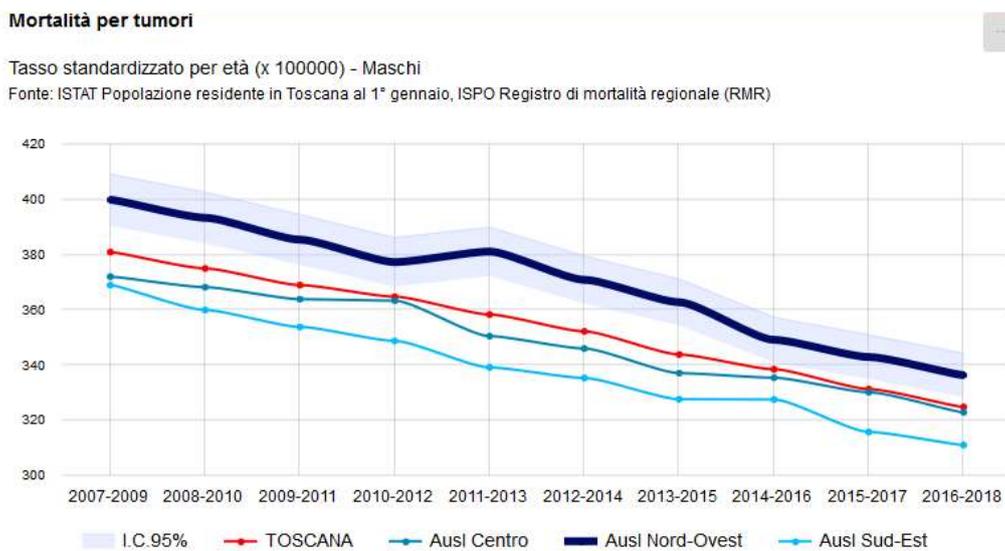
Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale
 Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per tumori

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





Il grafico che si riferisce al totale, inteso come la somma dei maschi e delle femmine, conferma il trend in diminuzione dei valori di questo parametro. La Ausl Nord Ovest continua ad essere, come nei trienni precedenti, quella che presenta i valori più alti ma nell'intervallo 2016-2018 la tendenza mostra una deflessione più contenuta rispetto ai grafici riferiti agli altri territori e conseguentemente alla media di regione Toscana.

Il grafico della mortalità per tutti i tumori relativo al sesso femminile, in controtendenza con gli altri territori di regione Toscana, mostra un incremento dei valori per la Ausl Toscana Nord-Ovest nell'ultimo triennio preso in esame.

Quanto detto risulta ancora più evidente dal confronto delle tabelle sottostanti:

Mortalità per tumori

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

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

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	36.500	325,20	245,65	243,09	248,21
AUSL CENTRO	15.450	316,48	244,38	240,46	248,30
AUSL NORD-OVEST	12.998	338,98	254,23	249,80	258,66
AUSL SUD-EST	8.052	321,11	234,90	229,66	240,14

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Maschi

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

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	20.129	372,24	324,98	320,45	329,52
AUSL CENTRO	8.487	361,45	323,03	316,08	329,98
AUSL NORD-OVEST	7.151	386,71	336,54	328,65	344,43
AUSL SUD-EST	4.491	371,06	311,17	301,97	320,37

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Femmine

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

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	16.371	281,47	191,09	188,05	194,14
AUSL CENTRO	6.963	274,81	190,46	185,81	195,12
AUSL NORD-OVEST	5.847	294,53	198,03	192,77	203,29
AUSL SUD-EST	3.561	274,51	181,61	175,37	187,85

Di seguito verranno riportati nello specifico i dati relativi alla mortalità per i seguenti tumori:

tumore del polmone

tumore del colon retto

tumore della mammella

tumore della prostata

tumore della vescica

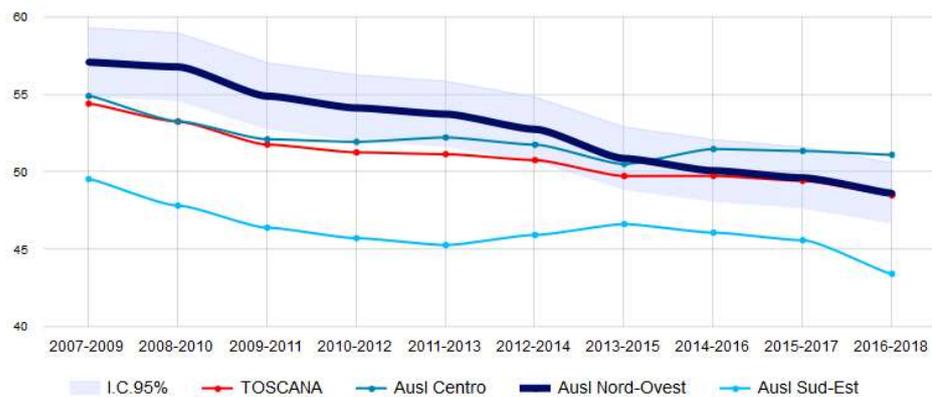
tumore dello stomaco

3.4.1 Tumore del polmone

Mortalità per tumore del polmone

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

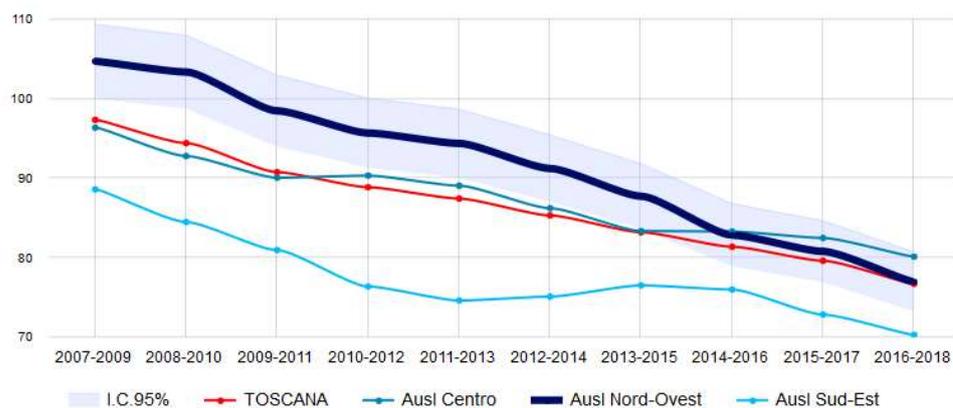
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per tumore del polmone

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

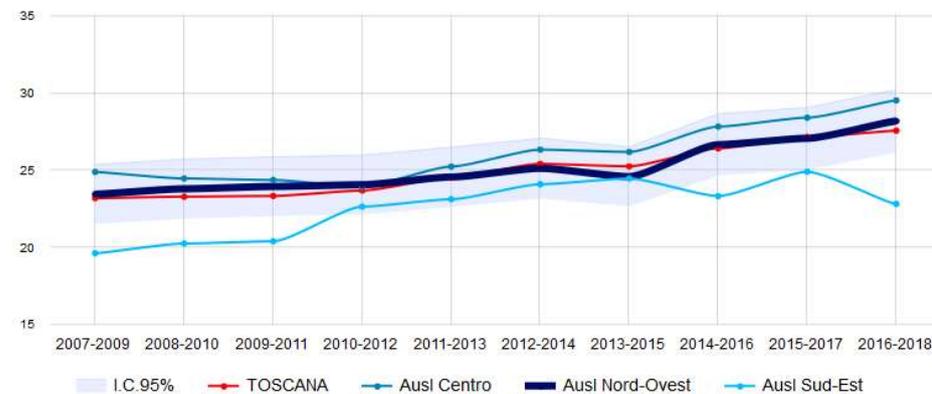
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per tumore del polmone

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



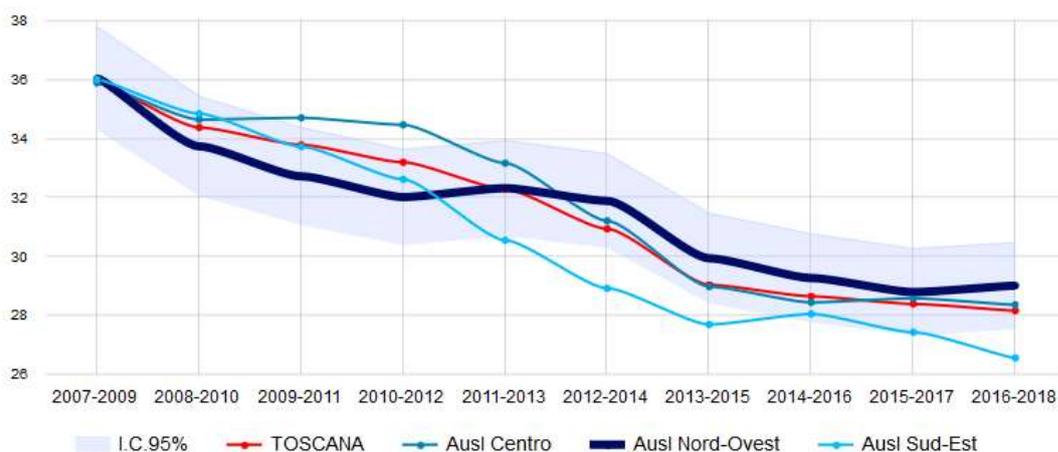
La mortalità per tumore del polmone presenta nel totale e per il sesso maschile una deflessione dei valori, mentre per il sesso femminile si conferma un trend in ascesa come già nel triennio precedente solo al Ausl Sud-Est registra una diminuzione in controtendenza con le altre aziende e con la media della Regione Toscana. In tutti i casi, i valori relativi alla Ausl Toscana Nord-Ovest corrispondono a quelli della media di Regione Toscana.

3.4.2 Mortalità per tumore colon retto

Mortalità per tumore del colon retto

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

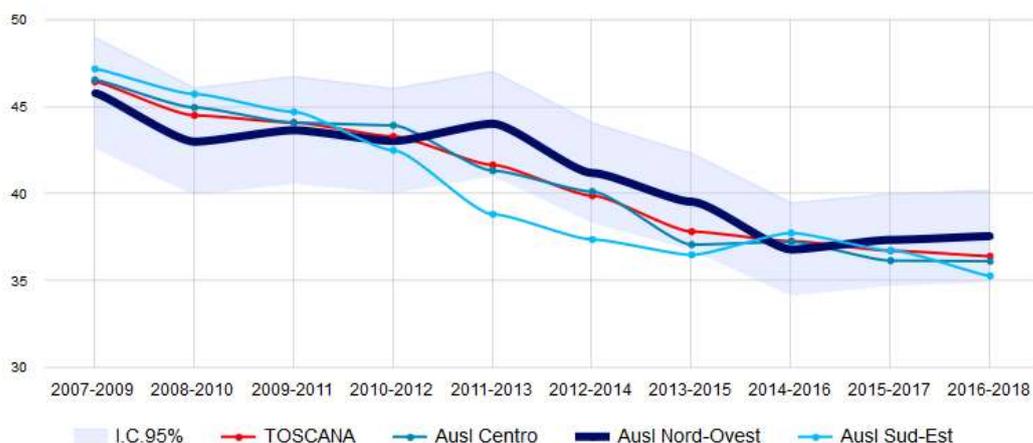
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per tumore del colon retto

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

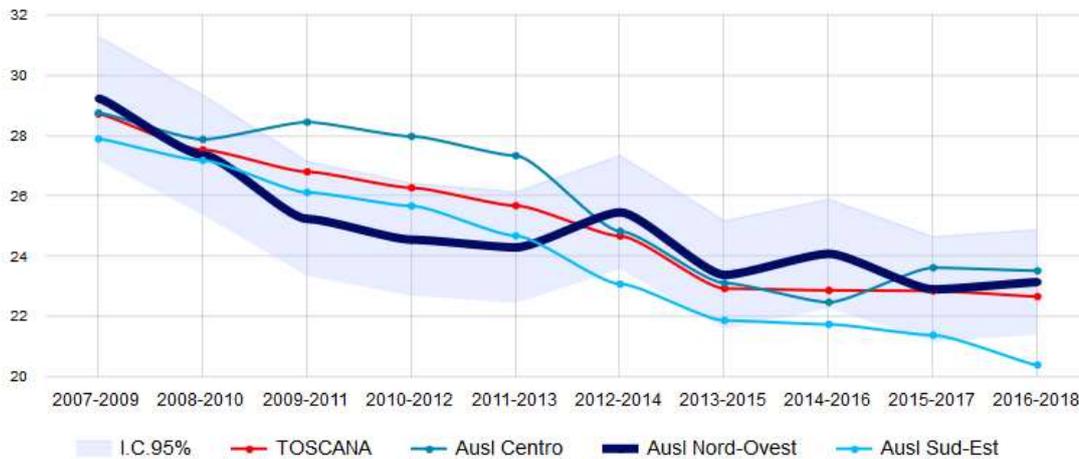
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per tumore del colon retto

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



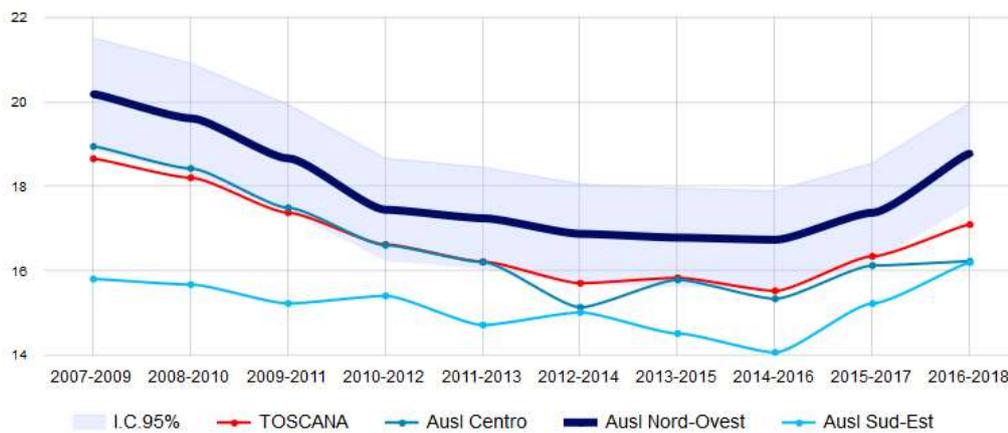
Rispetto al triennio precedente, si registra un moderato aumento dei valori riferiti alla Ausl Nord-Ovest (totale, maschi e femmine) il cui grafico si attesta poco sopra a quello della regione Toscana.

3.4.3 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, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

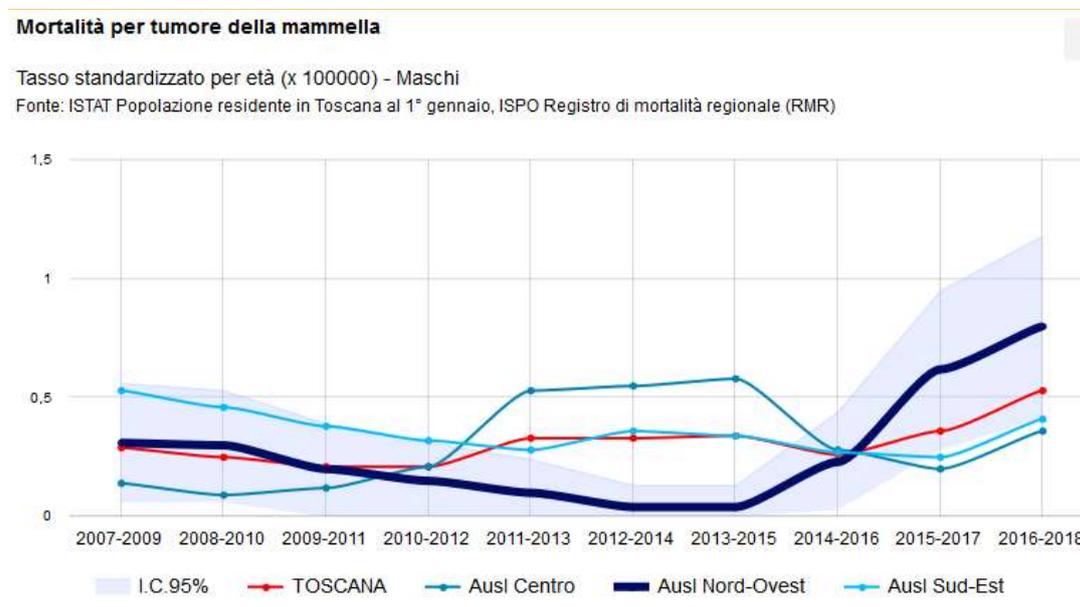
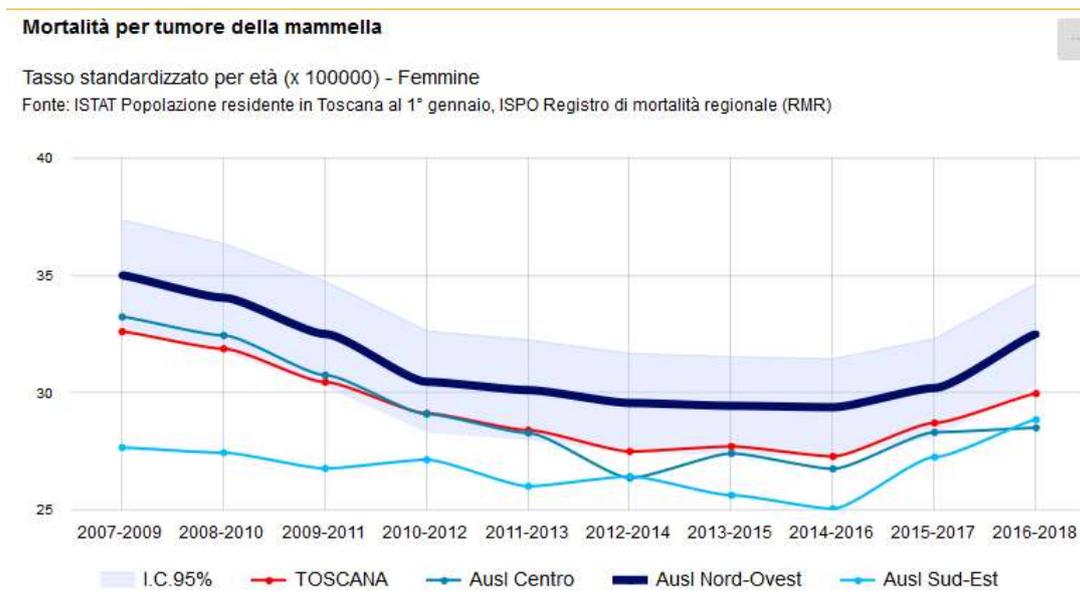


Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	2.485	22,14	17,11	16,42	17,79
AUSL CENTRO	1.005	20,59	16,24	15,21	17,26
AUSL NORD-OVEST	946	24,67	18,79	17,57	20,00
AUSL SUD-EST	534	21,30	16,21	14,81	17,62

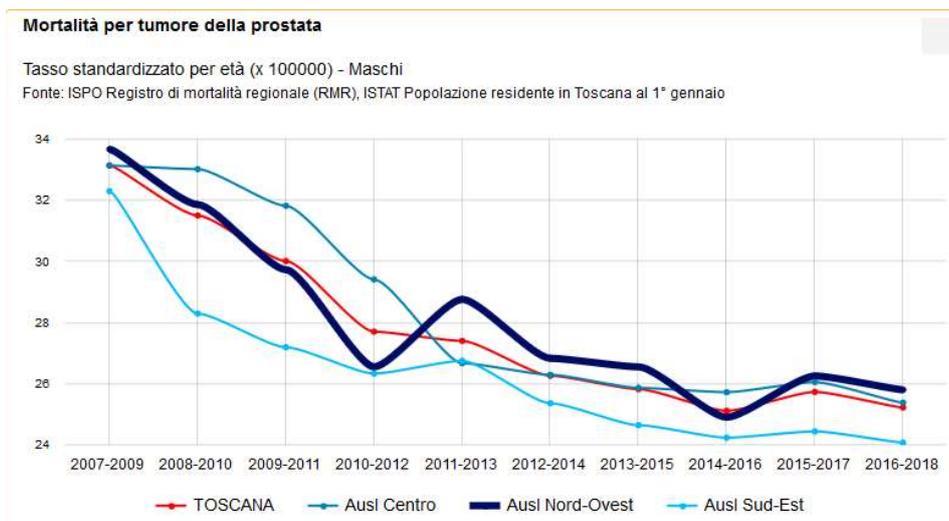
valori di questo indicatore per tutte le Aziende confermano nell'intervallo 2016-2018 l'incremento già registrato nel triennio precedente, solo la Ausl Centro mostra dati in controtendenza

Il grafico della Ausl Nord-Ovest sta al di sopra della media di regione Toscana come già nel Triennio 2015-2017.

Da segnalare l'incremento del grafico di Ausl Nord-Ovest relativo al sesso maschile.



3.4.4 Mortalità per tumore della prostata



Il grafico relativo alla AuslNord-Ovest presenta valori poco al di sopra di quelli medi regionali, come evidente nella tabella sottostante:

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Maschi
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

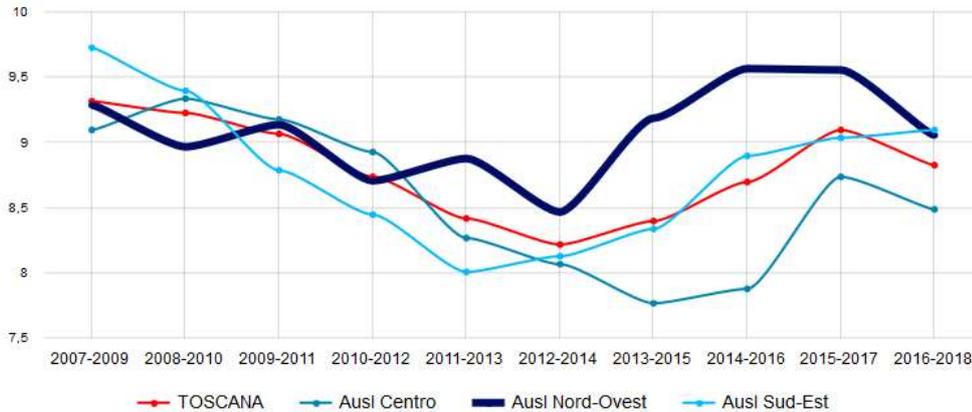
Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	1.549	28,65	25,24	23,96	26,52
AUSL CENTRO	663	28,24	25,40	23,43	27,37
AUSL NORD-OVEST	537	29,04	25,82	23,59	28,05
AUSL SUD-EST	349	28,84	24,09	21,52	26,66

3.4.5 Mortalità per tumore della vescica

Mortalità per tumore della vescica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

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

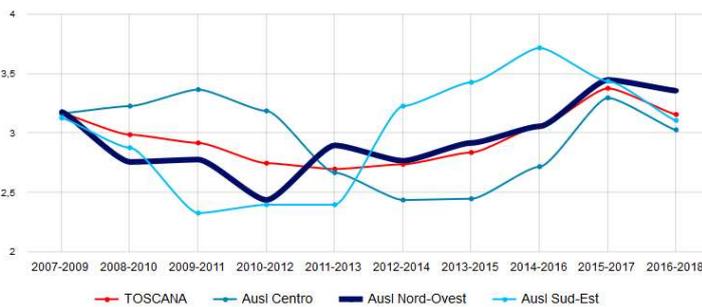


Il grafico per questo indicatore mostra una deflessione per tutte le aziende toscane nell'ultimo biennio; questo risulta particolarmente evidente per la Ausl Nord-Ovest che tuttavia resta al di sopra della media regionale. In controtendenza la Ausl Sud-Est.

Mortalità per tumore della vescica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



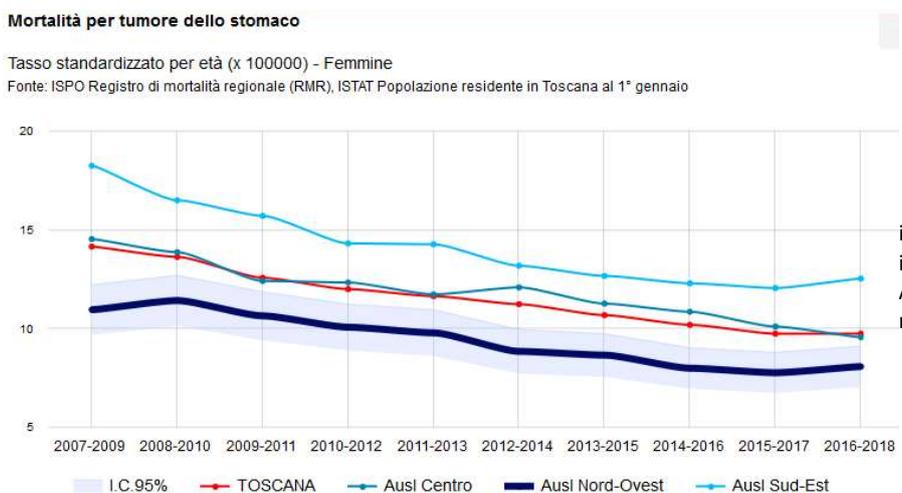
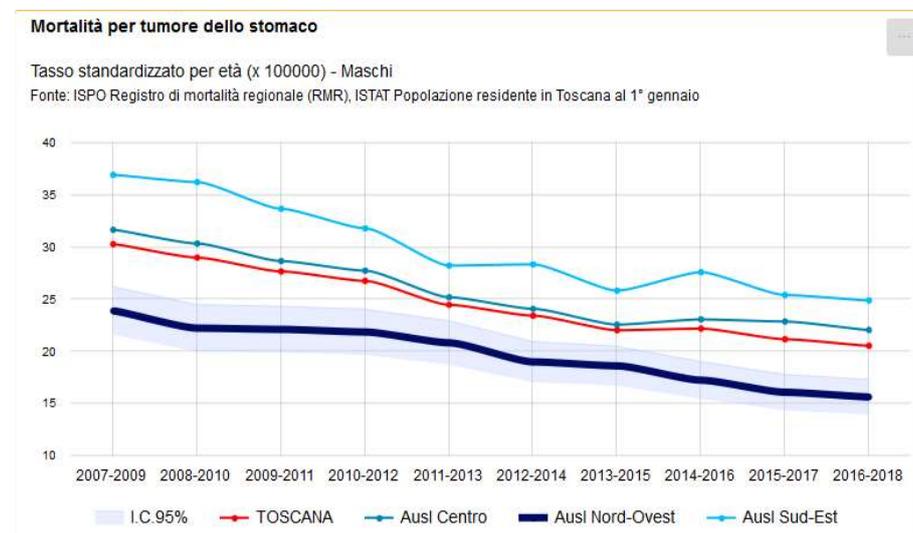
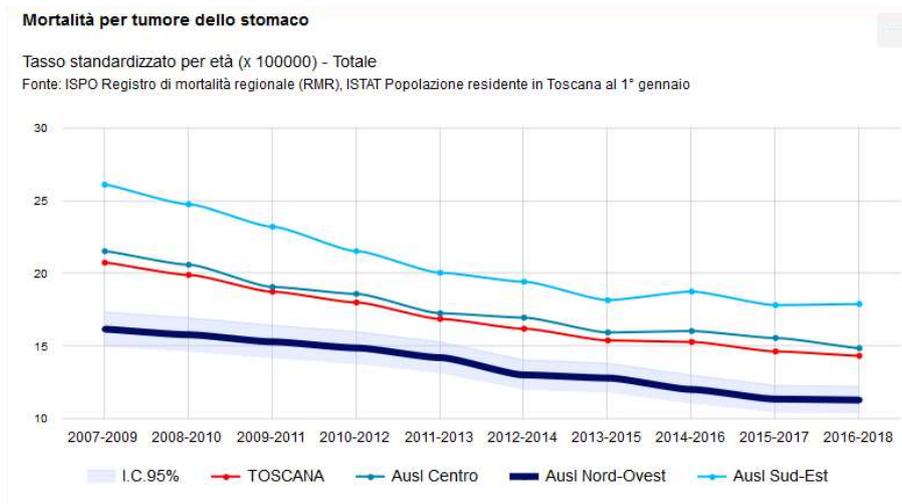
Mortalità per tumore della vescica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

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



3.4.6 Mortalità per tumore dello stomaco



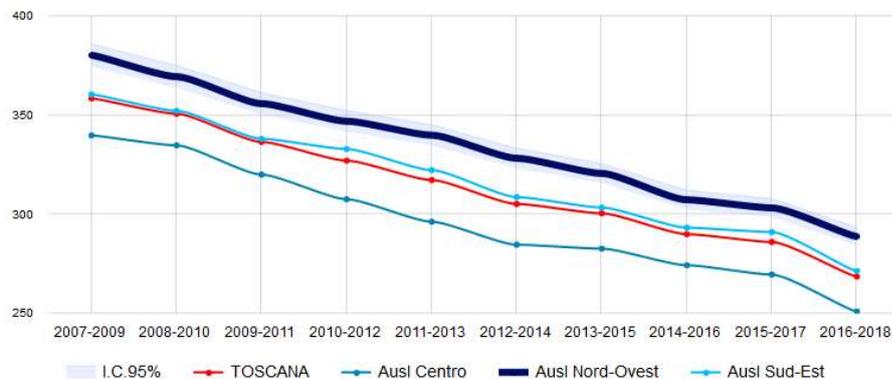
in tutti i grafici relativi a questo indicatore la linea rappresentativa della Ausl Nord-Ovest sta al di sotto di quella relativo alla media di regione Toscana

3.5 Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

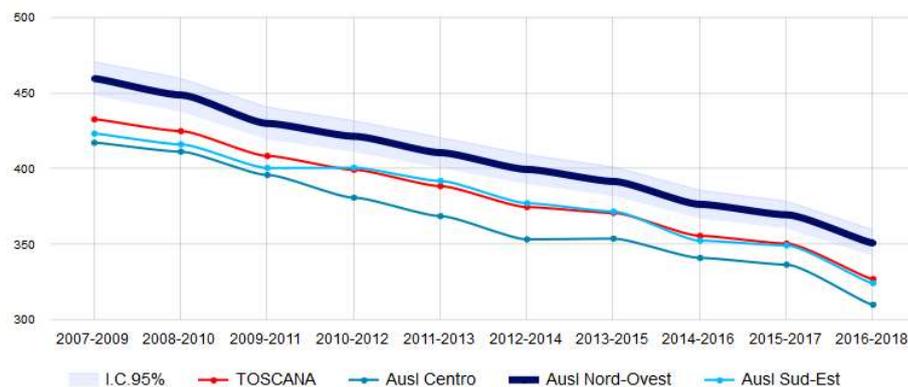
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

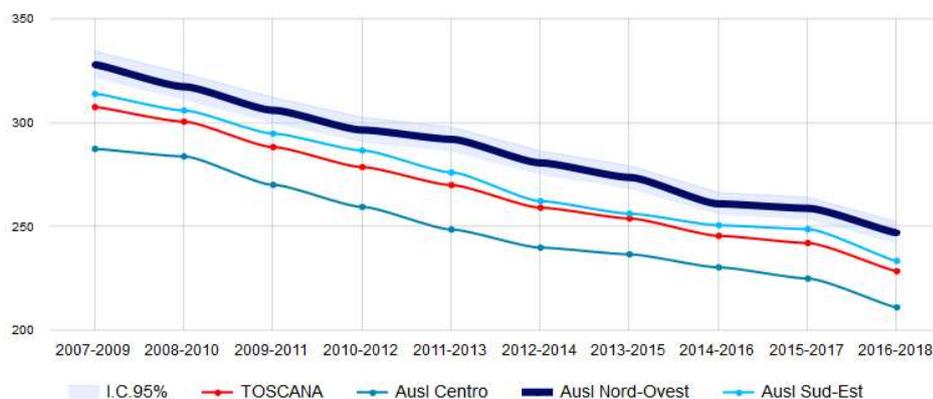
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Femmine

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

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	25.554	439,36	228,74	225,86	231,63
AUSL CENTRO	10.217	403,23	211,28	207,07	215,50
AUSL NORD-OVEST	9.308	468,86	247,24	242,09	252,39
AUSL SUD-EST	6.029	464,76	233,63	227,53	239,73

Come forse più evidente nella tabella, i valori di questo indicatore riferiti alla Ausl Nord-Ovest sono superiori a quelli delle altre aziende e si stabiliscono al di sopra dei valori della media regionale.

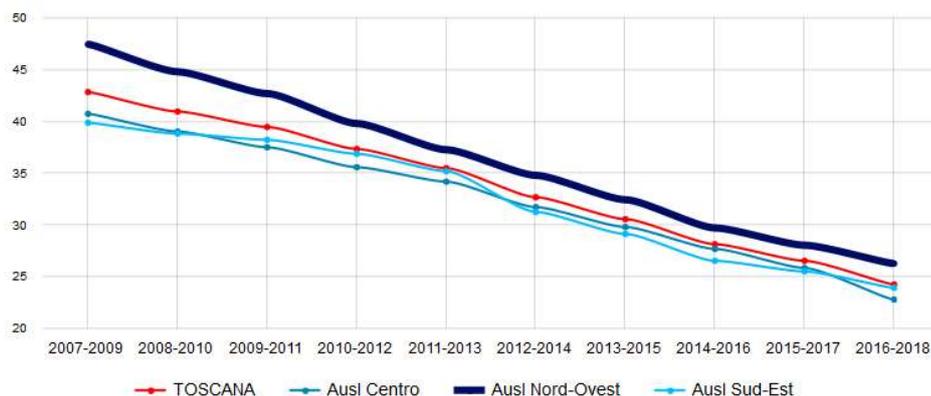
I grafici tuttavia dimostrano per tutte le aziende, compresa la Nord-Ovest, un decremento anche nell'ultimo triennio

3.6 Mortalità per infarto del miocardio

Mortalità per infarto del miocardio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

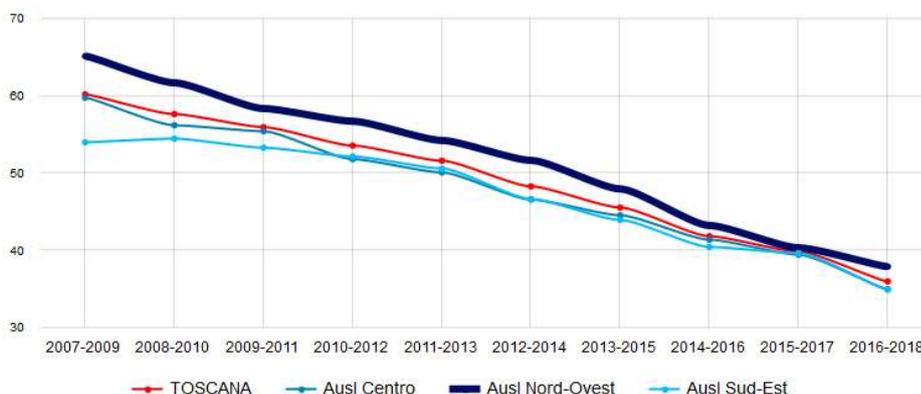
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per infarto del miocardio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

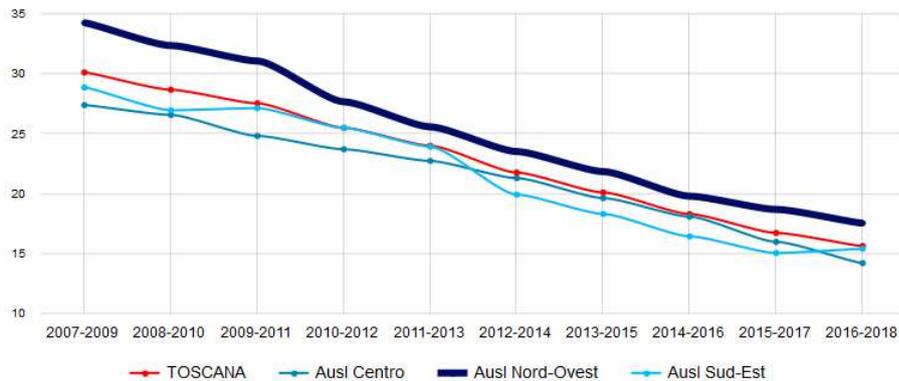
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per infarto del miocardio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



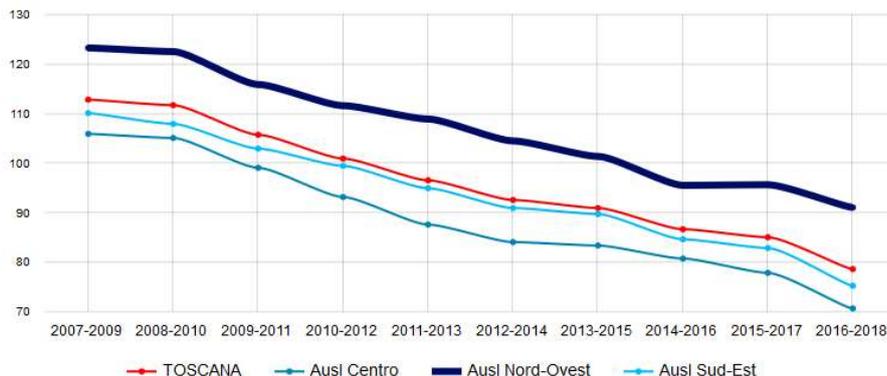
Come già per la mortalità del sistema circolatorio, anche quella correlata a infarto del miocardio presenta i valori maggiori nella Ausl Nord-Ovest, pur in un quadro di generale deflessione, attestandosi al di sopra della media di regione Tosca

3.7 Mortalità per malattie cerebrovascolari

Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

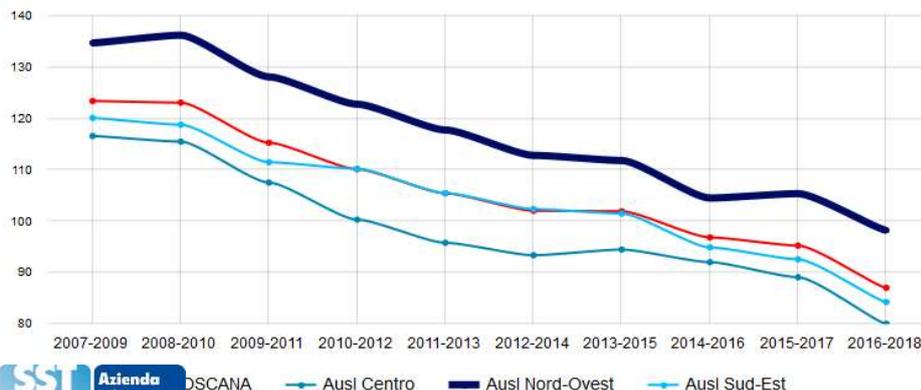
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

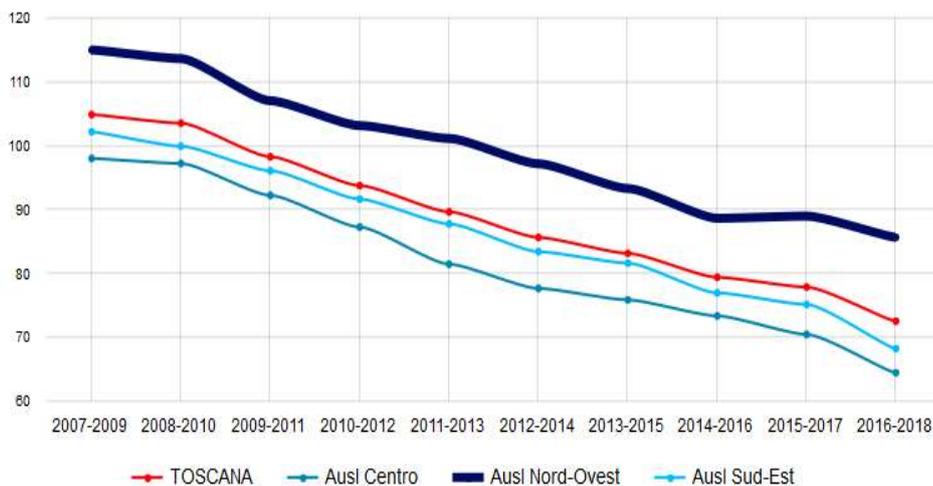
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



L'Ausl Nord-Ovest, che presenta valori più alti delle altre aziende toscane, attestandosi ancora al di sopra della media di regione Toscana, mantiene il trend in decrescita soprattutto nel grafico relativo al sesso maschile. Per i valori dei tassi vedi la tabella seguente:

Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

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

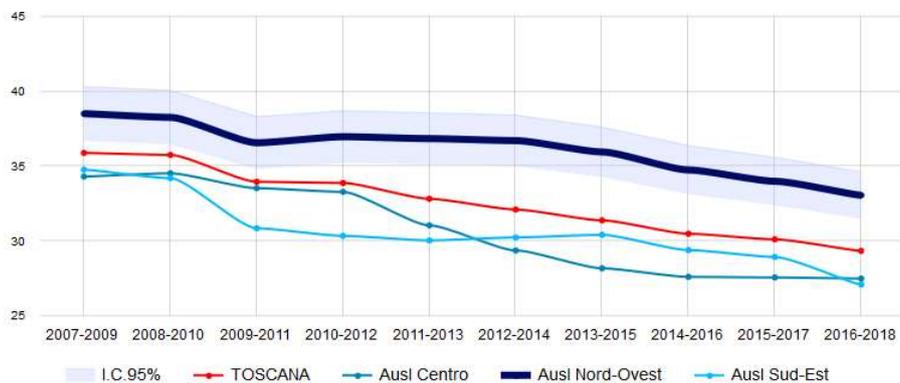
Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	13.295	118,45	78,73	77,37	80,08
AUSL CENTRO	5.129	105,06	70,77	68,81	72,73
AUSL NORD-OVEST	5.186	135,25	91,18	88,67	93,68
AUSL SUD-EST	2.980	118,84	75,35	72,60	78,09

3.8 Mortalità per malattie dell'apparato digerente

Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

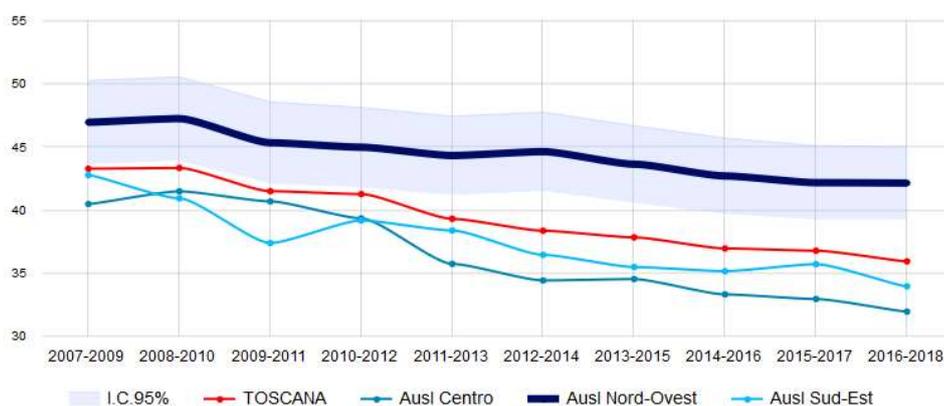
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

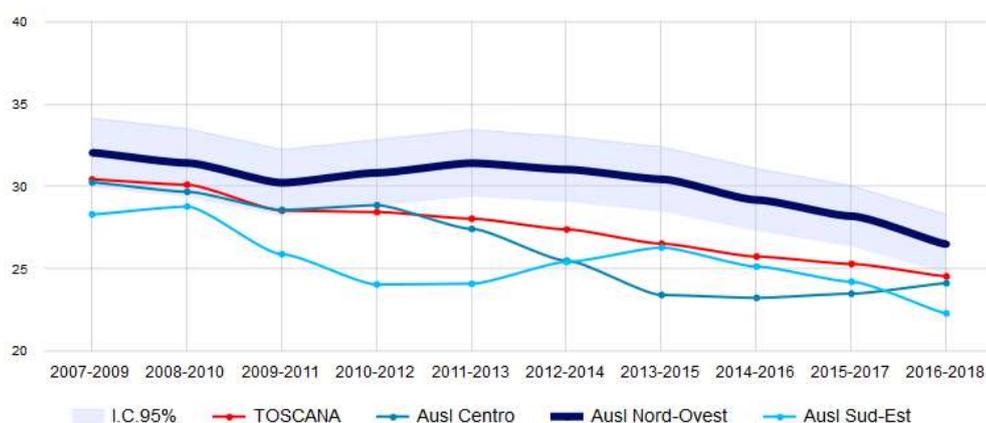
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

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

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	4.636	41,31	29,37	28,51	30,23
AUSL CENTRO	1.865	38,20	27,52	26,25	28,79
AUSL NORD-OVEST	1.764	46,00	33,09	31,52	34,65
AUSL SUD-EST	1.007	40,16	27,12	25,42	28,83

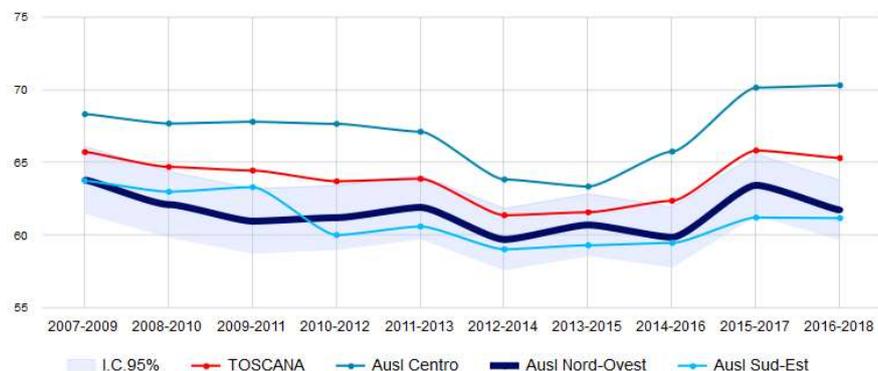
Il grafico relativo alla Ausl Nord-Ovest pur nell'ambito di un trend in diminuzione, si mantiene sempre al di sopra della media di Regione Toscana

3.9 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, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Nell'ultimo biennio esaminato si nota una netta deflessione del grafico riferito alla Ausl Nord-Ovest che si attesta su una posizione inferiore a quella della media regionale.

La tabella di seguito conferma quanto rappresentato nel grafico del totale (maschi+femmine):

Mortalità per malattie apparato respiratorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

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

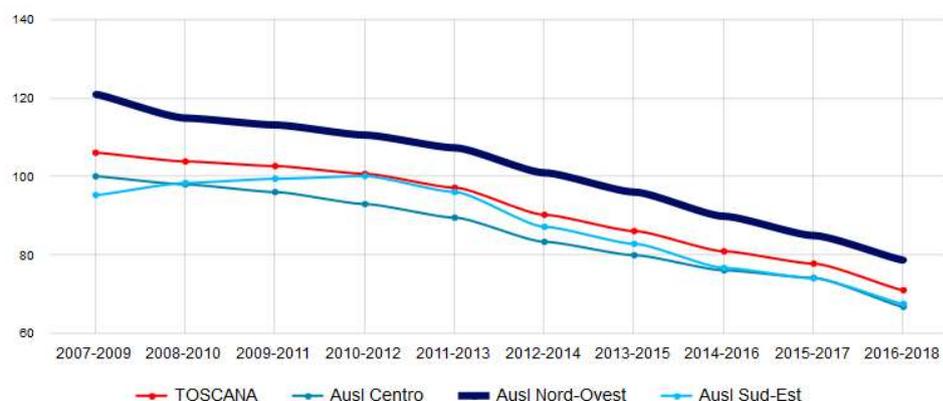
Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	10.939	97,46	65,34	64,10	66,58
AUSL CENTRO	5.057	103,59	70,35	68,38	72,31
AUSL NORD-OVEST	3.487	90,94	61,77	59,70	63,84
AUSL SUD-EST	2.395	95,51	61,21	58,72	63,70

3.10 Mortalità per cardiopatia ischemica

Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

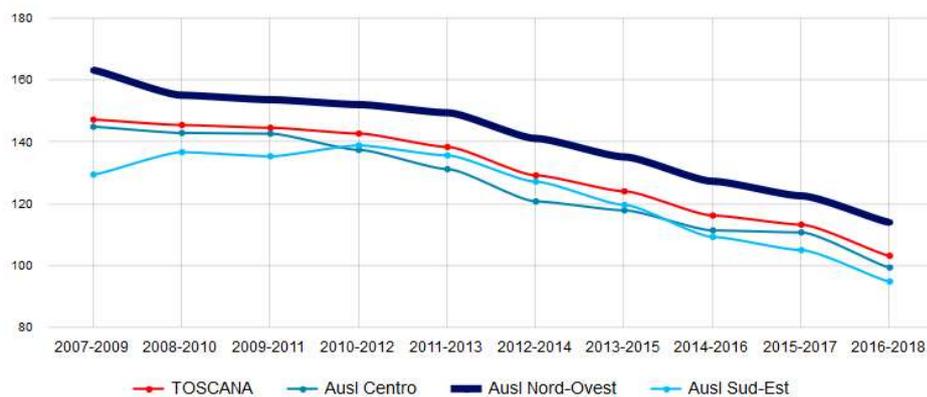
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

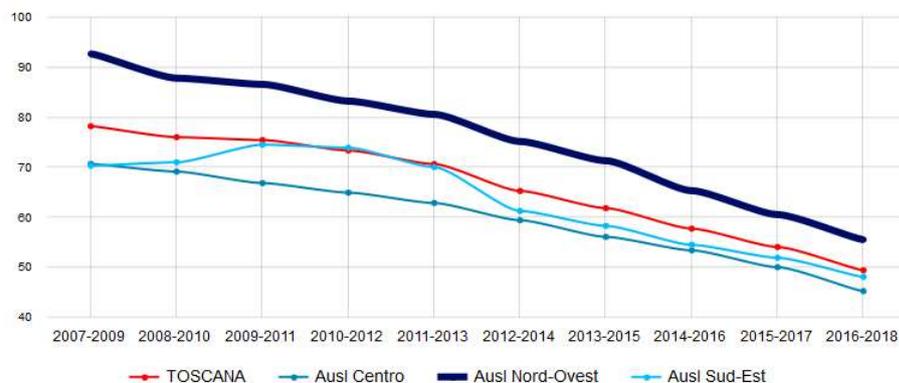
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

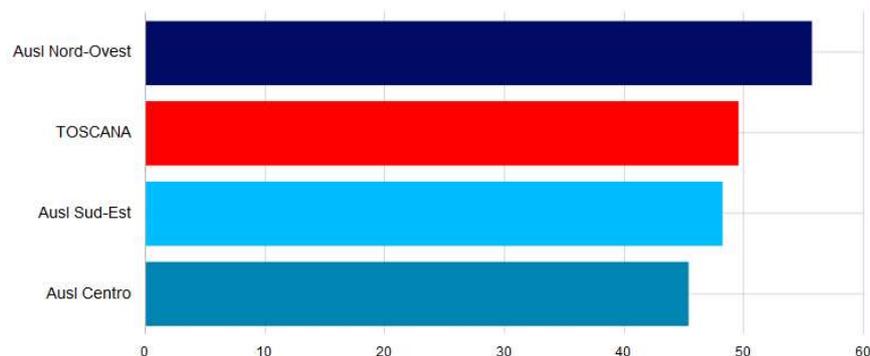
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Femmine

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



I grafici dimostrano il mantenimento del trend in discesa dei valori di questo indicatore per tutte le Ausl della Toscana come già negli anni precedenti. Gli istogrammi rappresentano con maggiore evidenza la posizione della Ausl Nord-Ovest che si attesta sui valori più alti, al di sopra di quelli della media regionale.

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

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

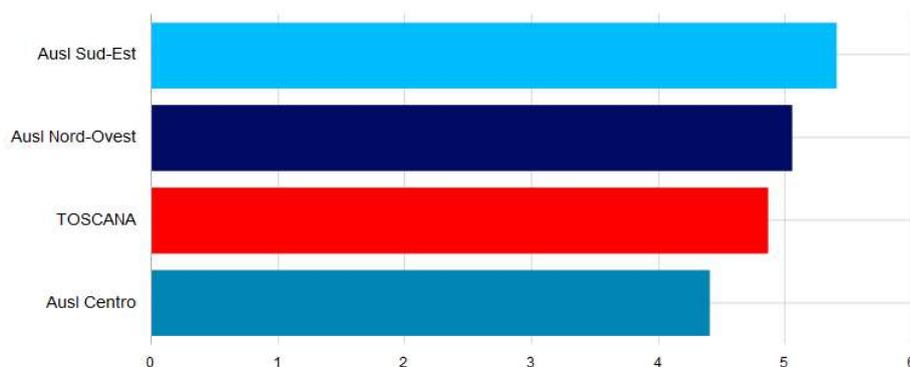
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	787	7,01	4,86	4,51	5,20
AUSL CENTRO	308	6,31	4,40	3,90	4,89
AUSL NORD-OVEST	276	7,20	5,05	4,45	5,65
AUSL SUD-EST	203	8,10	5,40	4,64	6,15

Mortalità per malattie dell' apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

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



3.12 Mortalità per incidenti stradali

Mortalità per incidenti stradali

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

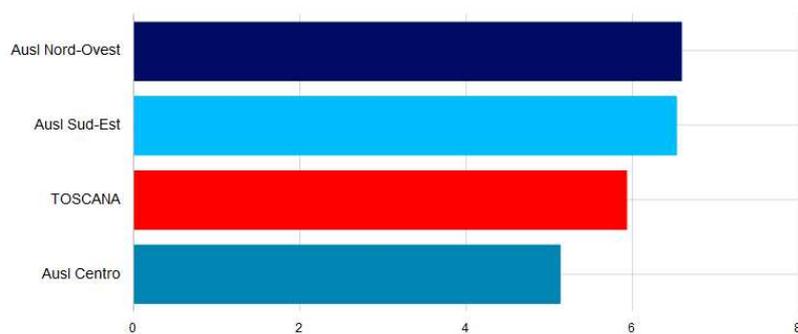
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	733	6,53	5,49	6,38
AUSL CENTRO	280	5,74	4,52	5,75
AUSL NORD-OVEST	273	7,12	5,78	7,40
AUSL SUD-EST	180	7,18	5,55	7,51

Mortalità per incidenti stradali

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

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

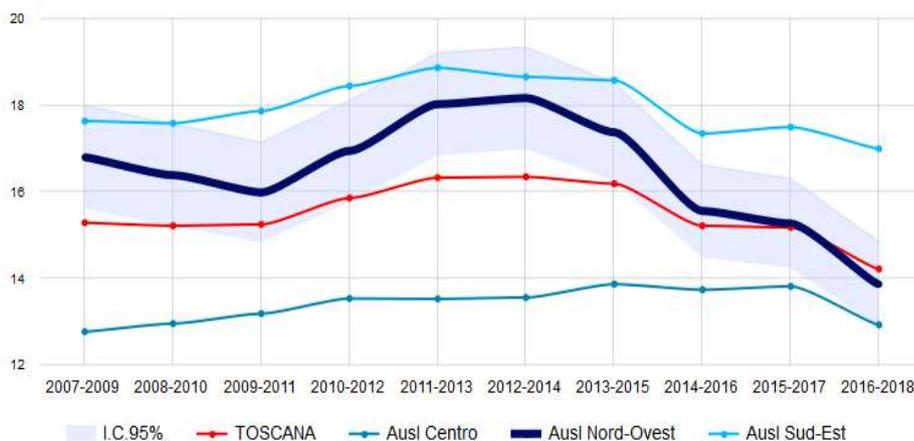


3.13 Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario

Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario

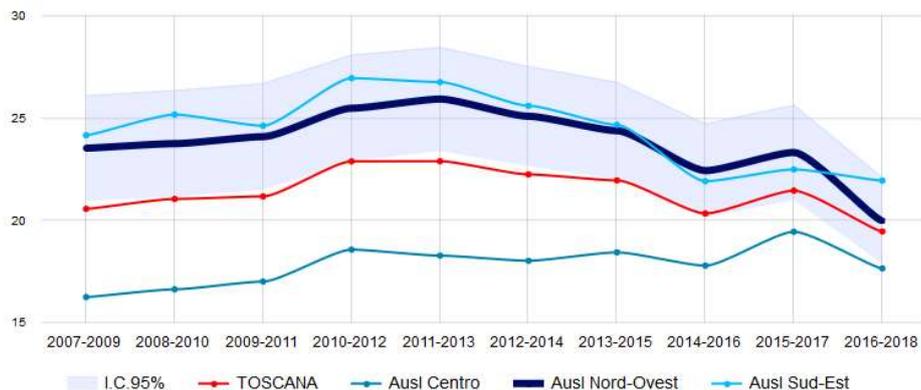
Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

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



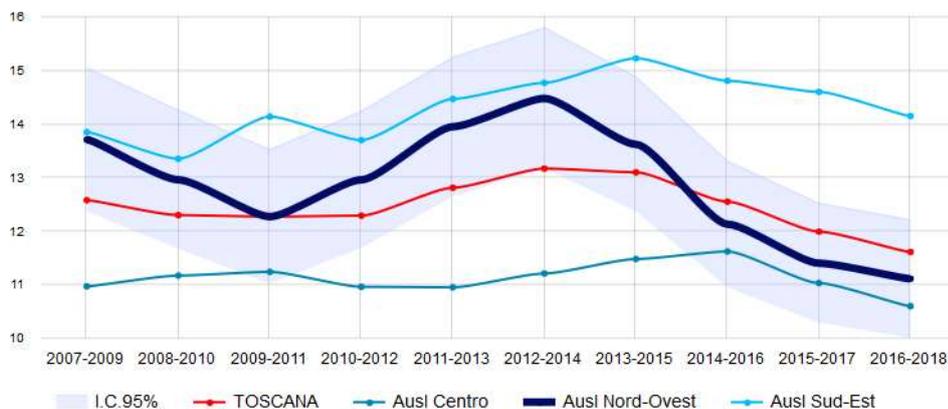
Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

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



Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



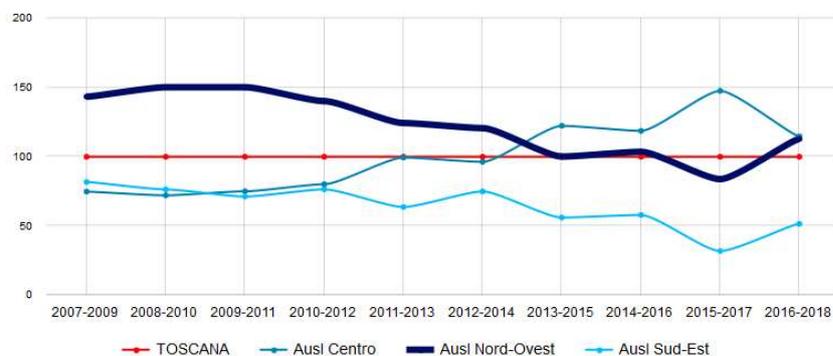
Il totale delle morti per malattie dell'apparato genitourinario della Ausl Nord-Ovest si attesta su valori inferiori a quelli della media della regione toscana. Nell'ultimo triennio il grafico per i maschi dimostra un notevole decremento delle morti per questa causa.

3.14 Mortalità per overdose

Mortalità per overdose

SMR (x 100) - Totale

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



La suggestione data dalla lettura dei grafici deve tenere conto dei piccoli numeri di cui stiamo parlando, come per altro evidente nella tabella sottostante:

Mortalità per overdose

SMR (x 100) - Periodo 2016-2018 - Totale

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

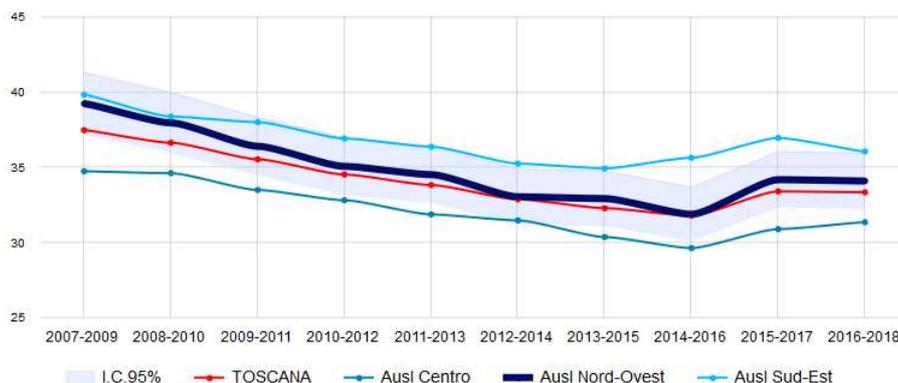
Residenza	Decessi	Rapporto standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	26	100	100	100
AUSL CENTRO	13	114,82	90,79	138,84
AUSL NORD-OVEST	10	112,86	87,78	137,94
AUSL SUD-EST	3	51,58	10,96	92,19

3.15 Mortalità per traumatismi ed avvelenamenti

Mortalità per traumatismi ed avvelenamenti

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

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



Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2016-2018 - Totale

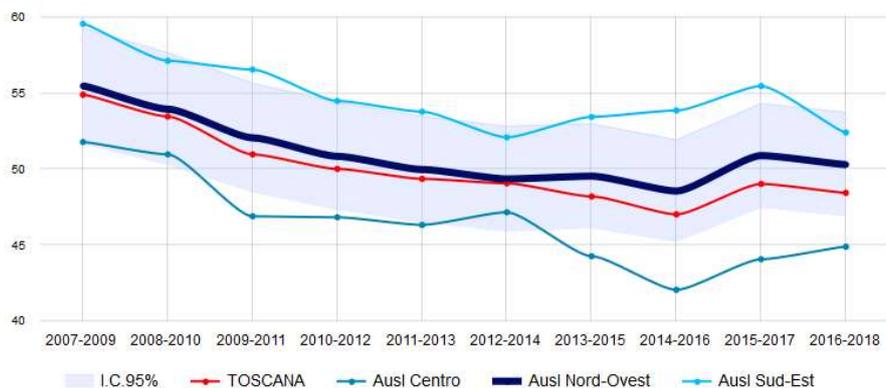
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	3.912	35,65	33,38	32,31	34,45
AUSL CENTRO	1.579	33,09	31,39	29,80	32,97
AUSL NORD-OVEST	1.367	36,43	34,13	32,27	35,99
AUSL SUD-EST	966	39,44	36,11	33,77	38,44

Mortalità per traumas ed avvelenamenti

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

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



3.16 Mortalità per suicidio

Mortalità per traumas ed avvelenamenti

SMR (x 100) - Periodo 2016-2018 - Totale

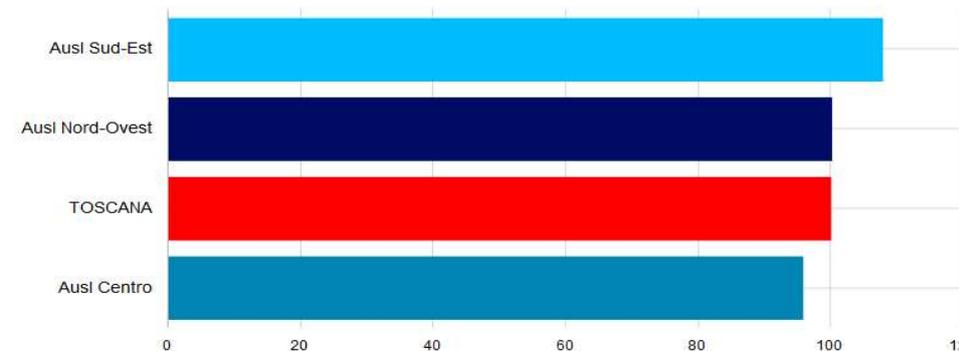
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

Residenza	Decessi	Rapporto standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	826	100	100	100
AUSL CENTRO	340	95,78	93,69	97,87
AUSL NORD-OVEST	285	100,15	99,70	100,59
AUSL SUD-EST	201	107,81	103,64	111,97

Mortalità per suicidio

SMR (x 100) - Periodo 2016-2018 - Totale

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



3.17 Mortalità per Covid 19 - dati aggiornati al: 08/06/2023

In appendice a questo capitolo, si aggiunge un primo rendiconto della mortalità legata a Sars Covid-19.

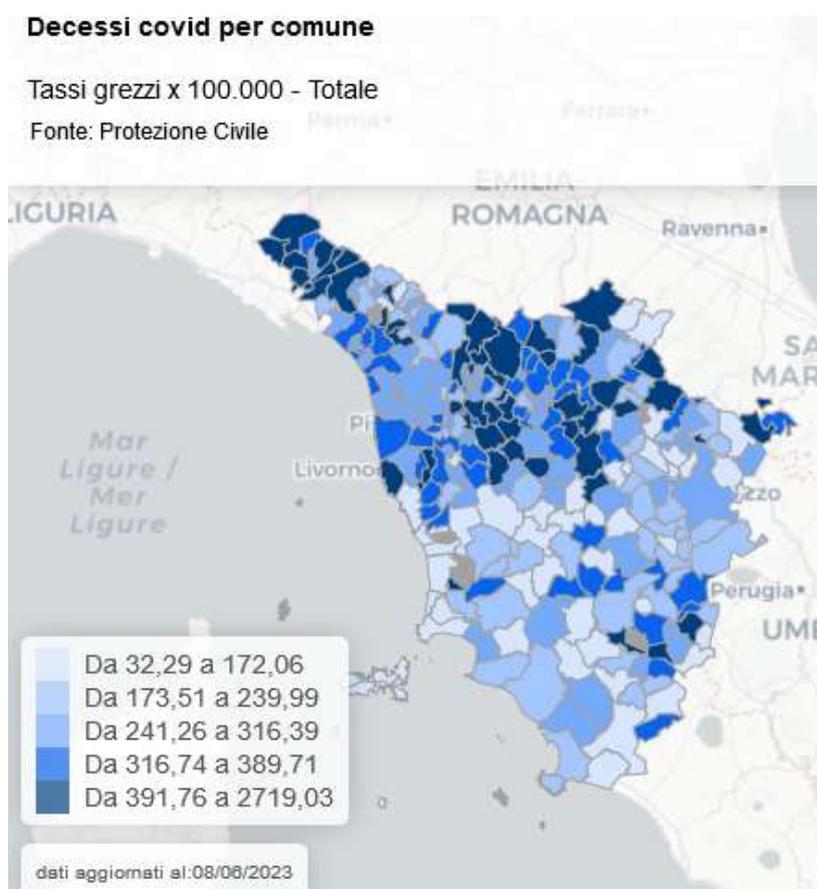
I grafici di seguito riportati forniscono una sinossi dell'impatto del virus sui comuni della Toscana benché non sia ancora possibile valutare gli effetti della pandemia sulla mortalità generale: un dato, che sarà disponibile soltanto dopo la pubblicazione degli aggiornamenti per questo indicatore che al momento, come già visto in questo stesso capitolo, sono fermi al triennio pre pandemico 2016-2018.

I grafici della mortalità per Covid corrispondono al Tasso grezzo calcolato per 100.000 abitanti e comprendono il totale oltre a una differenziazione per sesso e per età.

Altri due grafici, che si riferiscono sempre al totale e successivamente alla distribuzione nei due sessi e nelle varie fasce d'età prendono in considerazione il Rapporto di Letalità che corrisponde al numero di decessi rispetto a un denominatore rappresentato da tutti i casi positivi in una precisa unità di tempo.

Tale denominatore raccogliendo tutti i casi positivi conosciuti attraverso tampone nasofaringeo, rappresenterà un numero inferiore al reale numero dei positivi, visto che per molto tempo, soprattutto nelle prime fasi della pandemia, venivano sottoposti a tampone soltanto pazienti sintomatici o persone a rischio di contagio essendo state a contatto diretto con infetti.

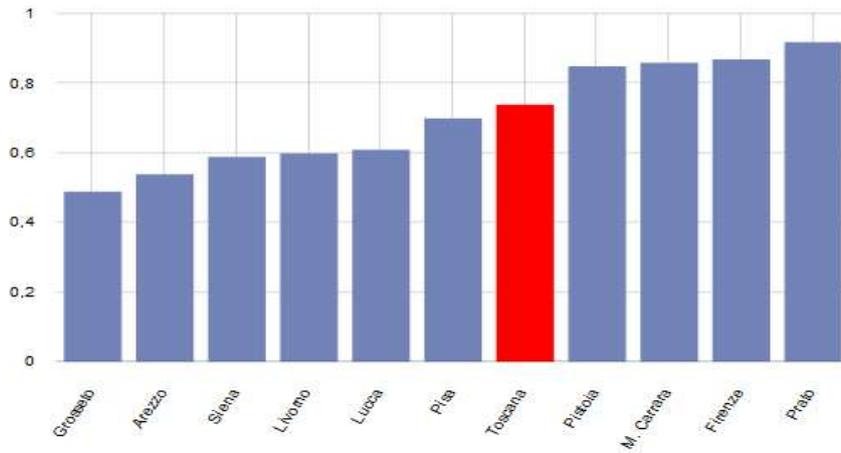
I dati di Mortalità sono forniti dall'ISS, mentre la fonte di quelli di Letalità è rappresentata dalla Protezione Civile



Letalità % (deceduti/casi positivi) - Province

Rapporto (x 100) - Totale

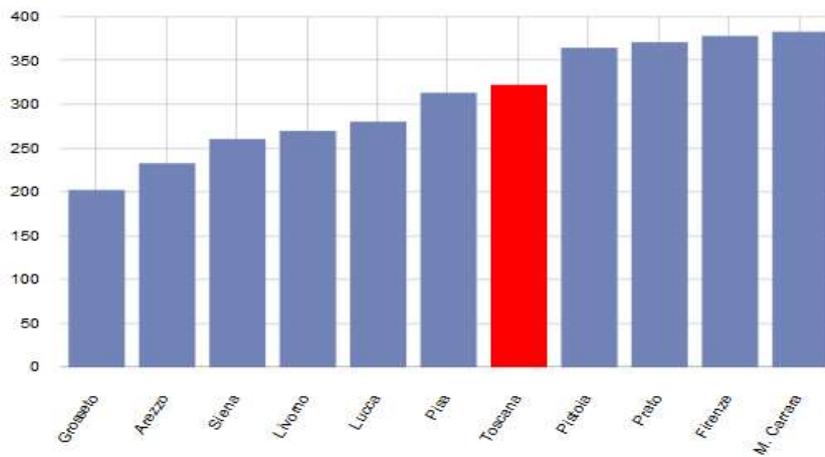
Fonte: Protezione Civile



Mortalità x 100.000 residenti (province)

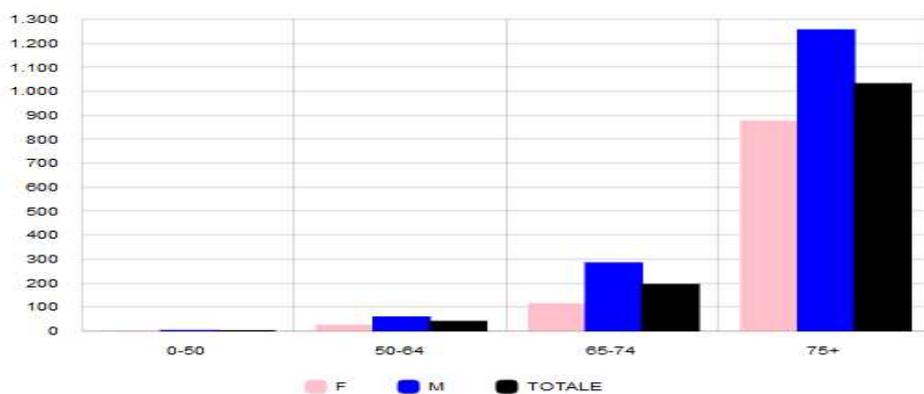
Tasso grezzo (x 100000) - Totale

Fonte: Protezione Civile



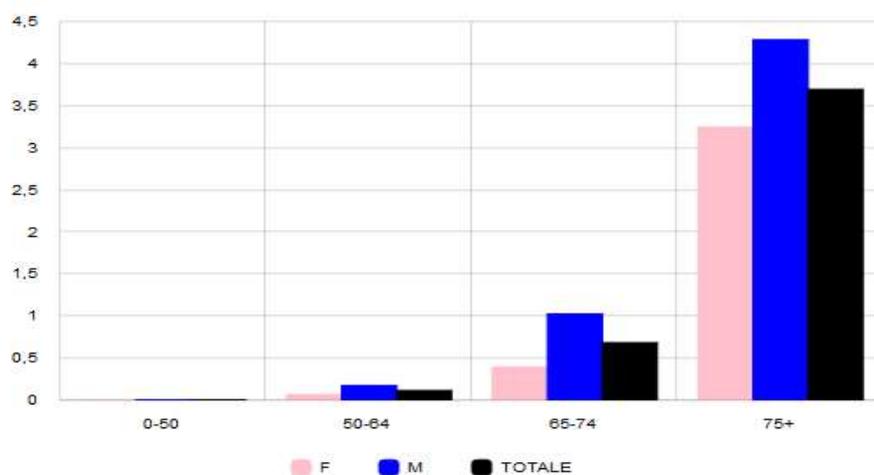
Mortalità x 100.000 residenti - Toscana, sesso ed età

Tasso grezzo (x 100000) - Totale
Fonte: ISS - Sorveglianza attiva COVID-19



Letalità % (deceduti/casi positivi) - Toscana, sesso ed età

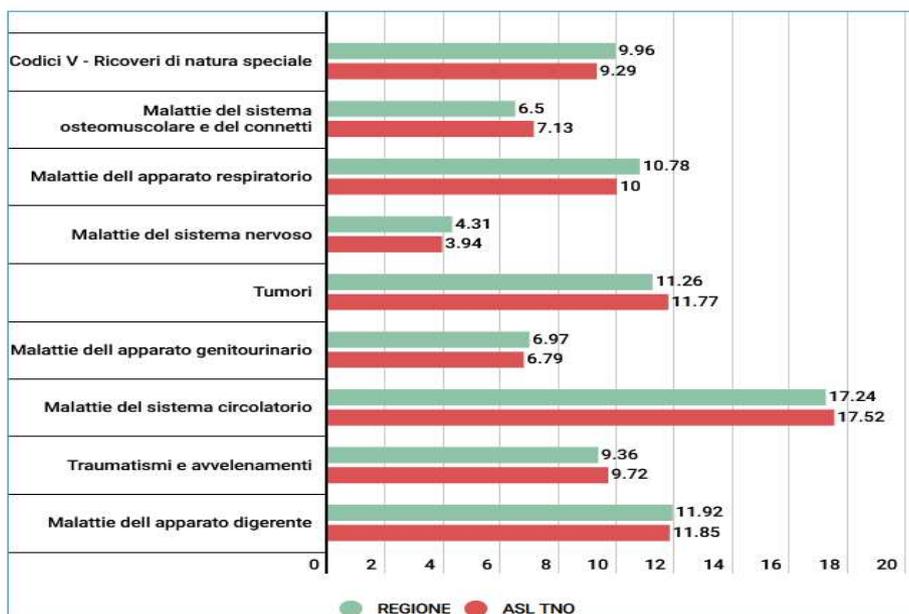
Rapporto (x 100) - Totale
Fonte: ISS - Sorveglianza attiva COVID-19



Dagli istogrammi risulta evidente che mortalità come anche la letalità presentano i numeri maggiori nella fascia di età superiore ai 75 anni.

Capitolo 4 – Ospedalizzazione

4.1 - Principali cause di ospedalizzazione (maschi)

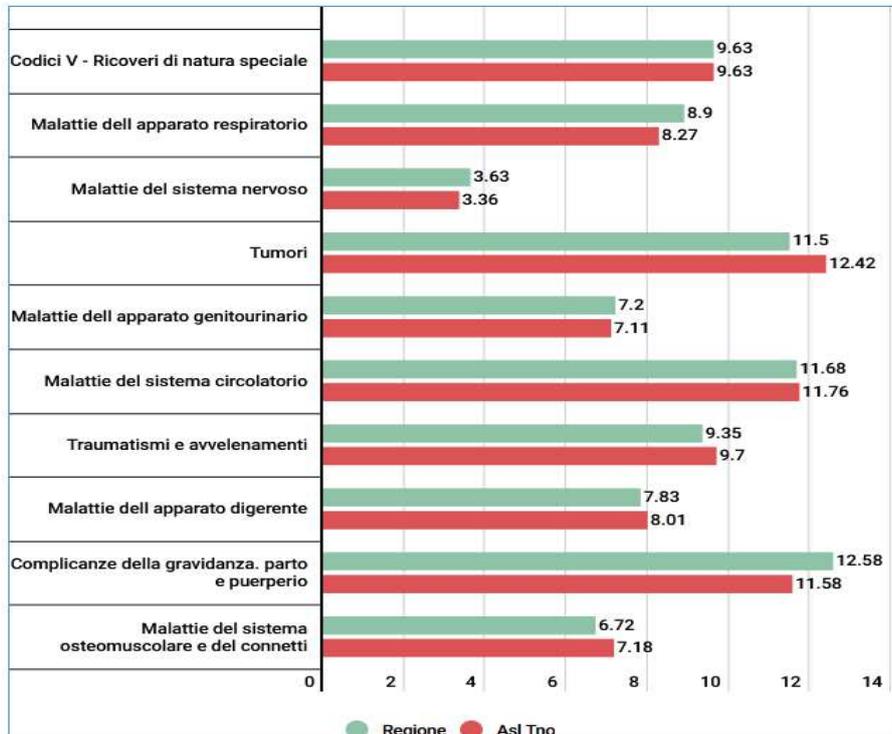


L'indicatore, che rappresenta la distribuzione delle principali cause di ricovero, aggiornato al 2022, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (passivo extraregionale). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.

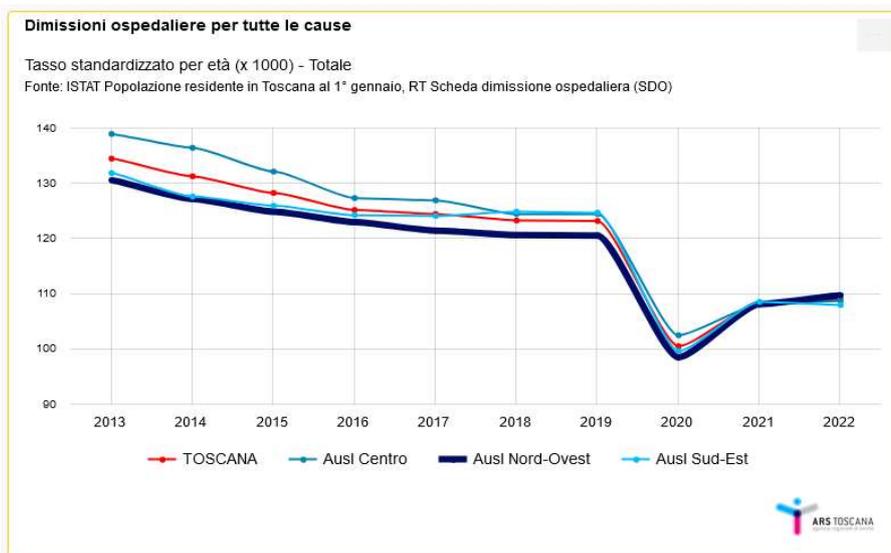
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO) – Denominatore: ricoveri - Misure disponibili: Numero, Rapporto (x 100)

Dalla tabella si nota una maggiore ospedalizzazione per patologie circolatorie nei maschi ed in valore percentuale maggiore rispetto al dato regionale.

4.2 - Principali cause di ospedalizzazione (femmine)



La condizione femminile vede come prima causa di ospedalizzazione i tumori, ma anche per malattie circolatorie, complicanze seguite a gravidanza, parto e puerperio.



Alla flessione dovuta alla pandemia tra il 2019 ed il 2020 corrisponde un lieve incremento nei due anni successivi che portano la nostra area vasta ad un tasso di 109,82 dimessi ogni 1000 residenti, valore più alto fra le tre aree vaste.

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: tendenzialmente aumenta al crescere dei malati. Nelle schede di dimissione ospedaliera ci sono informazioni che permettono di misurare in modo più specifico, appropriato ed efficace la diffusione delle singole malattie. Selezionando in fase di analisi la diagnosi di dimissione principale (codificata secondo la classificazione internazionale Icd9cm), 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 ai soli ricoveri medici o chirurgici, ordinari o Day Hospital (solitamente limitati a ricoveri programmati), ricoveri per acuti o di riabilitazione e lungodegenza. Rispetto agli indicatori sui volumi di ricoveri (totale dimissioni), gli indicatori sui soggetti ricoverati almeno una volta (per patologia) si avvicinano di più alla stima 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, pertanto, 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 raccomanda l'uso della 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 2022 - Maschi
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	149.272	84,01	77,30	76,90	77,71
AUSL CENTRO	63.475	81,82	76,57	75,96	77,18
AUSL NORD-OVEST	52.117	86,10	78,54	77,85	79,24
AUSL SUD-EST	33.727	85,24	76,90	76,05	77,74

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: Residenti toscani dimessi almeno una volta per qualsiasi causa nel periodo di riferimento - Denominatore: Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento - Misure disponibili: IC 95%, Numero, Tasso grezzo, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013.

Il tasso di ricovero calcolato sui soggetti maschi vede la nostra area vasta al primo posto fra le tre aree regionali.

Soggetti ricoverati per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2022 - Femmine

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	166.747	88,40	80,19	79,78	80,60
AUSL CENTRO	73.139	88,55	80,95	80,33	81,57
AUSL NORD-OVEST	56.971	88,60	79,94	79,24	80,65
AUSL SUD-EST	36.676	87,85	79,07	78,20	79,94



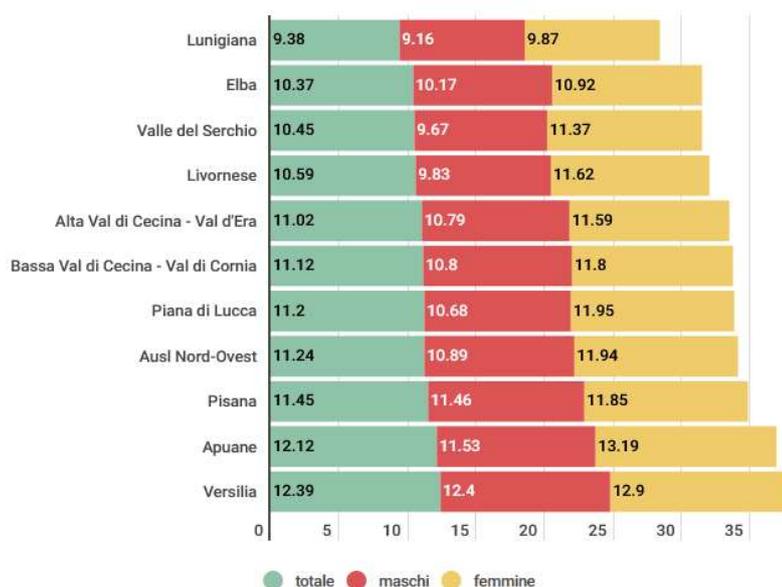
A differenza dei maschi, le femmine presentano un tasso di ricovero più basso nel confronto delle aree vaste, ma pur sempre maggiore rispetto ai primi.

4.4 Soggetti ricoverati per tumore

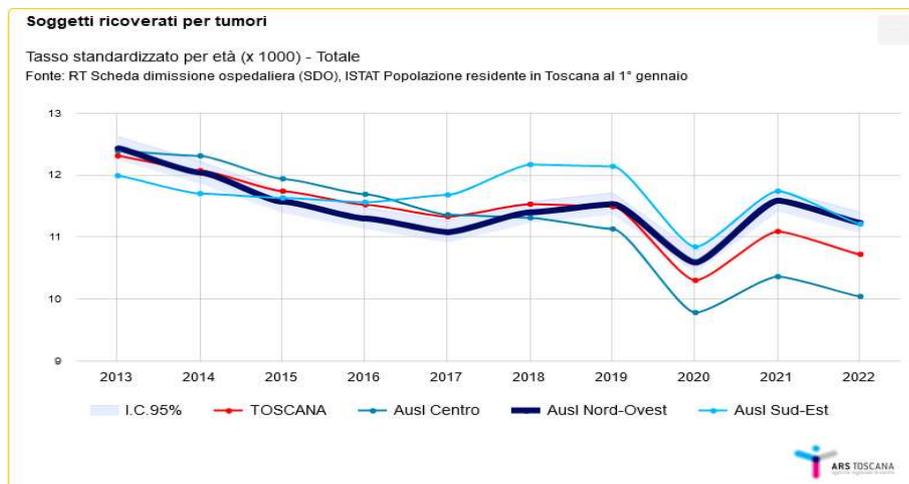
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio; Numeratore: Residenti toscani dimessi almeno una volta per tumori nel periodo di riferimento – denominatore: Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento - Misure disponibili: I.C. 95%, Numero, Tasso grezzo (x 1000), Tasso standardizzato per età (x 1000) Popolazione standard: EUROPA 2013. Per tumori si considerano le diagnosi di dimissione principale ICDIX 140-239 e V581. Sono escluse le dimissioni di neonati sani.

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.

Dal grafico seguente si evince la diversa distribuzione del dato relativo ai ricoveri per tumore nel totale dei soggetti, suddivisi per maschi e femmine e per zona di residenza. Si osservi la maggiore prevalenza di tali ricoveri in ogni zona è nella popolazione femminile che si distacca dall'altro sesso con una media di 1,06 punti. La zona dove il dato femminile supera maggiormente l'altro sesso è quella livornese. Le zone col maggior numero di ricoveri per tumore sono Versilia e Apuane (> 12), mentre la minor quota di ricoveri è quella relativa alla Lunigiana.

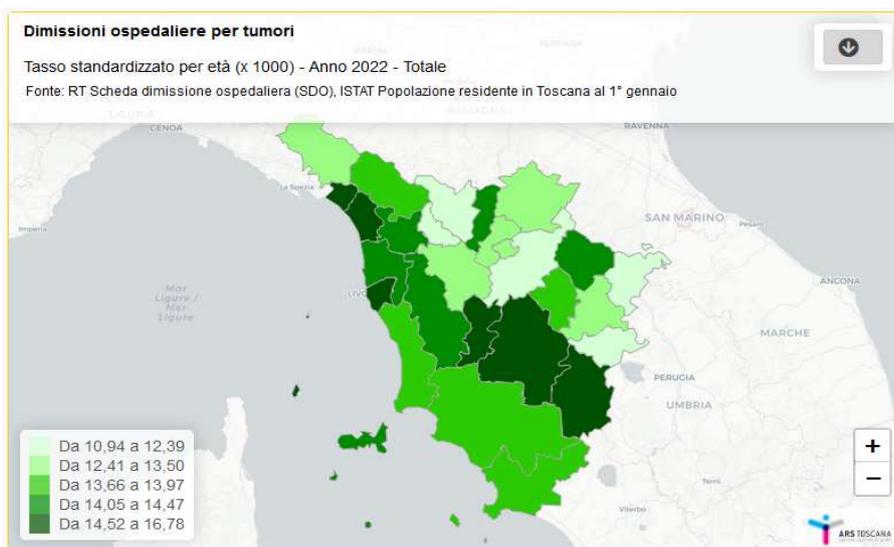


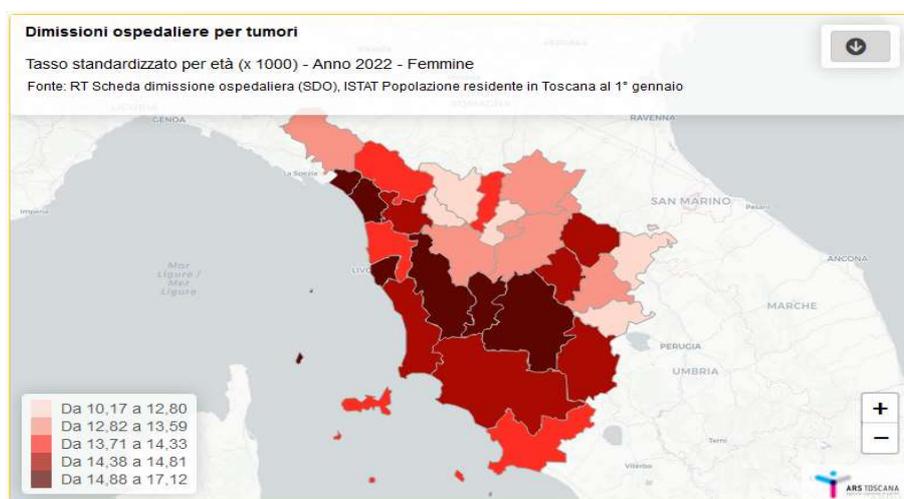
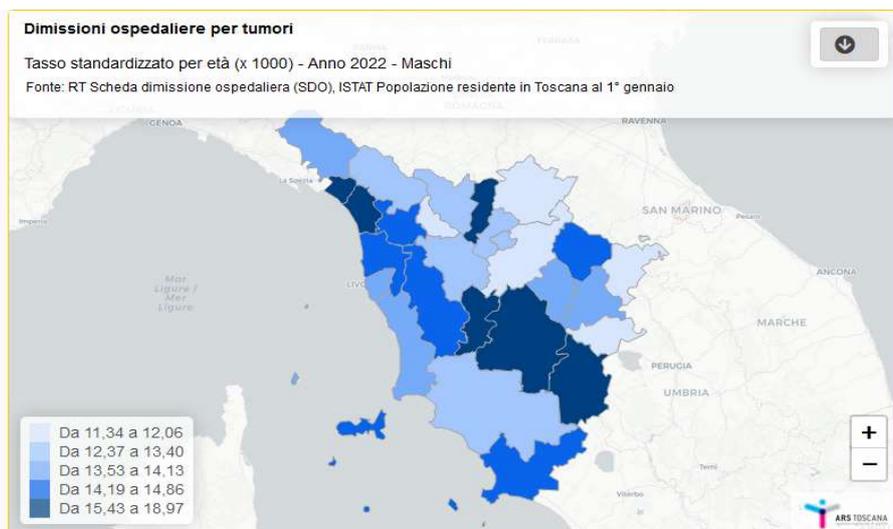
L'andamento della serie storica 2013-2022 di questi particolari ricoveri mostra una costante flessione, passando nella nostra area vasta dall'iniziale punta di 12,44 ricoveri del 2013 all'ultimo dato 11,24 che segue una leggera punta di 11,6 del 2021. La comparazione con il dato medio regionale assegna purtroppo ancora una maggiore prevalenza dei valori.



4.4.1 Dimissioni ospedaliere per tumore

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.





L'articolazione territoriale delle dimissioni ospedaliere per tumore conferma ancora il dato epidemiologico della maggiore prevalenza totale delle zone Versilia ed Apuane, cui si aggiunge nella fascia più alta dell'intervallo, solo fra le femmine, la zona livornese.

4.5 Soggetti ricoverati per le principali tipologie tumorali

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio – Numeratore: Residenti toscani dimessi almeno una volta per principali tumori nel periodo di riferimento – Denominatore: Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento - Misure disponibili: I.C. 95%, Numero, Tasso grezzo (x 1000), Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.

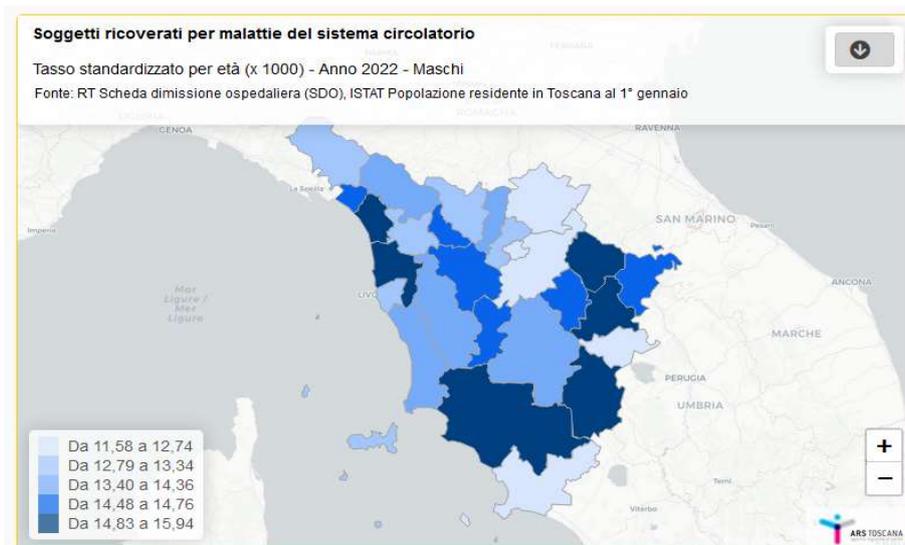
Tabella: Tassi di ricovero per i principali tipi di tumore:

Tumore	Asl Nord Ovest Maschi	Asl Nord Ovest Femmine	Delta Tno / Regione Maschi	Delta Asl / Regione Femmine	Zone prevalenti (contrassegnati con range di valore più alto nelle mappe Ars)	Trend (M+F)
Polmone	0,78	0,39	0	- 0,01	Maschi Lunigiana (1,17) Femmine Apuane (0,51)	Leggera diminuzione
Stomaco	15,66	8,10	-4,92	-1,67	Maschi: Lunigiana (21,32); Apuane (20,63) Femmine: Apuane (13,19)	Diminuzione
Vescica	17,96	3,36	0,43	0,20	Maschi: Versilia (23,23); Lunigiana (25,02); Apuane (21,64)	Diminuzione
Mammella		1,88		0,2	Femmine: Versilia (2,07); Livornese (2,05); Valli Valdera / AVC (1,95); Pisana (1,92); Etrusche (1,85);	Leggera diminuzione
Colon retto	0,74	0,51	0,06	-0,01	Maschi: Valle del Serchio (1,02); Piana Lucca (0,96); Lunigiana (0,90) Femmine: Pisana (0,57)	Diminuzione
Prostata	0,64		- 0,08		Maschi: Valdera / AVC (0,91)	Aumento

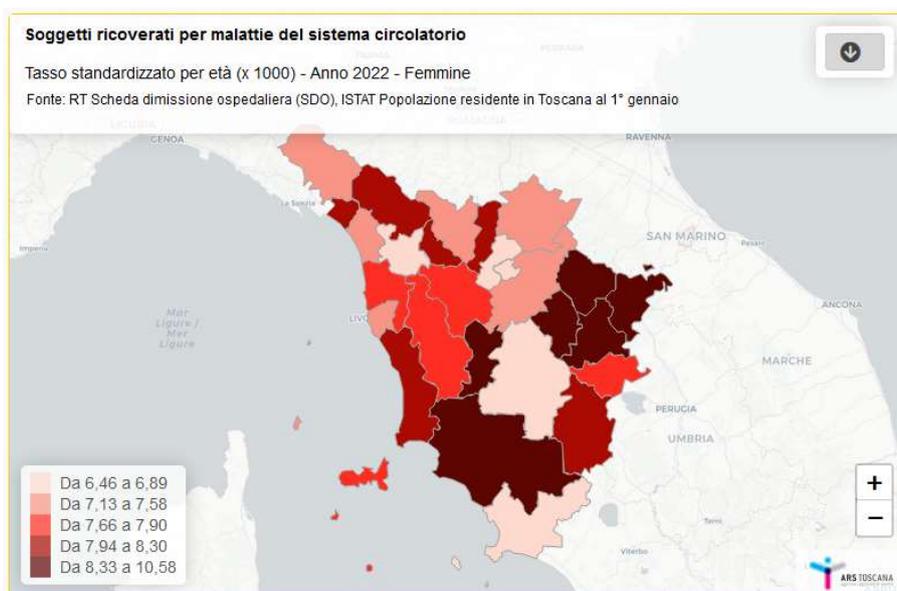
4.6 Soggetti ricoverati per malattie del sistema circolatorio

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: Residenti toscani dimessi almeno una volta per malattie del sistema circolatorio nel periodo di riferimento – Denominatore: Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento - Misure disponibili: I.C. 95%, Numero, Tasso grezzo (x 1000), Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013.

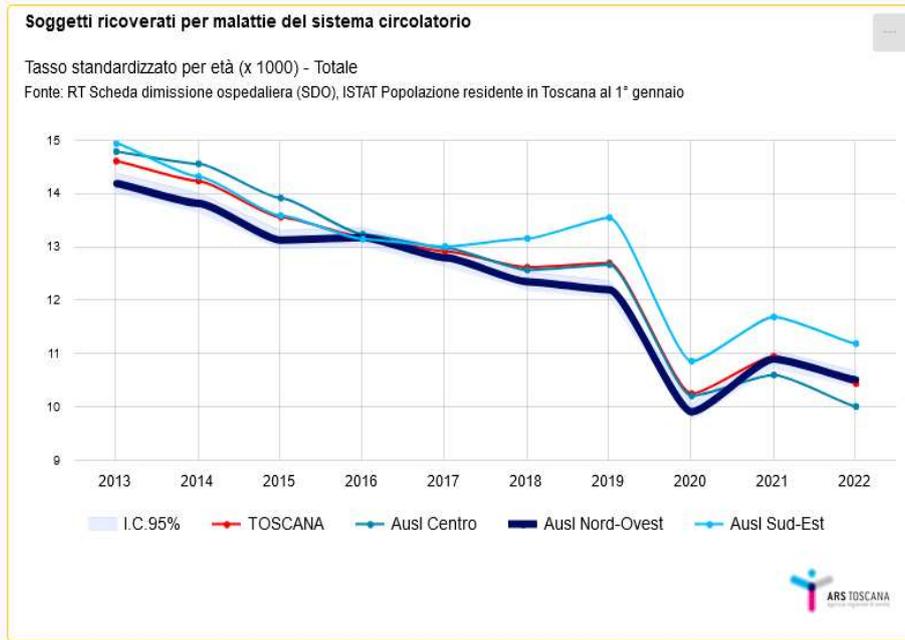
L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Registriamo i tassi di ricovero più alti per i maschi causati da malattie del sistema circolatorio in Versilia (15.6 ricoveri per mille residenti) e nelle zone Pisana ed Apuane.



Tra le femmine detengono il primato la zona apuana e quella delle Valli etrusche rispettivamente con 8.8 e 7,94 x 1000 residenti.

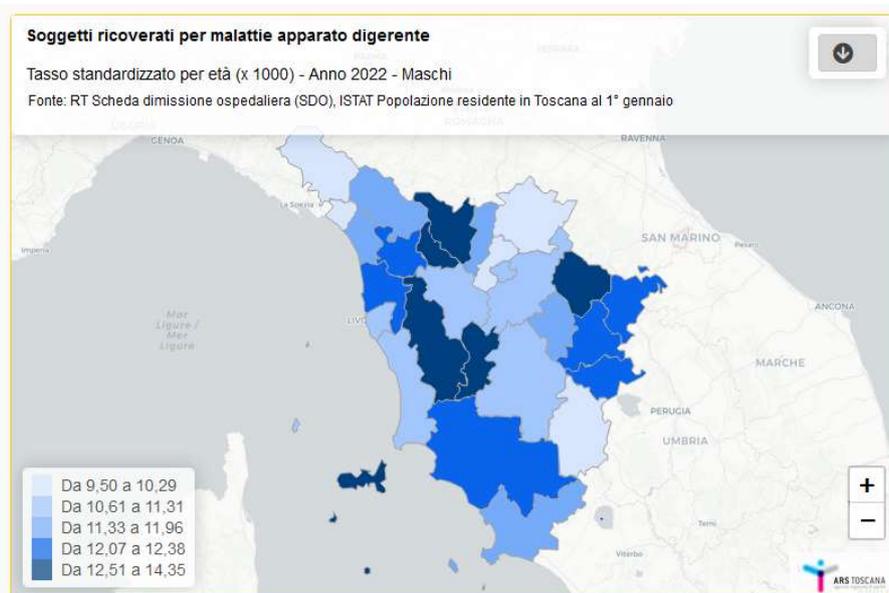


Per entrambi i sessi si nota una flessione dopo il rialzo post pandemico del 2021. Nell'ultima rilevazione il dato si posiziona su 10,52 soggetti ricoverati, dato leggermente superiore a quello medio regionale (10,45).

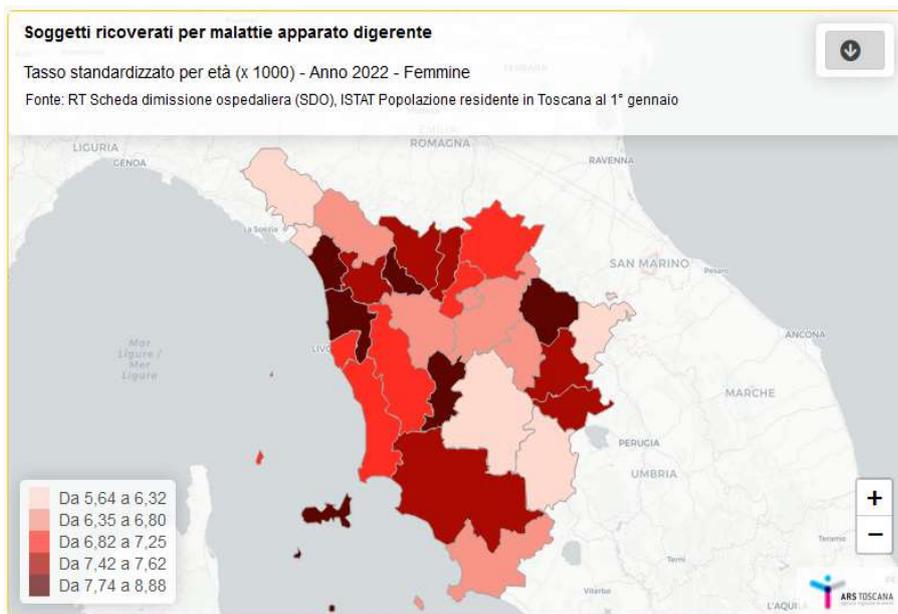
4.7 Soggetti ricoverati per malattie apparato digerente

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: Residenti toscani dimessi almeno una volta per malattie dell'apparato digerente nel periodo di riferimento – Denominatore: Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento - Misure disponibili: Numero, Tasso grezzo, Tasso standardizzato per età (x 1000), IC 95% - Popolazione standard: EUROPA 2013

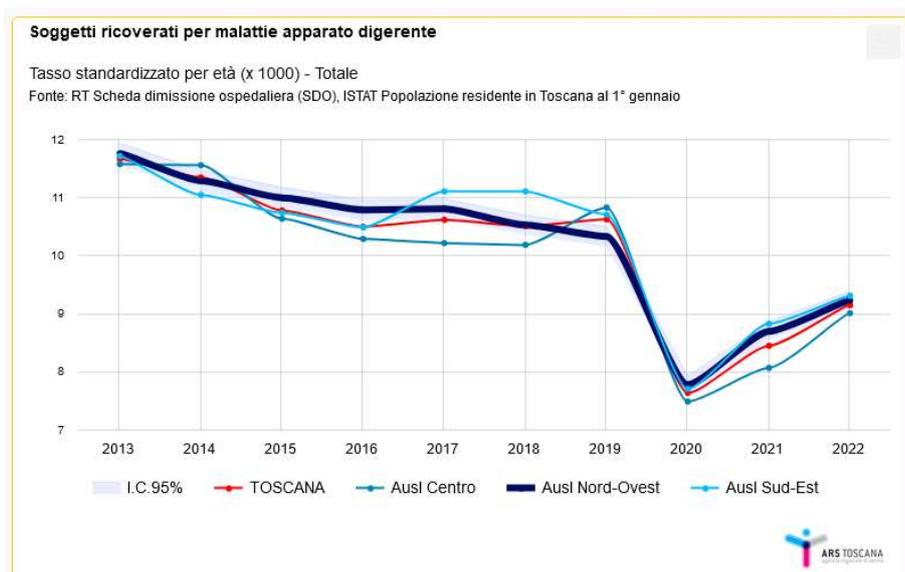
L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Per quanto riguarda i soggetti maschi ricoverati per malattie dell'apparato digerente vediamo l'isola d'Elba detenere il primato dei soggetti ricoverati nel 2022 con 14,35 soggetti ogni mille residenti ed al secondo posto la zona Valdera / Alta Val di Cecina con 12,60 ricoveri.



Tra le femmine i valori più alti benché meno importanti che nei maschi si osservano per l'Elba (8.23), la Versilia (8,02) e la zona Pisana (7.74).



Per i due sessi la tendenza mostrata nell'ultimo anno della serie storica evidenzia un innalzamento del tasso di ricoveri per le malattie dell'apparato digerente, con un dato medio regionale che sfiora quello di area vasta nord ovest con 9.16 contro il 9,24 del nostro ambito territoriale.

4.8 Soggetti ricoverati per malattie apparato respiratorio

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: Residenti toscani dimessi almeno una volta per malattie dell'apparato respiratorio nel periodo di riferimento – Denominatore: Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento - Misure disponibili: I.C. 95%, Numero, Tasso grezzo (x 1000), Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

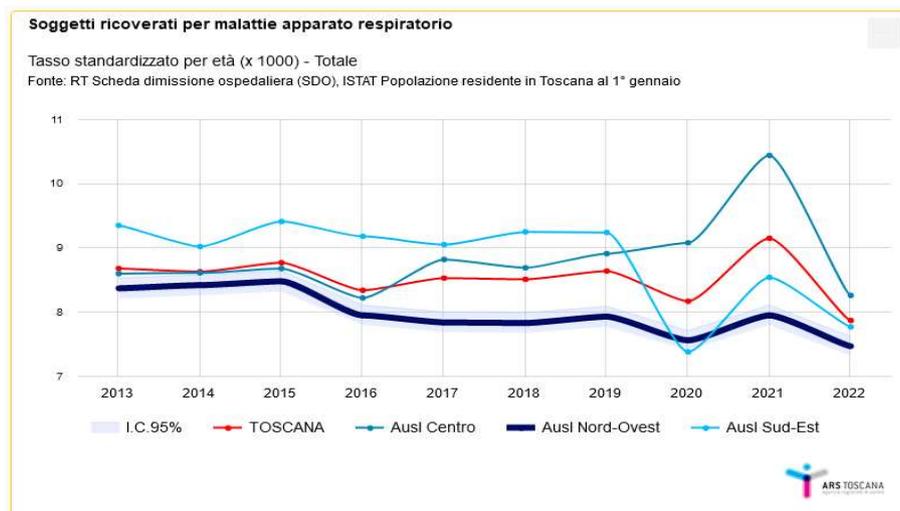
L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Fra i maschi i soggetti ricoverati presentano punte di prevalenza nelle zone Pisana (11,26 ogni 1000 residenti), Piana di Lucca (10,37) e Versilia (9,98).



Fra le femmine ricoverate il primo posto è assegnato alle residenti in Piana di Lucca con un tasso del 7,15, seguito da quelle residenti nella zona Pisana e della Versilia con valori sotto il 7.

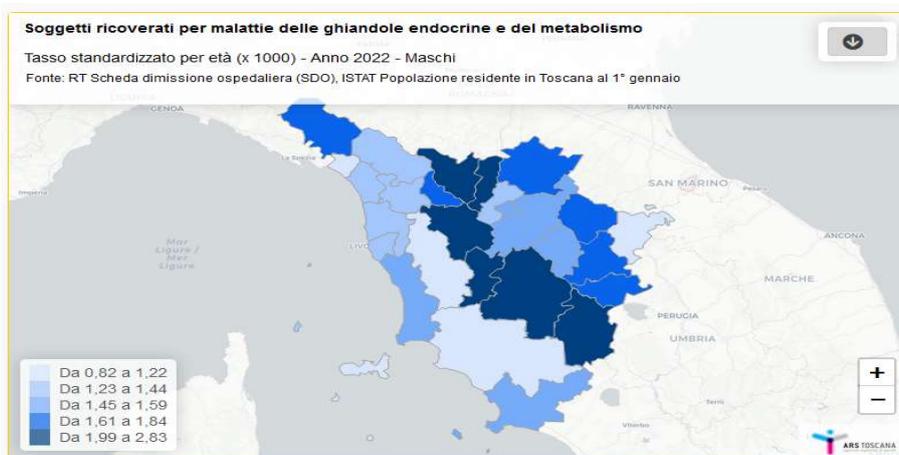


Per questa categoria di ricoveri si assiste ad una chiara flessione. I valori della serie storica per la nostra area territoriale restano da sempre al di sotto delle altre aree regionali con il valore di 7,48 soggetti ricoverati ogni 1000 residenti.

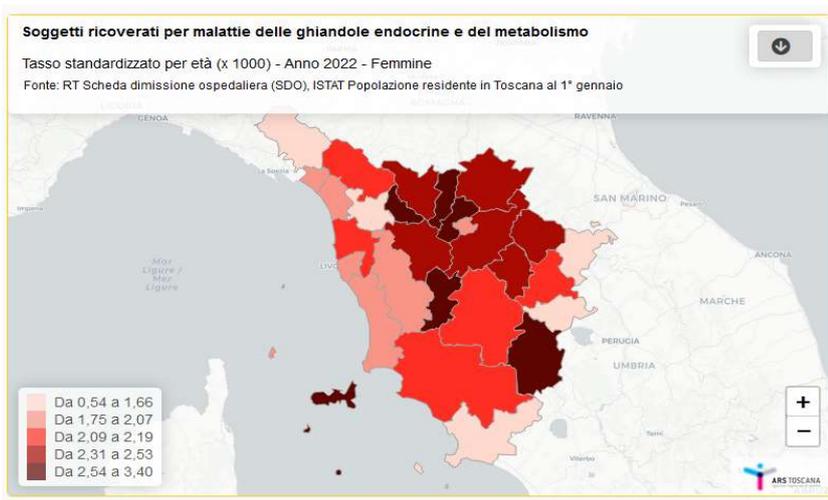
4.9 Soggetti ricoverati per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: Residenti toscani dimessi almeno una volta per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo nel periodo di riferimento – Denominatore: Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento - Misure disponibili: I.C. 95%, Numero, Tasso grezzo (x 1000), Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.

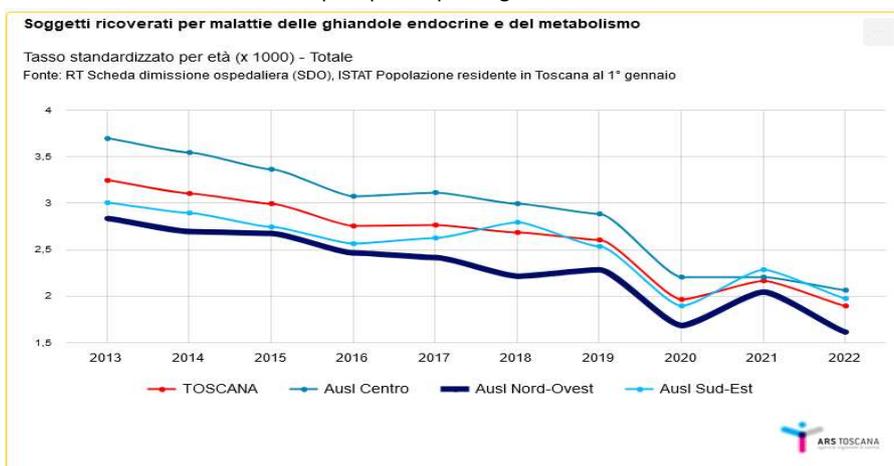


Tra i maschi si osserva una maggiore prevalenza nel territorio della Lunigiana con 1,61 ricoveri ogni 1000 residenti.



Tra le femmine assumono rilevanza le zone della Valle del Serchio (2,19) e quella Pisana (2,09).

Considerando i ricoveri totali per queste patologie osserviamo che incidono meno che altrove in regione con 1,62 ricoveri ogni 1000 residenti contro una media regionale di 1,90. Vi è inoltre una maggiore flessione che altrove.



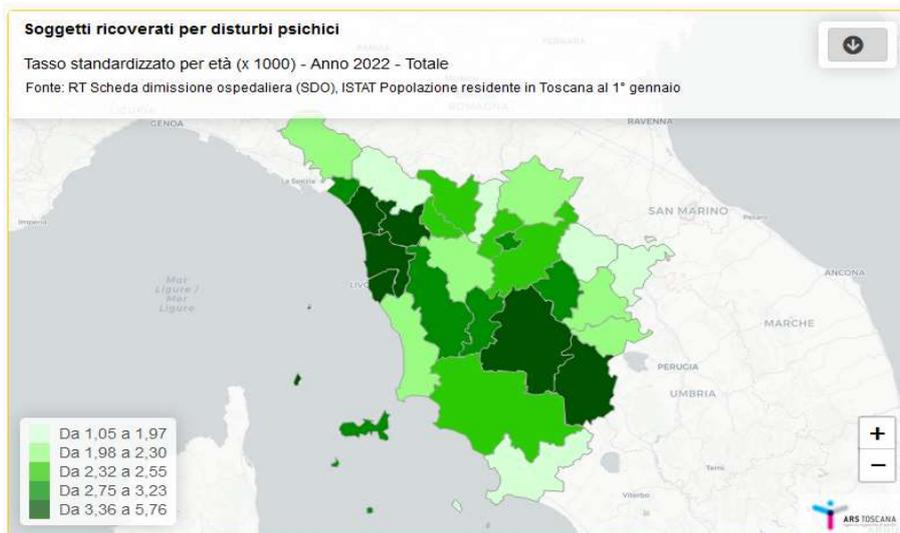
4.10 Soggetti ricoverati per disturbi psichici

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: Selezione dei soggetti ricoverati per disturbi psichici - Denominatore: Popolazione residente toscana - Misure disponibili: IC 95%, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.

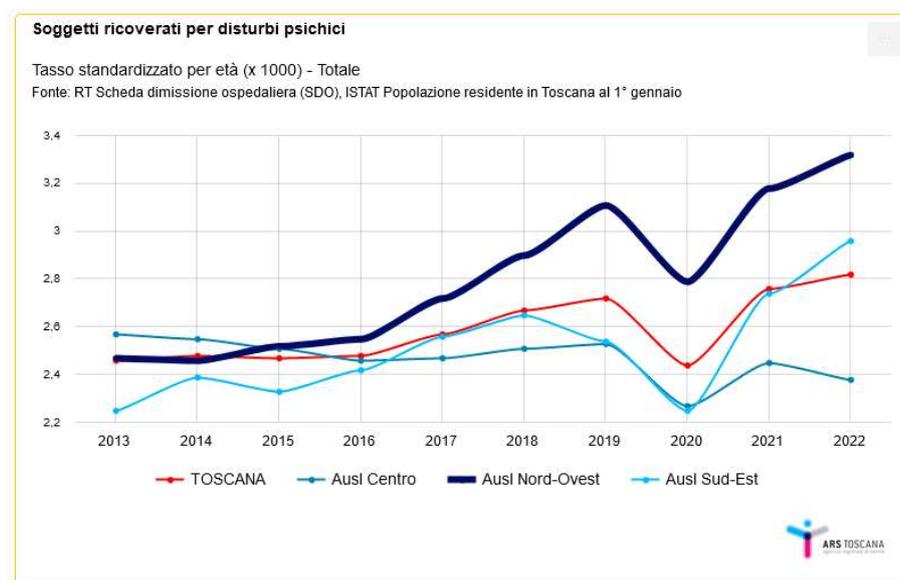
I disturbi mentali e da dipendenza interessano oltre 1 miliardo di persone in tutto il mondo e sono causa del 7% del carico globale di malattia (misurato in DALY) e del 19% di tutti gli anni vissuti con disabilità. Nonostante il peso che questo gruppo di patologie ricoprono sulla valutazione del benessere di una popolazione, pochi sono gli studi epidemiologici in grado di misurare la loro diffusione nella popolazione generale. Per ovviare a questa mancanza, vengono utilizzate informazioni provenienti dai Servizi di presa in carico sia territoriali che ospedalieri. Nel corso degli anni, la maggior diffusione dei servizi territoriali di salute mentale, ha progressivamente ridotto il ricorso al ricovero ospedaliero per cause psichiatriche (codici ICD-IX 290-319) che in molti casi può essere programmato o avvenire in una fase di acuzie.

L'indicatore misura il numero di persone che si ricoverano per disturbo psichiatrico nel corso dell'anno. Pertanto può essere utilizzato per valutare la prevalenza delle diagnosi psichiatriche nella popolazione nell'anno di riferimento. In questo caso una persona viene "contata" una sola volta. L'indicatore non tiene conto dei ricoveri che il soggetto ha effettuato negli anni precedenti.



Le zone a nord della regione risultano quelle dove è stata effettuata la proporzione più alta di ricoveri.

La zona col maggior numero di ricoveri in relazione alla popolazione totale residenti è quella Pisana con 4,68 ricoveri ogni 1000 residenti. A questa zona seguono l'area di Livorno con 3,67, Versilia con 3,66 e Lucca con 3,36.



La nostra area vasta contribuisce più delle altre all'aumento in generale molto accentuato di questa tipologia di ricovero. Qui si sono registrati 3672 ricoveri nel 2022, ben al di sopra della media regionale che si posizione sul valore di 2,82, ben al di sotto del valore registrato per la nostra area (3,32).

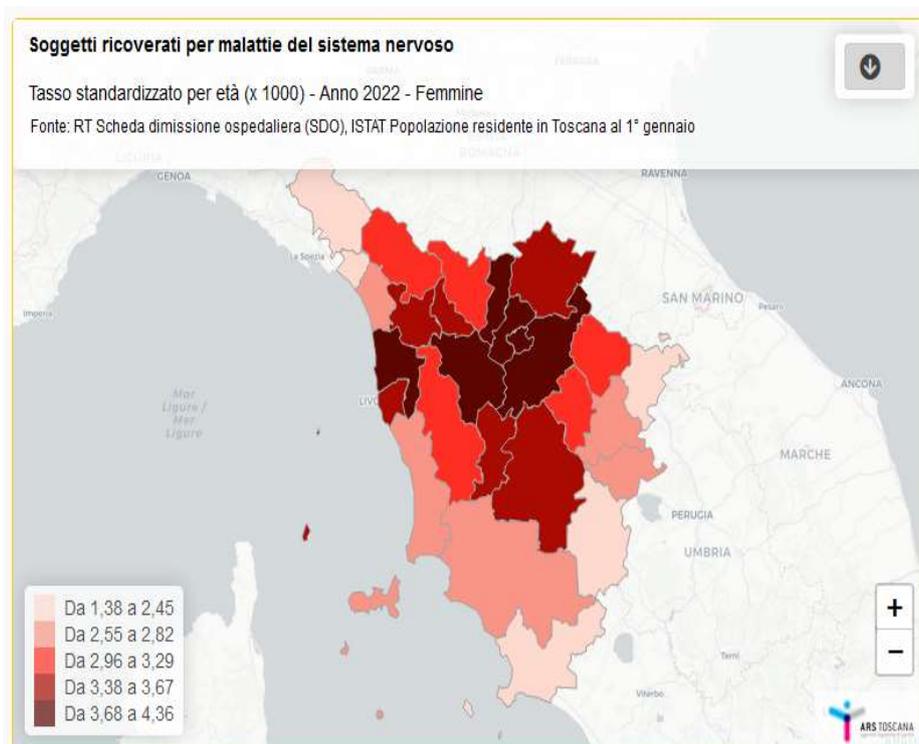
4.11 Soggetti ricoverati per malattie del sistema nervoso

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: malattie del sistema nervoso – Denominatore: Popolazione residente toscana - Misure disponibili: IC 95%, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



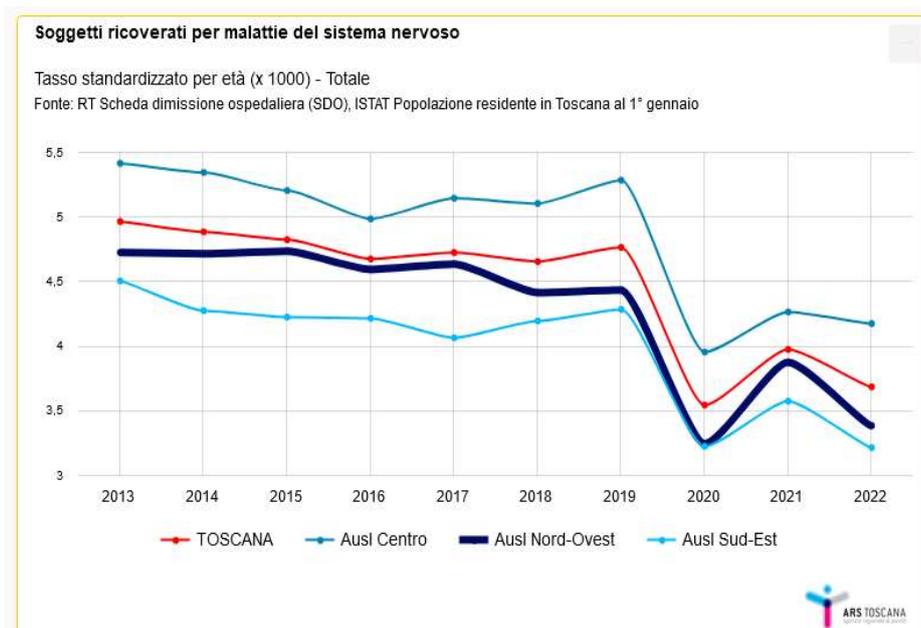
Fra i maschi si registra il valore più alto per la zona Pisana con 4,42 ricoveri ogni mille residenti.



Il valore più elevato si registra in zona Pisana anche per le femmine con un tasso di 4,36, leggermente inferiore rispetto a quello maschile.

La tendenza è alla flessione dei ricoveri, ancor più accentuata nella nostra area vasta rispetto al dato medio regionale.

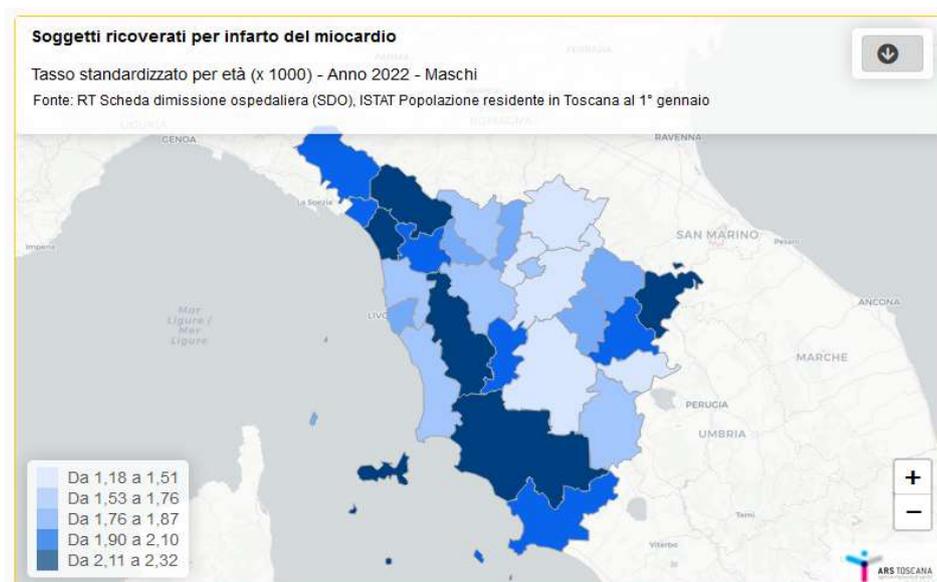
Nel complesso i nostri ricoveri presentano il tasso di 3,39 contro una media regionale di 3,69.



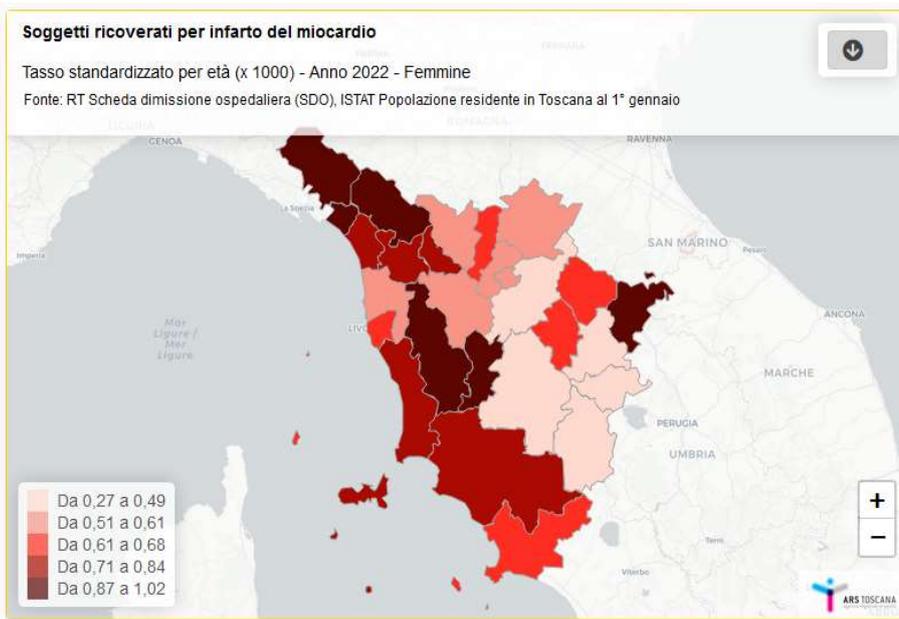
4.12 Soggetti ricoverati per infarto del miocardio

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: ricoveri per infarto del miocardio – Denominatore: Popolazione residente toscana - Misure disponibili: IC 95%, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

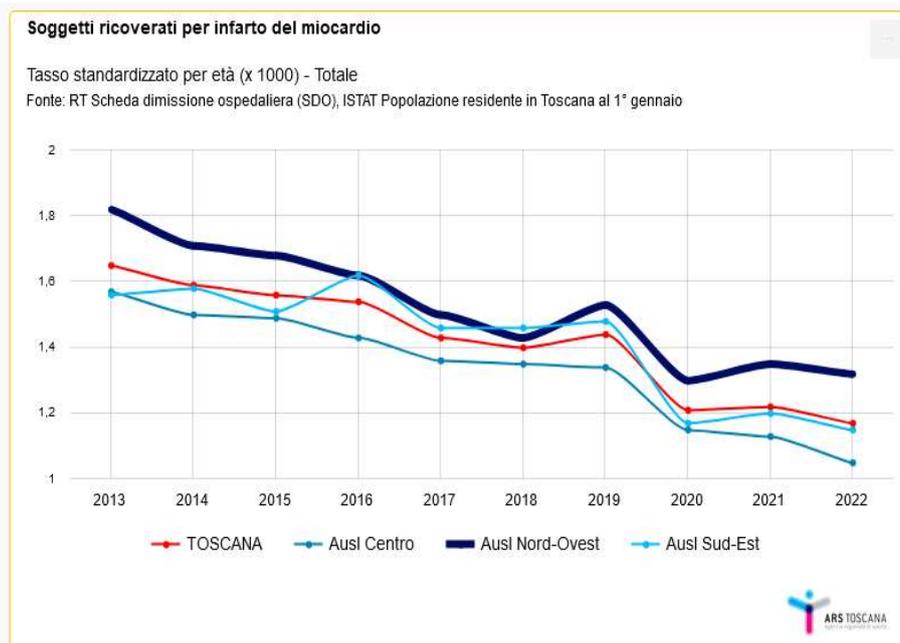
L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Le zone che hanno visto i tassi più alti di ricovero nella popolazione maschile per infarto del miocardio sono rispettivamente la Valle del Serchio (2,32), la Versilia (2,18) e la zona Valdera/ Alta Val di Cecina (2,12).



Nella popolazione femminile il presente tasso di ricovero si attesta sulla punta massima del 1,01 in Lunigiana, Valle del Serchio segue con 0,94 e Valdera / Alta Val di Cecina con 0,90.

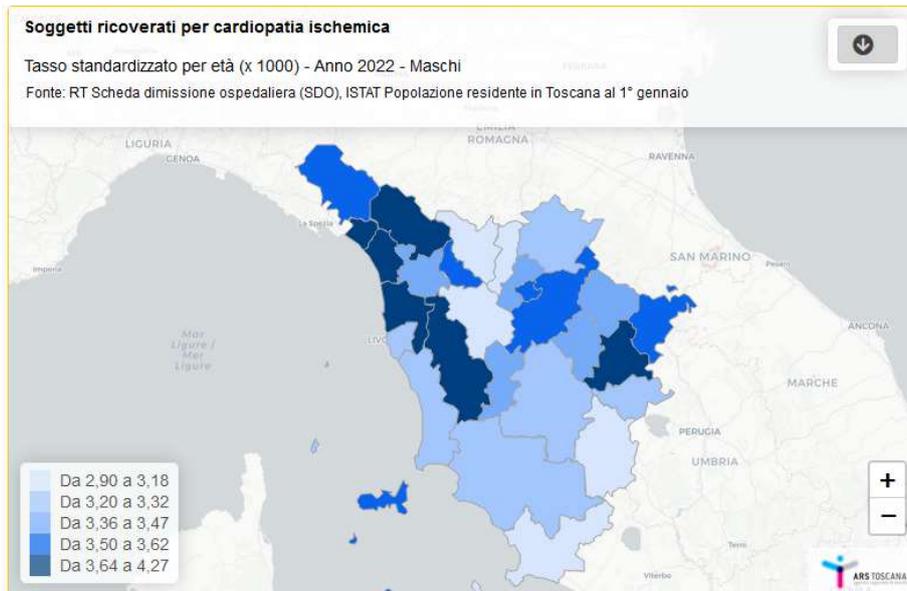


I valori che sempre nella serie storica risultano al di sopra del dato medio regionale con l'ultimo anno aumentano il distacco con una forbice che tende ad allargarsi pur nella sostanziale flessione globale del dato (1,32 per la nostra area vasta contro 1,17 del dato regionale).

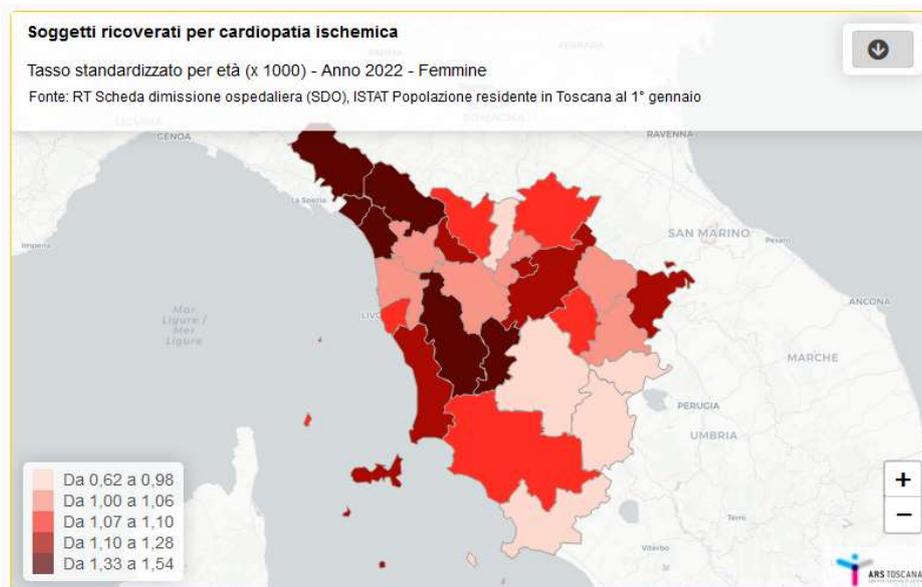
4.13 Soggetti ricoverati per cardiopatia ischemica

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: ricoveri per cardiopatia ischemica – Denominatore: Popolazione residente toscana - Misure disponibili: IC 95%, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.

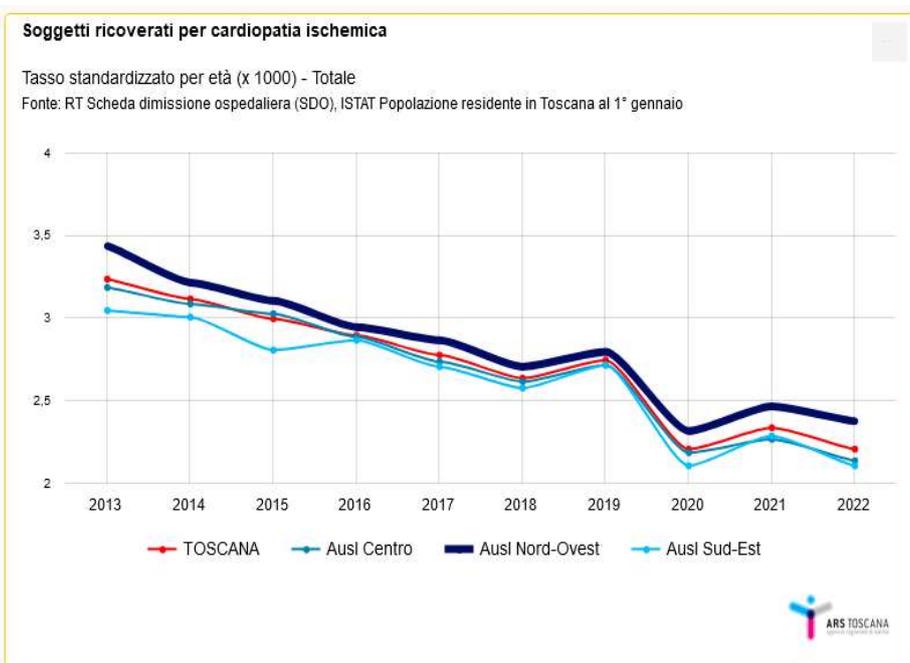


Nella popolazione maschile si osservano tassi di ricovero elevati in Versilia (4,27), zona Apuana (4,15), Valdera / Alta Val di Cecina (4,09), zona Pisana (3,71) e Valle del Serchio (3,64).



Nelle zone a nord della regione si osservano per la popolazione femminile tassi molto elevati rispetto al resto della regione, eccettuato nella nostra area vasta per la zona della Valdera/ Alta Val di Cecina.

In quest'area la Valle del Serchio risulta al primo posto con un tasso di 1,54 ricoveri, seguita dalle zone della Lunigiana, Versilia e Apuane.

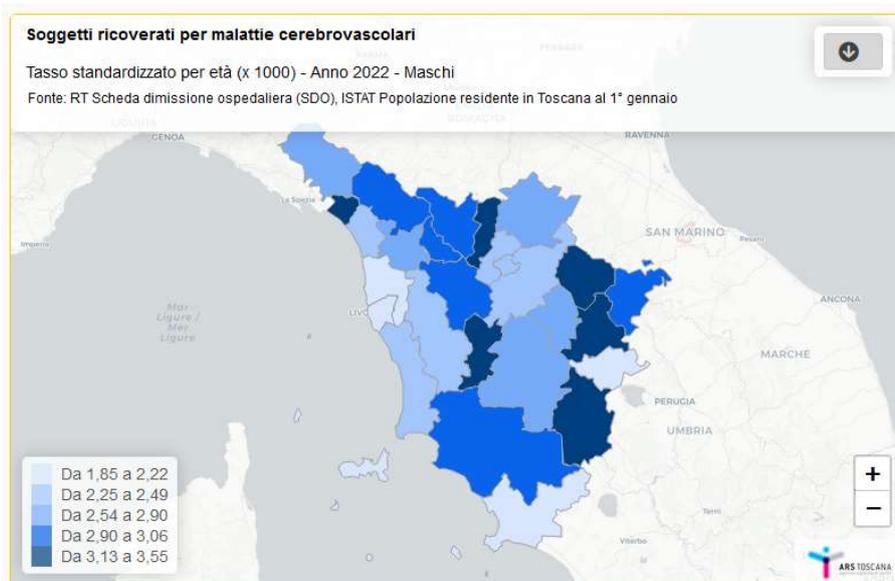


Tendenza in diminuzione per i ricoveri nel totale della popolazione, ma meno accentuata flessione per la nostra area vasta che resta ancora segnata più delle altre per questa patologia con 2,38 ricoveri contro i 2,21 della media regionale.

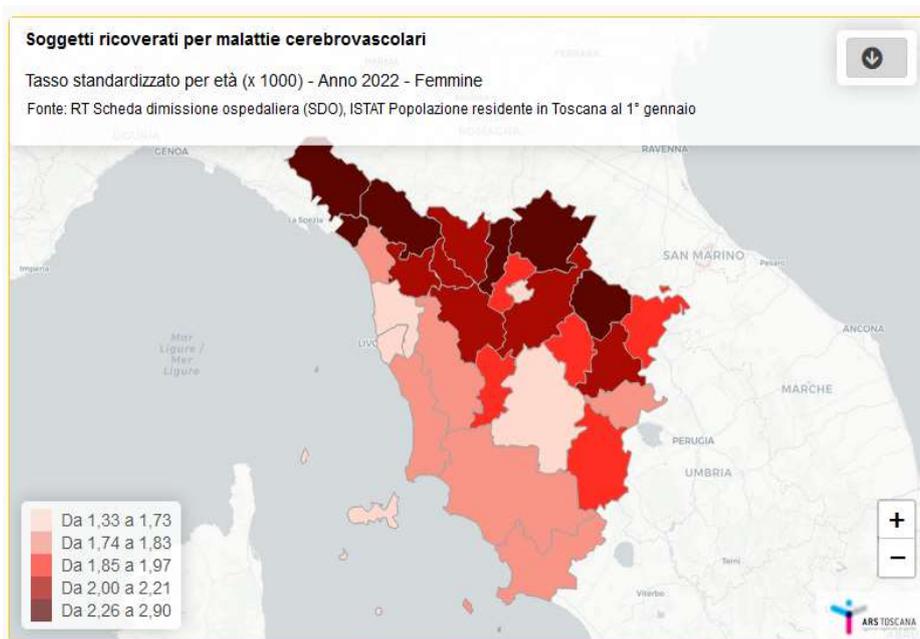
4.14 Soggetti ricoverati per malattie cerebrovascolari

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: ricoveri per malattie cerebrovascolari – Denominatore: Popolazione residente toscana - Misure disponibili: IC 95%, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

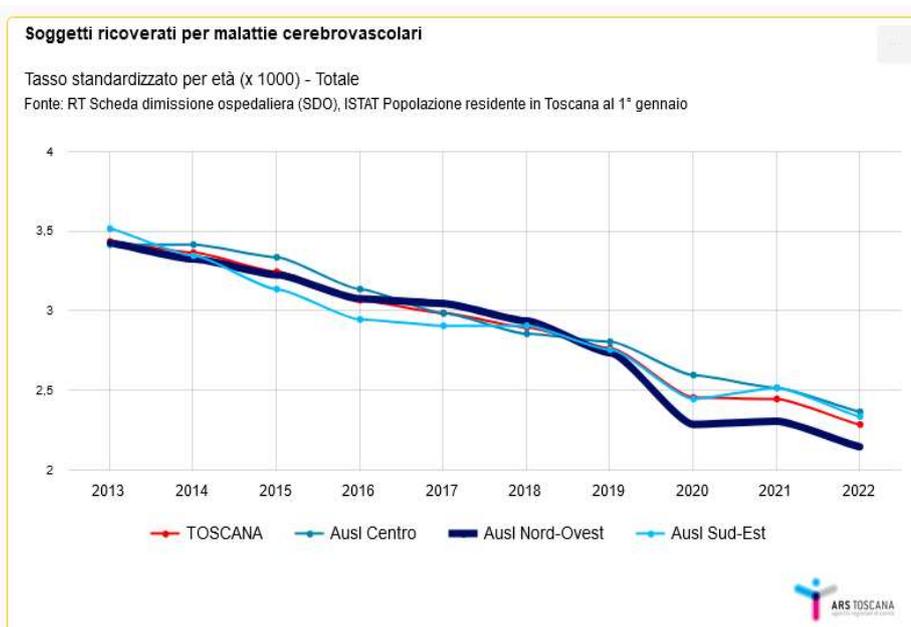
L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Nella popolazione maschile assume evidenza il tasso di 3,21 raccolto per la zona Apuana.



Si allarga invece nella popolazione femminile lo spettro dei tassi di ricovero per malattie cerebrovascolari, con punte elevate nelle zone della Valle del Serchio (2,33), Lunigiana (2,30) e Apuana (2,26).

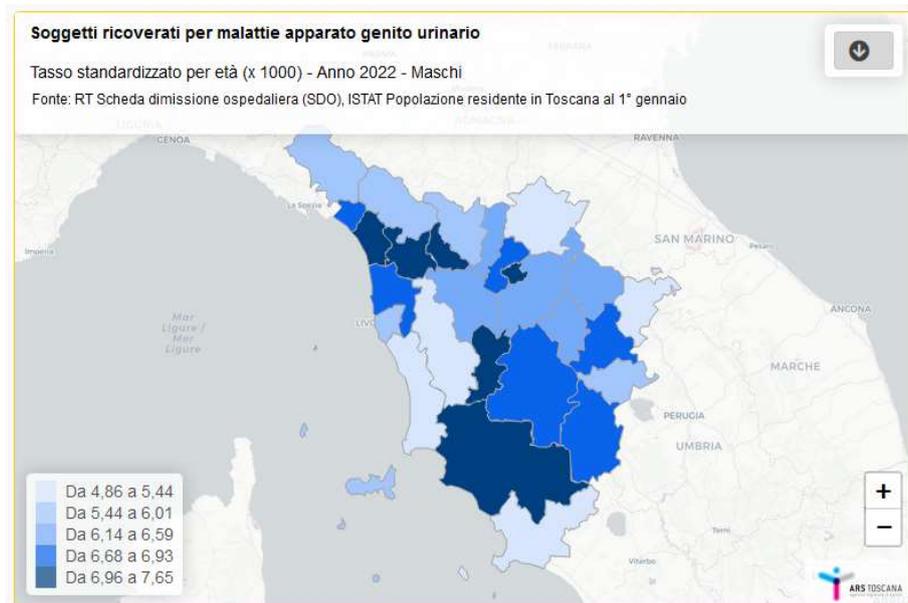


Nel totale della popolazione i ricoveri appaiono quantitativamente meno rilevanti che nel resto della regione, con una tendenza alla flessione più accentuata nella nostra area vasta. Che registra il tasso di 2,15 contro quello registrato nella regione di 2,29,

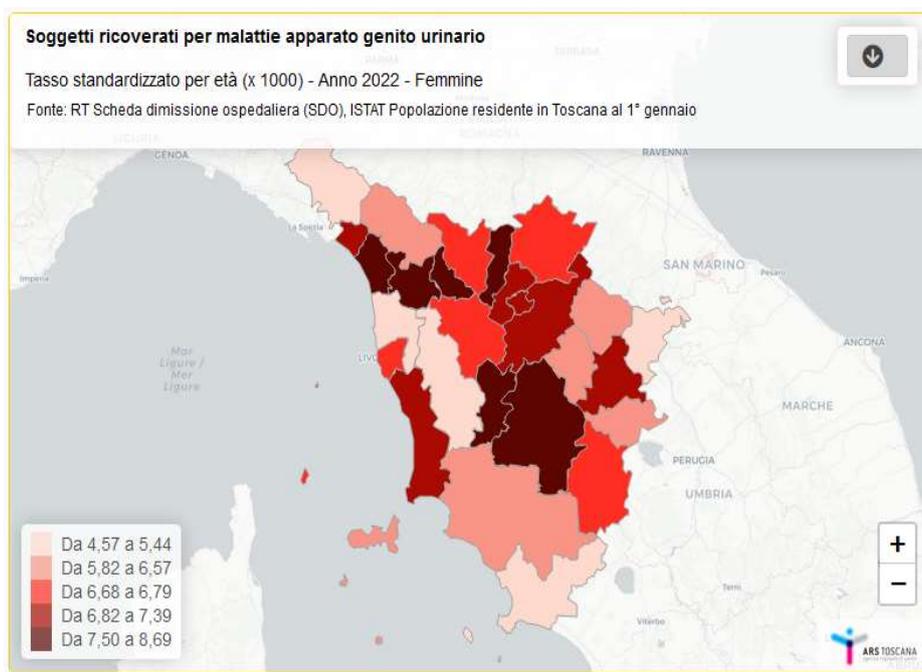
4.15 Soggetti ricoverati per malattie apparato genito urinario

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: ricoveri per malattie dell' apparato genito urinario – Denominatore: Popolazione residente toscana - Misure disponibili: IC 95%, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

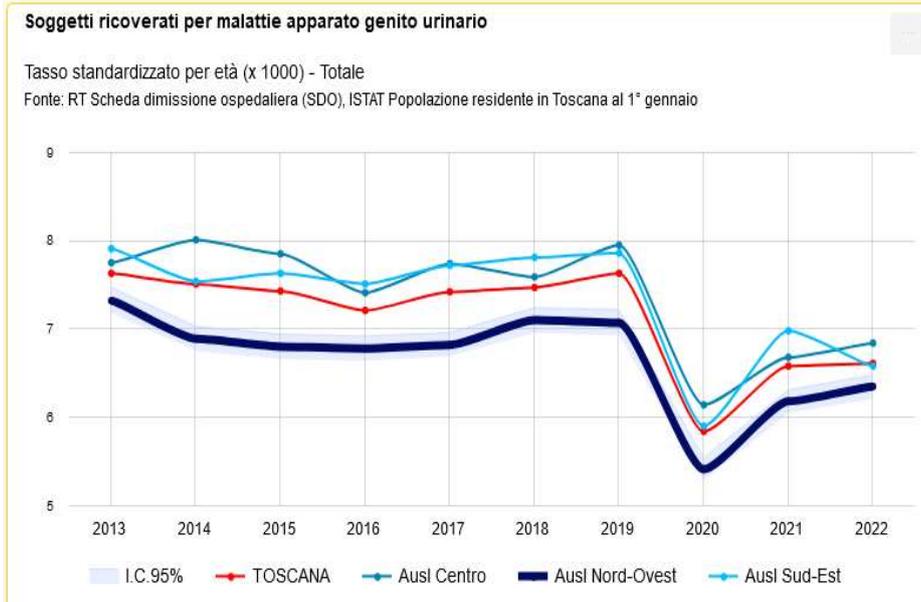
L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Versilia e Piana di Lucca presentano i tassi più elevati per le specifiche patologie con i rispettivi valori di 7,65 e 7,17.



Nella popolazione femminile lo specifico ricovero appare anche qui più evidente ma con scambio di preminenza tra la Piana di Lucca (8,64) e di la Versilia (7,50).



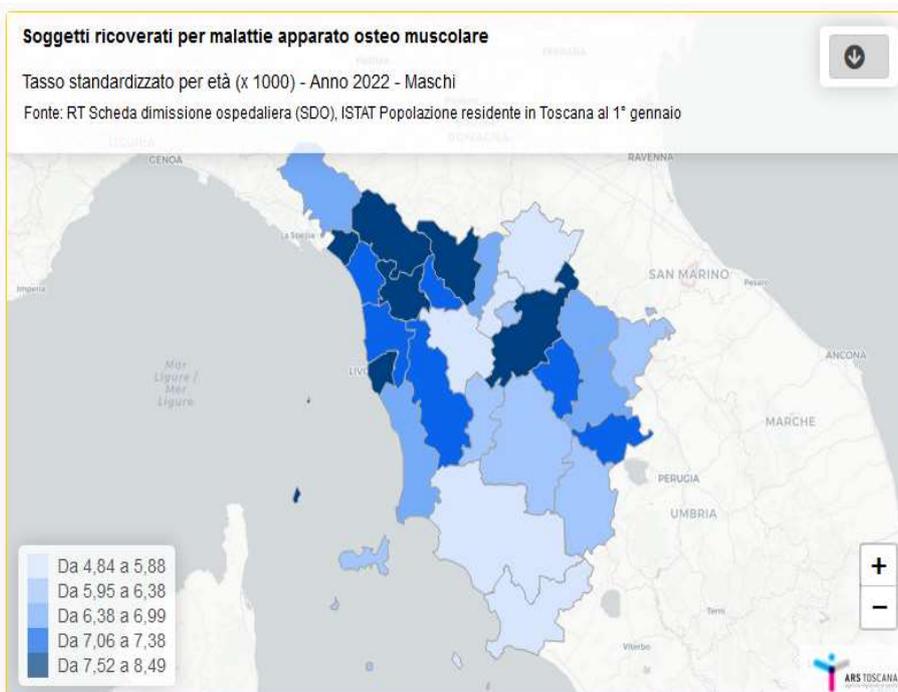
Per quel che concerne il totale della popolazione lo specifico tipo di ricovero appare meno evidente nella nostra area vasta, rispetto alle altre aree regionali. Questo è vero anche per tutta la serie storica.

Nell'ultima rilevazione la nostra area presenta il tasso di 6,36 contro quello regionale di 6,62.

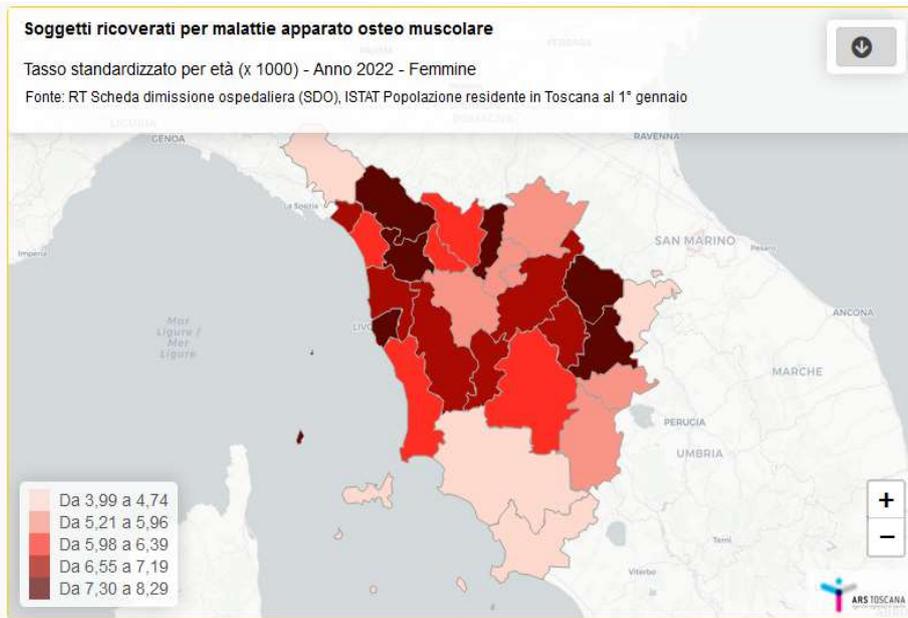
4.16 Soggetti ricoverati per malattie apparato osteo muscolare

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: ricoveri per malattie dell'apparato osteo muscolare - Denominatore: Popolazione residente toscana - Misure disponibili: IC 95%, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

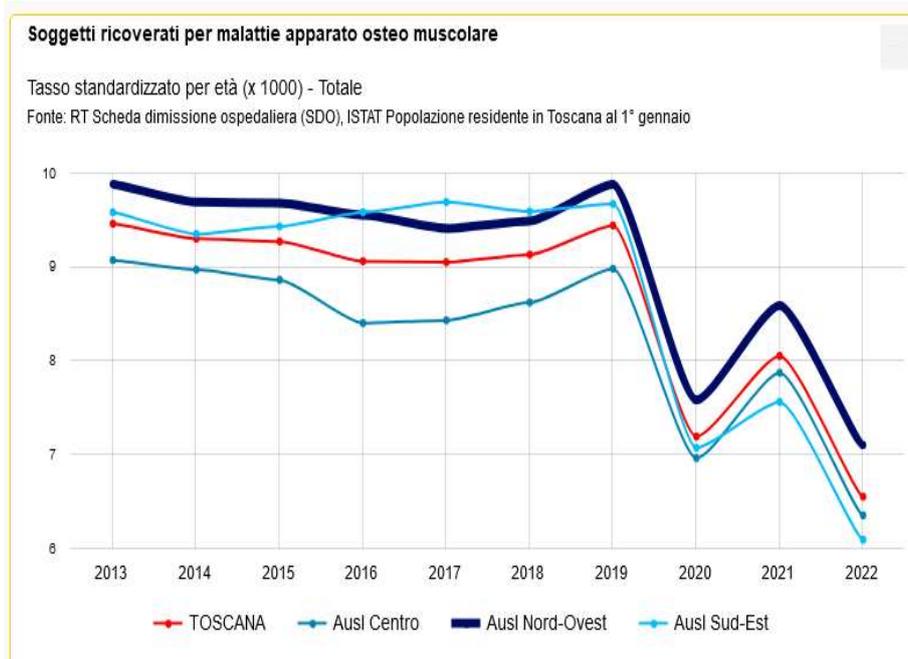
L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Fra i maschi il ricovero per malattie osteo muscolari è più frequente a Lucca (8,49), seguito da Valle del Serchio (8,44) e da Apuane (8,14) con un valore di qualche rilievo nella zona Livornese (7,75).



Fra le femmine la distribuzione dei tassi per zona distretto è leggermente diversa. Infatti esse vengono maggiormente ricoverate per queste patologie se residenti in Valle del Serchio (7,52), nella zona Livornese (7,42) oppure nella Piana di Lucca (7,30).

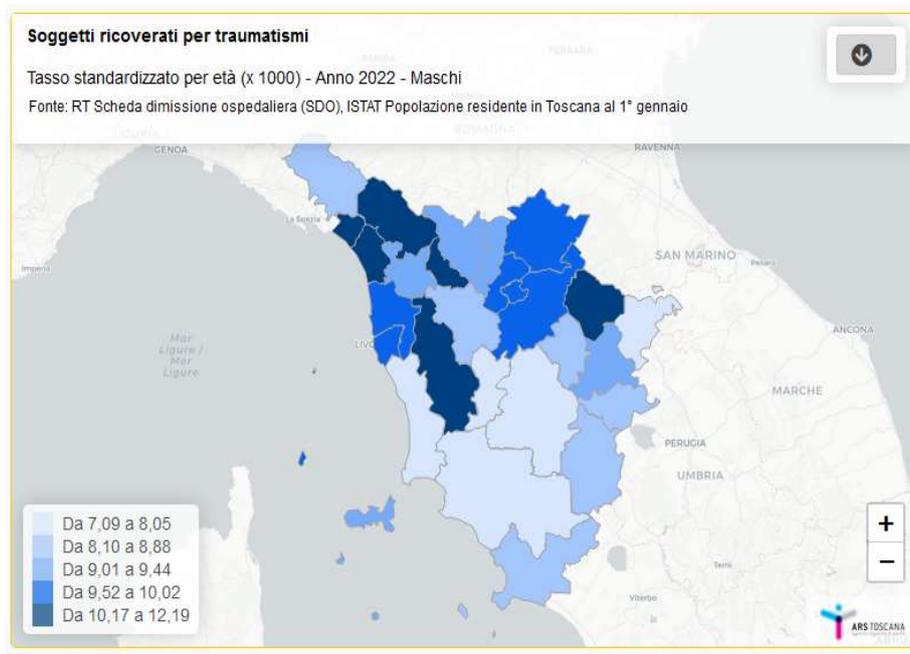


Nella popolazione totale assistiamo ad una generale flessione per questi ricoveri a partire dal 2019. La nostra area vasta presenta valori più alti a livello regionale proprio a partire da quel periodo e pur nella costante flessione generale realizza nell'ultimo periodo il tasso di 7,11 contro il 6,56 regionale.

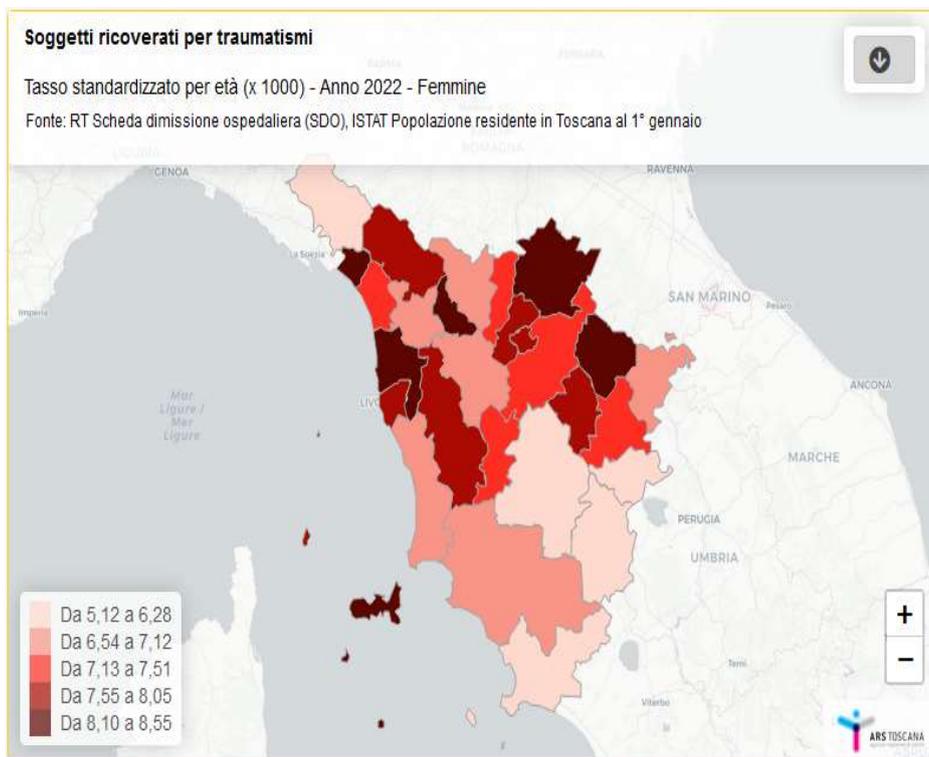
4.17 Soggetti ricoverati per traumatismi

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio - Numeratore: ricoveri per traumatismi – Denominatore: Popolazione residente toscana - Misure disponibili: IC 95%, Tasso standardizzato per età (x 1000) - Popolazione standard: EUROPA 2013

L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Fra i maschi la ricorrenza di ricoveri per traumatismi è maggiormente presente nella zone Apuana (12,19), Valdera / Alta Val di Cecina (11,03), Valle del Serchio (10,59) e Versilia (10,17).

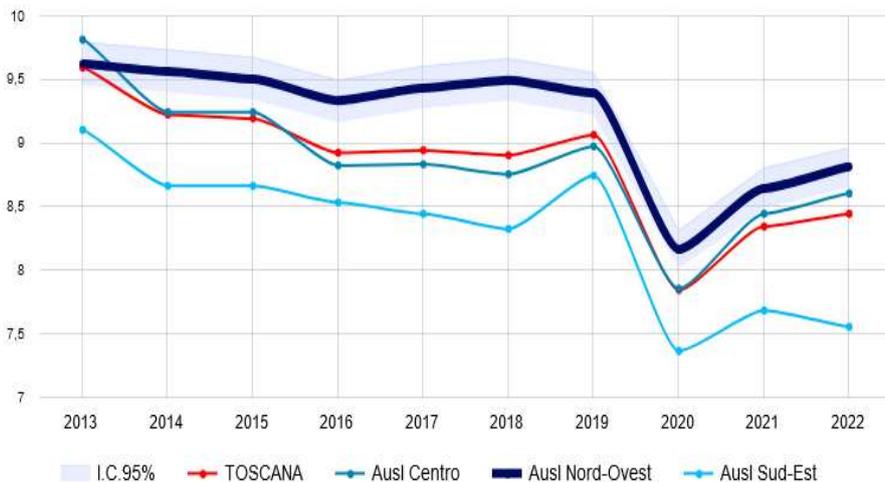


Tra le femmine questo tipo di ricovero avviene perlopiù nelle due zone Apuane (8,19) e Pisana (8,10),

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



In generale si mantiene ad un ritmo molto sostenuto questo tipo di ricovero. Dopo la flessione dovuta al covid (incidenti stradali e da lavoro meno frequenti) si assiste ad una ripresa di questi ricoveri. La nostra area si mantiene sempre più avanti delle altre e presenta il tasso 2022 di 8,82 ricoveri ogni mille residenti, quando l'ultimo dato regionale è di 8,45.

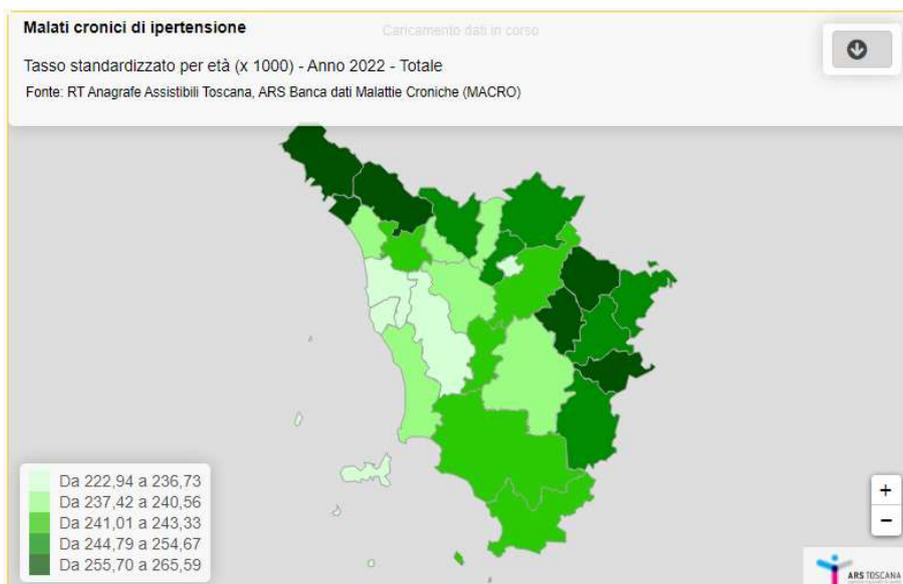
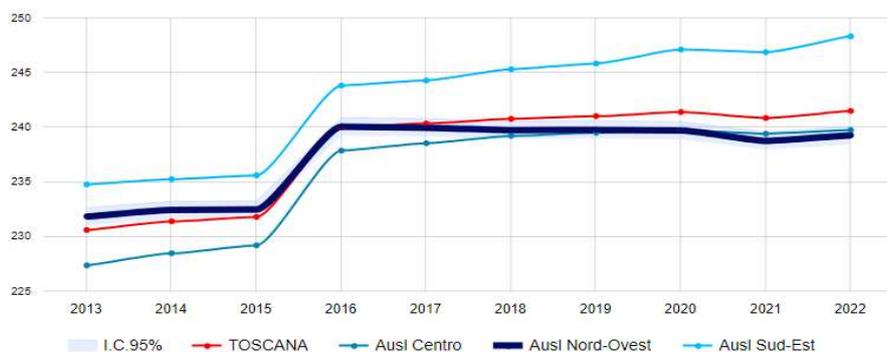
Capitolo 5 – Alcune patologie di particolare interesse

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

Malati cronici di ipertensione

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



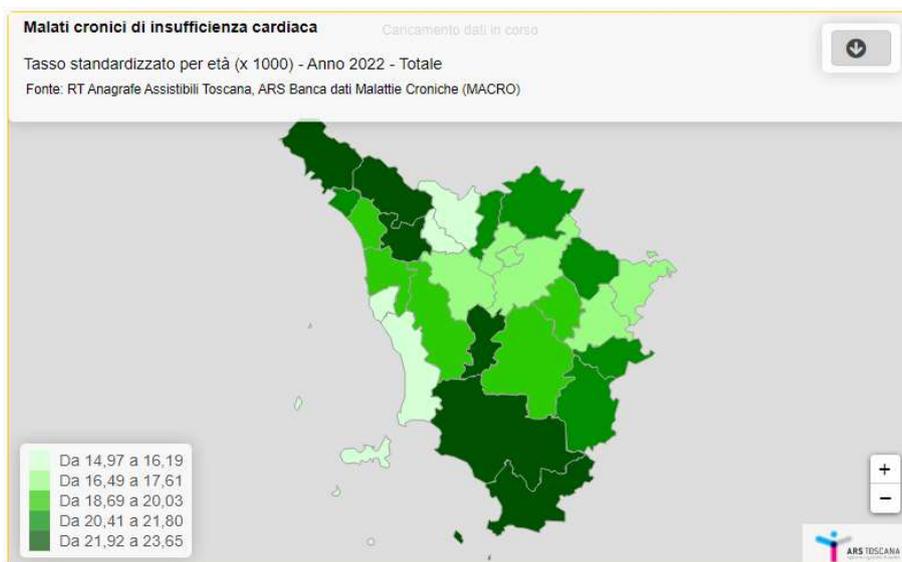
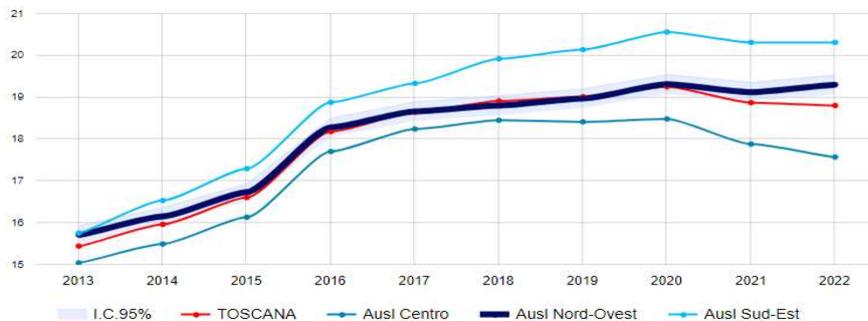
Al 1 Gennaio 2022 non si sono registrate importanti variazioni del numero di ipertesi rispetto al periodo pre-pandemico. L'andamento aziendale rimane in linea con quello regionale, seppur nell'ATNO la prevalenza si sia mantenuta al di sotto del valore regionale. Sono risultate le Zone con più ipertesi la Lunigiana, la Valle del Serchio, e le Apuane. Quelle con la minore prevalenza la Pisana, l'Elba, la Livornese e l'Alta Val di Cecina Valdera.

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

Malati cronici di insufficienza cardiaca

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



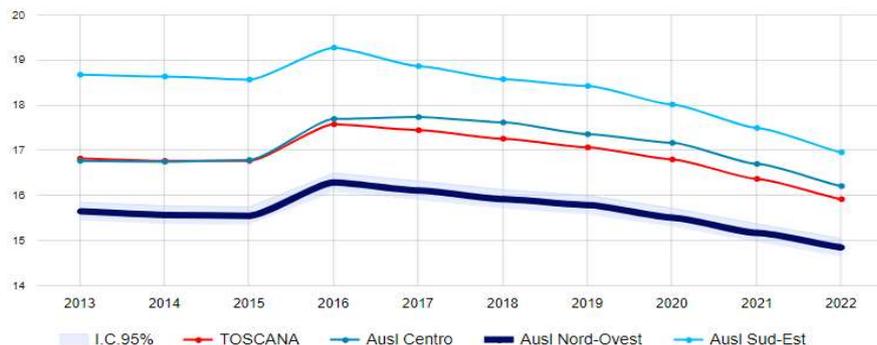
Per quanto riguarda l'insufficienza cardiaca, negli ultimi anni l'ATNO ha un trend che ricalca l'andamento regionale, con una leggera tendenza all'aumento della prevalenza. Le zone in cui è stata rilevata la maggiore prevalenza sono: la Valle del Serchio, la Piana di Lucca e la Lunigiana; mentre quelle con la prevalenza più bassa sono: la Livornese, l'Elba e la Bassa Val di Cecina – Val di Cornia.

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

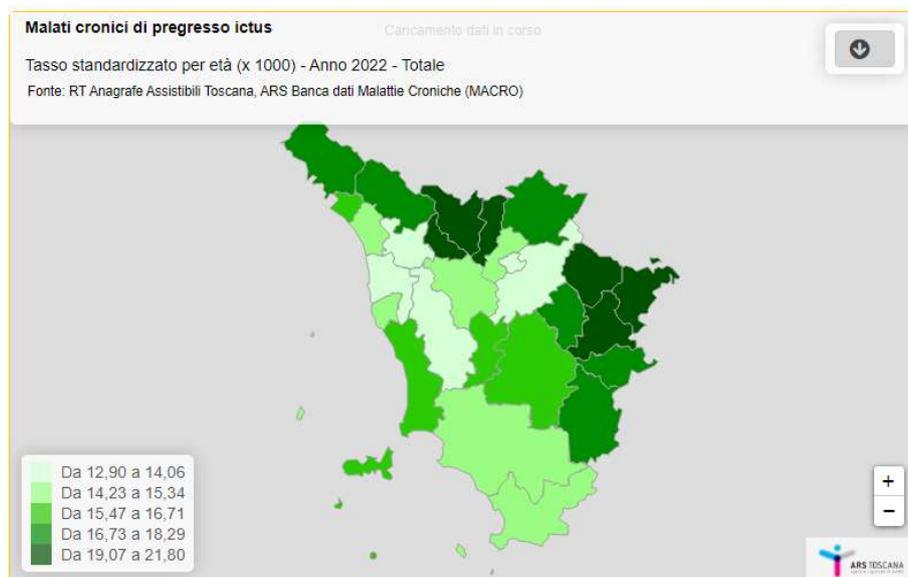
Malati cronici di progresso ictus

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, la Piana di Lucca e l'Alta val di Cecina – Valdera.

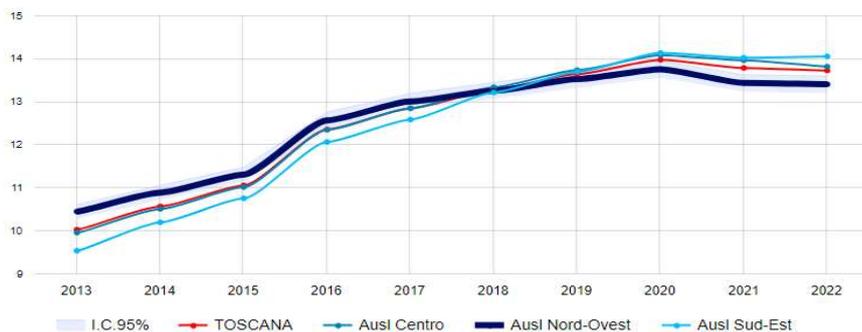


5.4 Malattie respiratorie e BPCO

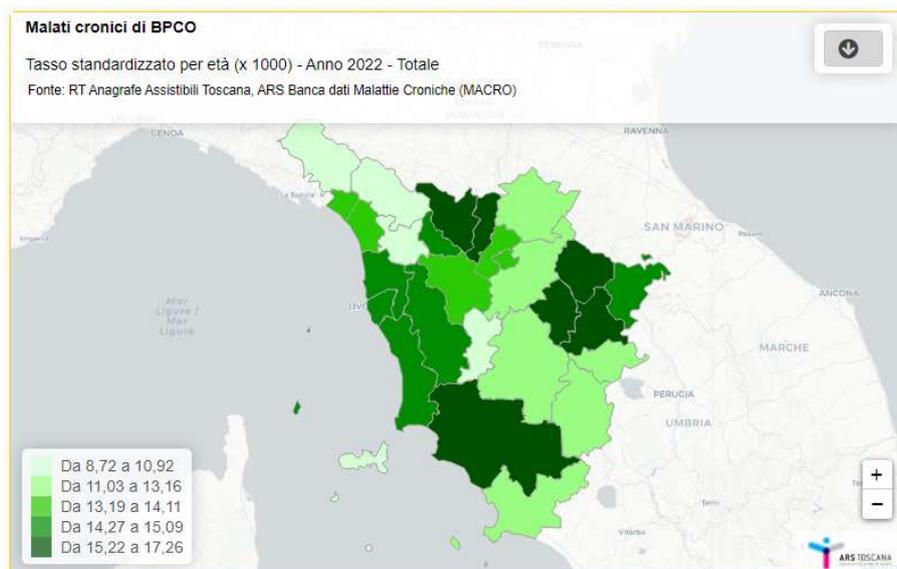
Malati cronici di BPCO

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. Al 1 Gennaio 2022 la situazione è sostanzialmente invariata rispetto allo scorso anno e il valore aziendale si mantiene lievemente inferiore rispetto alla media regionale.



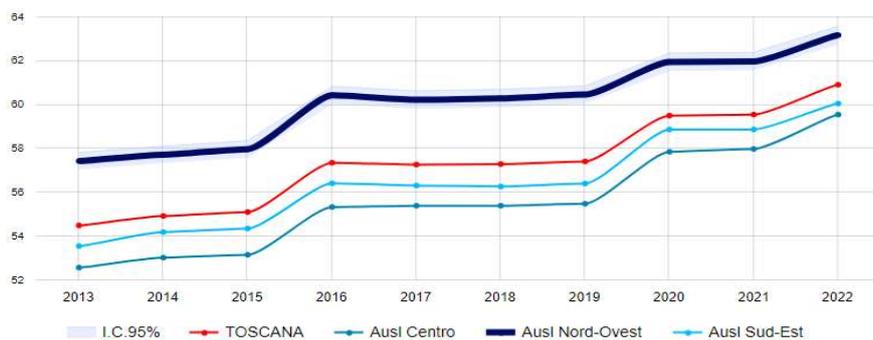
Le zone con i valori più alti sono: la Bassa Val di Cecina – Val di Cornia, la Alta val di Cecina – Valdera, Livornese e la Pisana; mentre quelle a bassa prevalenza l’Elba, Valle del Serchio, la Piana di Lucca e la Lunigiana.

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

Malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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

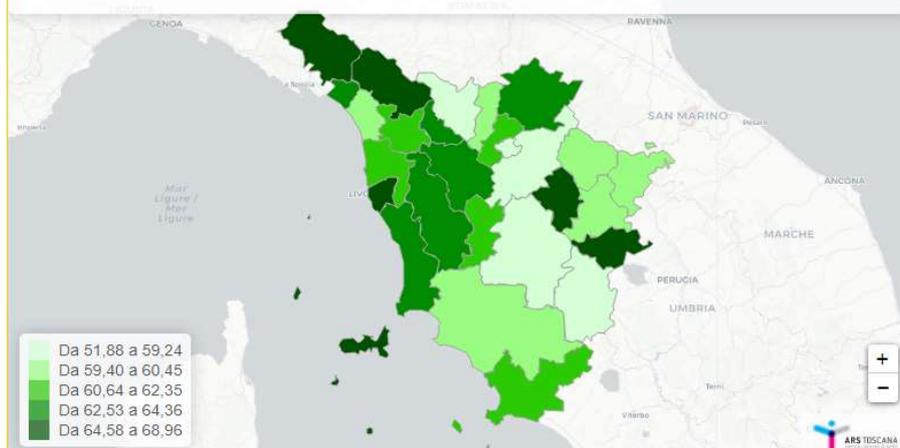


Per il diabete si è osservato nell' ultimo decennio un aumento della prevalenza in tutta la Regione Toscana compresa l'ATNO che rimane al di sopra del valore regionale. Al 01/01/2022 la prevalenza della malattia è in aumento rispetto al 01/01/2021, a livello aziendale e regionale.

Malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2022 - Totale

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

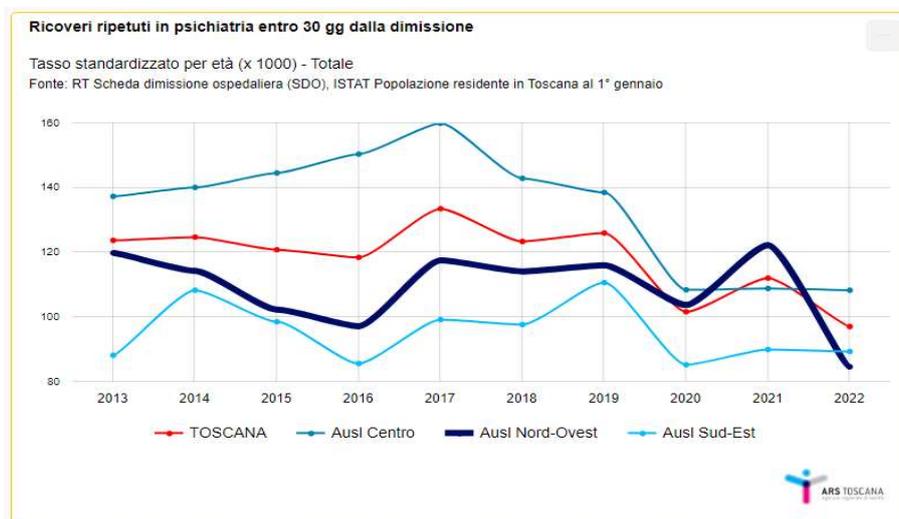


Le Zone con la prevalenza più alta sono state: la Valle del Serchio, la Lunigiana, la Livornese e l'Elba; quella con la prevalenza più bassa la Versilia.

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



Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 gg dalla dimissione

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2022 - 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	1.041	98,56	97,14	90,22	104,05
AUSL CENTRO	477	118,72	108,37	97,12	119,61
AUSL NORD-OVEST	344	82,40	84,72	74,54	94,91
ex ASL 1 - Massa e Carrara	30	50,59	55,40	34,11	76,70
ex ASL 2 - Lucca	103	134,99	117,31	91,85	142,76
ex ASL 5 - Pisa	103	79,29	79,31	59,90	98,73
ex ASL 6 - Livorno	65	72,06	87,07	63,12	111,03
ex ASL 12 - Viareggio	43	69,58	71,48	48,77	94,18
AUSL SUD-EST	220	92,87	89,45	76,72	102,19

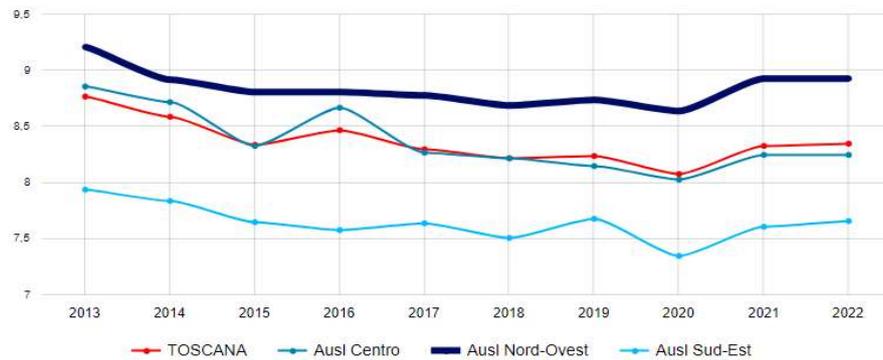
Dopo l'aumento del 2021 i ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 gg dalla dimissione sono tornati a scendere a livello regionale e aziendale. Per il 2022 la nostra Azienda si posiziona al di sotto del valore regionale. Confrontando gli ambiti territoriali si osserva che il fenomeno è più frequente nelle ex-ASL 2 e 6, mentre è più basso nella ex-ASL 1.

5.6.2 Prevalenza d'uso farmaci antidepressivi

Prevalenza uso farmaci antidepressivi

Prevalenza (x 100) - Totale

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

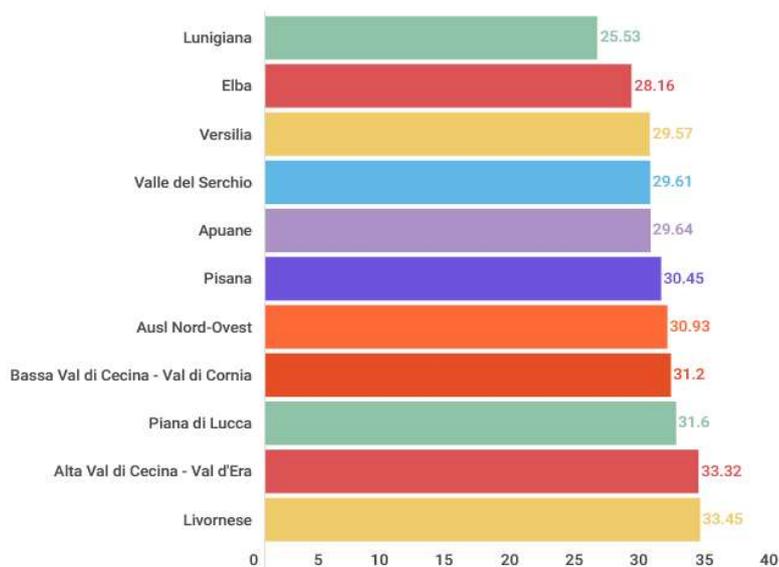


Nel 2022 la frequenza della popolazione residente in trattamento con farmaci antidepressivi (codice ATC: N06A) rimane in linea in tutta la Regione e anche in ATNO che rimane comunque al di sopra del valore regionale.

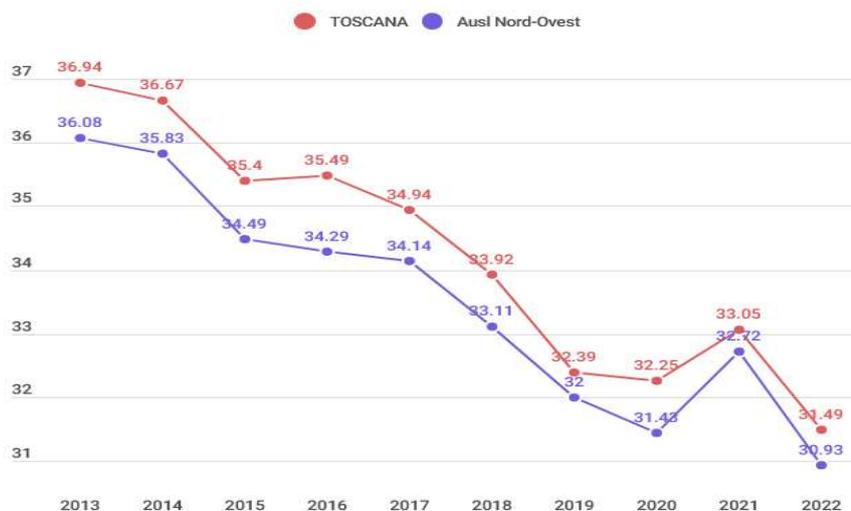
6. Salute per gruppi di popolazione

6.1 Soggetti ricoverati per parto

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio Numeratore: SDO - Donne ricoverate per parto (DRG compreso tra 370 e 375) per residenza (CLASSE_ETA) Denominatore: ISTAT - Residenti in toscana (CLASSE ETA) Misure disponibili: I.C. 95%, Numero, Tasso grezzo (x 1000), Tasso standardizzato per età (x 1000) Popolazione standard: EUROPA 2013. L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



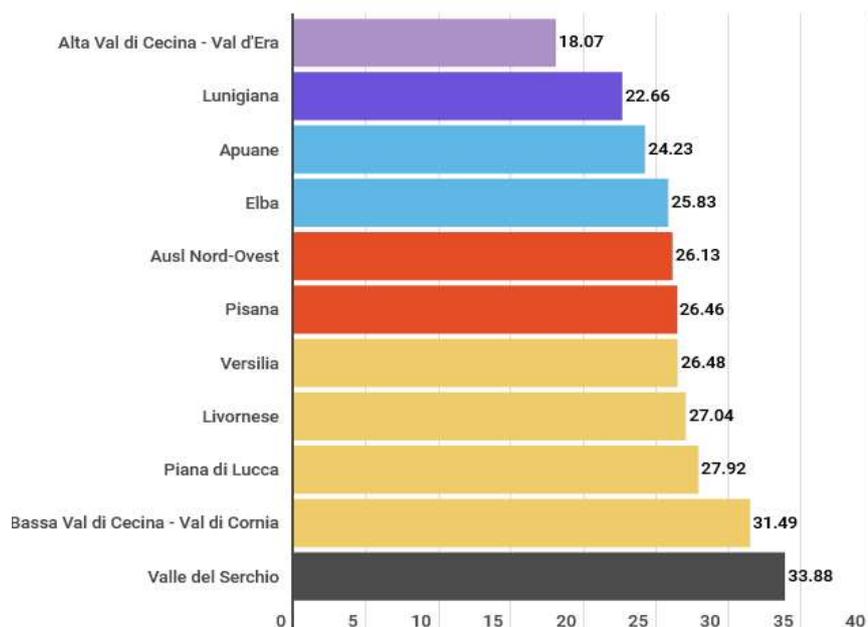
I ricoveri sono qui spalmati per zona distretto dell'area vasta nord ovest ed il primato per i ricoveri di questo tipo è assegnato nel 2022 alla zona livornese che aumenta rispetto all'anno precedente quando mostrava il valore di 32,96%. In quell'anno aveva la posizione più alta la zona Valdera / Alta Val di Cecina con 34,67% che passa in seconda peggior posizione, seguita dal presidio della Piana di Lucca.



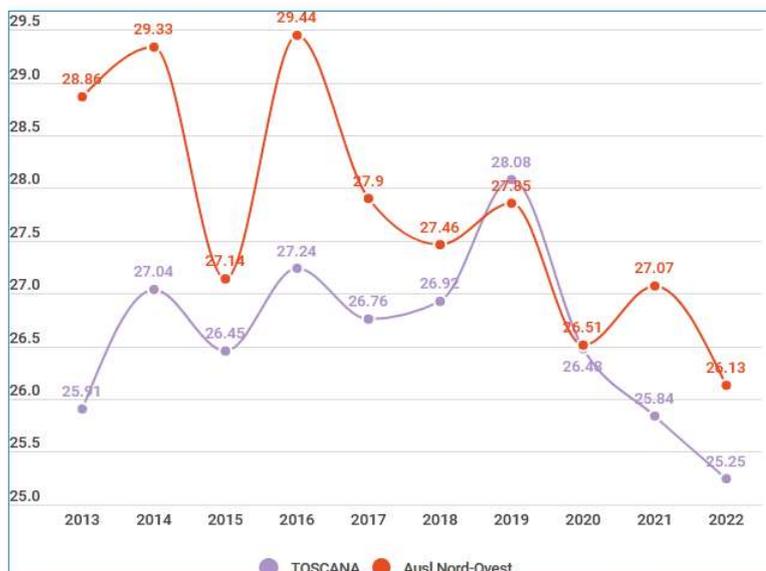
Se il dato ASL dei ricoveri dal 2013 al 2022 viene comparato con quello medio regionale, quest'ultimo in tutta la serie storica appare più alto. L'andamento della curva è comunque per entrambe tendente alla netta diminuzione.

6.2 Dimissioni ospedaliere per parto cesareo

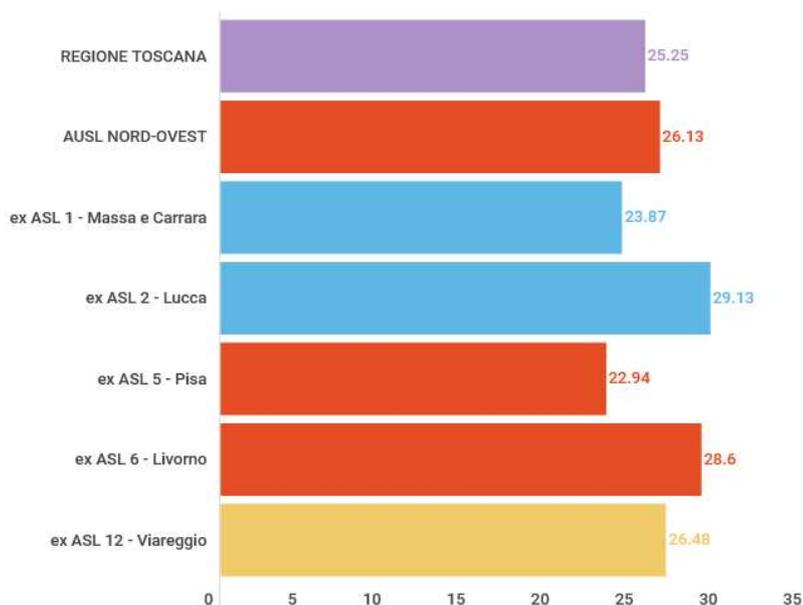
Fonte RT, SDO numero dimissioni per parto cesareo (DRG 370-371) sul denominatore: dimissioni per parto (DRG da 370 a 375). L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.



Una % che va dal 33,9 al 18% delle donne ricoverate per parto viene dimessa con parto cesareo.



L'andamento temporale mostra un chiaro trend in discesa dopo un periodo altalenante che si protraeva dal 2013 fino al 2019. Da quest'anno dopo una ripresa nel 2021 anche la nostra azienda sta seguendo il più regolare trend medio regionale.



I dati provenienti dalle singole strutture ospedaliere vengono ribaltati nelle strutture delle ex asl per cui si passa dal miglior dato della Ex ASL di Pisa con 22,94% del totale delle donne ricoverate per parto che hanno avuto un cesareo.

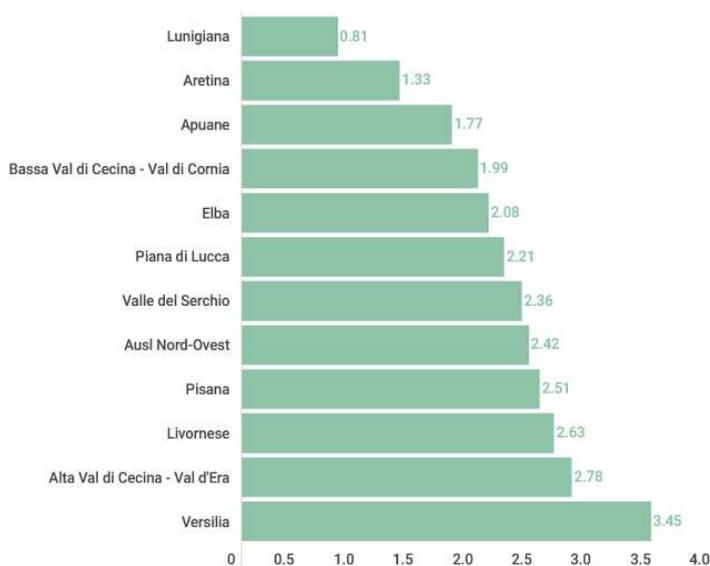
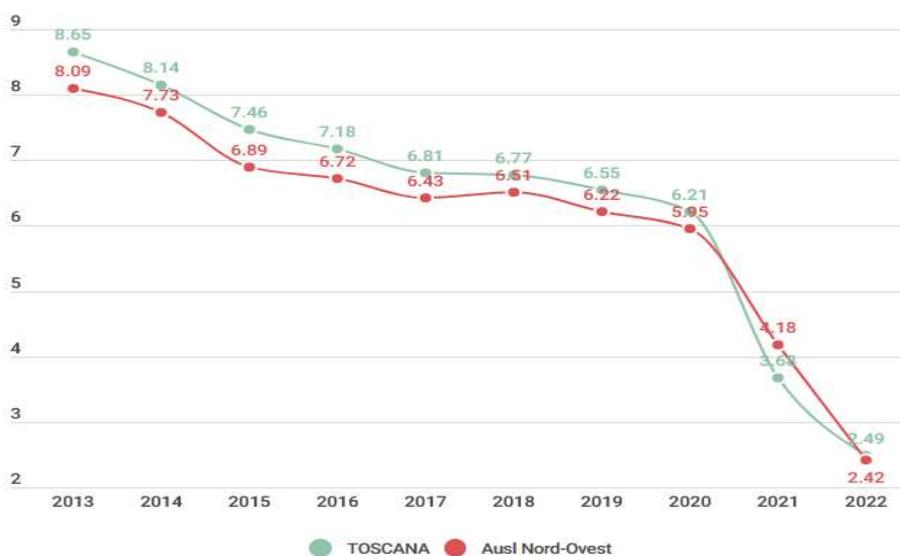
6.3 Dimissioni ospedaliere per IVG

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio. Numeratore: SDO - Ospedalizzazioni per residenza - diagnosi di dimissione principale ICD-IX 635 o codice intervento principale 69.01 o 69.51; Denominatore: ISTAT - donne residenti in età feconda in Toscana - Misure disponibili: Numero, Tasso grezzo (x 1000)

La Legge n. 194/1978 (“Norme per la tutela 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, all’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 (1-3).

Come si osserva dai grafici seguenti vediamo come l’andamento della nostra Asl segue quello medio regionale addirittura migliorando valori dal 2020 e ponendosi come l’Asl col tasso più basso fra le tre zone sanitarie.



Se il dato viene disaggregato per zone dell' area vasta si può notare che il valore più alto per l'abortività è relativo alla Versilia con 3,45 ivg ogni 1000 donne residenti in età feconda. La zona con il tasso più basso è la Lunigiana che presenta un tasso minore di 1 ivg ogni 1000. Superano la media regionale e quella di area vasta le zone Valdera / Alta Val di Cecina, Livornese e Pisana, oltre a quella versiliese.

Si ricorda che anche questo indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). L'aggiornamento definitivo è previsto entro il mese di Ottobre.

6.4 Anziani assistiti in domiciliare diretta

Anziani assistiti in domiciliare diretta

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2022 - Totale

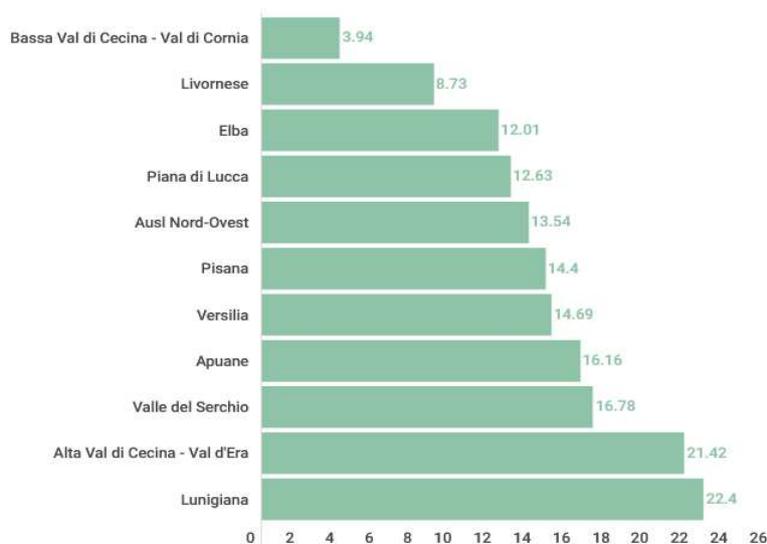
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Assistenza domiciliare (RFC 115), RT Anagrafe Assistibili Toscana

Residenza	Casi	Proporzione grezza	Proporzione standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	26.955	28,22	23,28	22,99	23,56
AUSL CENTRO	14.289	35,39	28,60	28,12	29,08
AUSL NORD-OVEST	5.241	15,75	13,54	13,17	13,91
AUSL SUD-EST	7.425	33,94	27,57	26,93	28,21

Per la Zona Livornese i dati sono provvisori. La serie storica 2016-2020 è in corso di revisione e rielaborazione

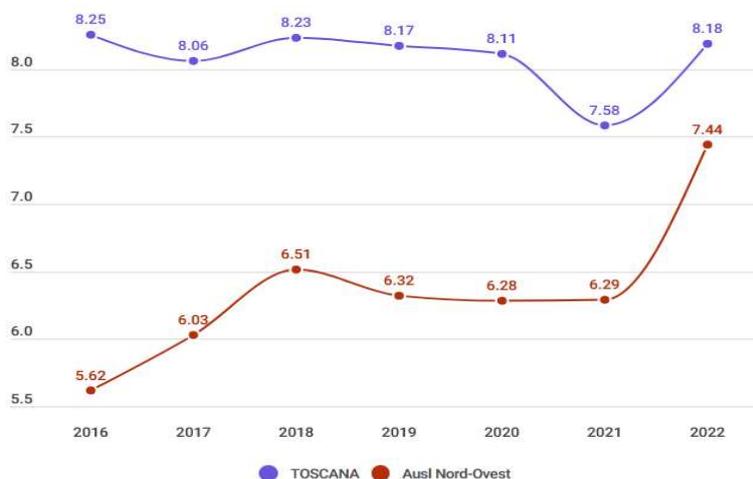


La nostra Asl con 5241 cittadini anziani presenta la quota più bassa di assistiti a domicilio, con un tasso standardizzato di 13,54 residenti assistiti su 1000. Il trend del nostro ambito territoriale osserva addirittura una diminuzione del dato rispetto a quello relativo al primo anno della serie 2016-2022 (da 14,41 a 13,54) ma con un aumento registrato nell'ultimo periodo.



Se il tasso di assistenza domiciliare viene disaggregato per zona distretto si osserva che valori superiori a 20 cittadini su 1000 assistiti a domicilio sono presenti per Lunigiana e Alta Val di Cecina / Valdera, mentre valori più bassi di 10 cittadini su 1000 si osservano per la zona livornese e per quella di Valli etrusche. Va osservato comunque che per la zona livornese il dato è in fase di rielaborazione per la serie storica 2016-2020 e questo fatto potrà riflettersi nell'aggiustamento del dato dell'intera area.

6.5 Anziani assistiti in Residenza Sanitaria Assistenziale permanente



Il dato di area vasta resta decisamente inferiore al dato medio regionale per tutta la serie storica, ma con una forte tendenza all'innalzamento dal 2021.

Anziani assistiti in Residenza Sanitaria Assistenziale permanente					
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2022 - Totale					
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Assistenza domiciliare (RFC 115), RT Anagrafe Assistibili Toscana					
Residenza	Casi	Proporzione grezza	Proporzione standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	9.467	9,91	8,18	8,01	8,34
AUSL CENTRO	3.774	9,35	7,50	7,26	7,75
AUSL NORD-OVEST	2.856	8,58	7,44	7,17	7,72
AUSL SUD-EST	2.837	12,97	10,41	10,02	10,80

Per la Zona Livornese i dati sono provvisori. La serie storica 2016-2020 è in corso di revisione e rielaborazione



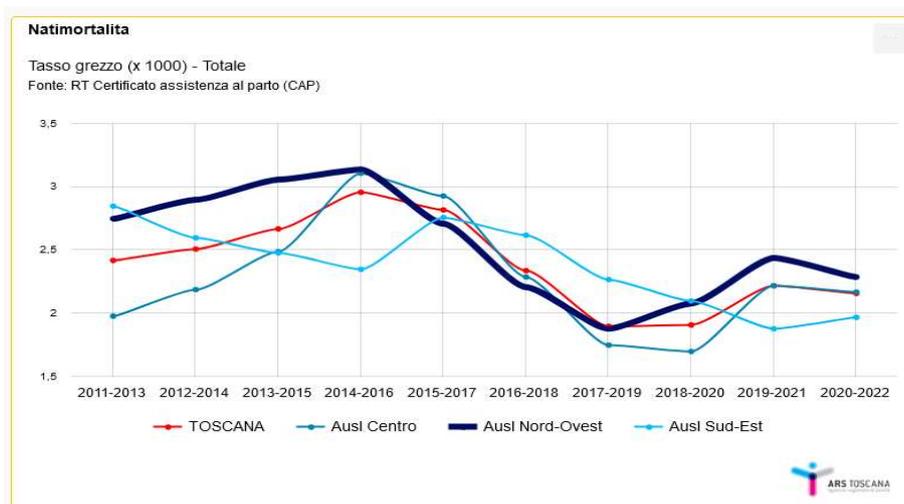
Anche per l'assistenza in RSA si osserva un tasso con valori meno forti rispetto al dato riportato dalle altre due aree vaste e con una quota di 7,44 residenti assistiti su 1000 residenti.

6.6 Nati vivi prematuri

6.6.1 Natimortalità

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP); Numeratore: numero nati morti in Toscana (CAP). Denominatore: numero nati (vivi + morti) in Toscana (da CAP); Misure disponibili: IC 95%, Numero, Tasso grezzo (x 1000).

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). Negli Usa e in Canada, per esempio, la definizione comprende le morti fetali a partire da 20 settimane di età gestazionale, in Finlandia da 22 settimane e nel Regno Unito da 24. L'Oms ha recentemente raccomandato, per i confronti internazionali, di utilizzare il termine "nato morto" (stillbirth) per definire il feto partorito, o estratto dalla madre, senza segni vitali con un'età gestazionale di 28 settimane o più, facendo quindi coincidere la propria definizione di nato morto con quella di morte fetale tardiva fornita dall'ICD-10.



L'andamento dell'indicatore biennale pare muoversi con una flessione nell'ultimo periodo che potrebbe riportarci al miglior valore della serie storica rappresentato da quel valore di 1,88 registrato nel biennio 2017-2019. Qui di seguito sono rappresentati i valori dell'indicatore per le tre aree vaste e per la media regionale toscana.

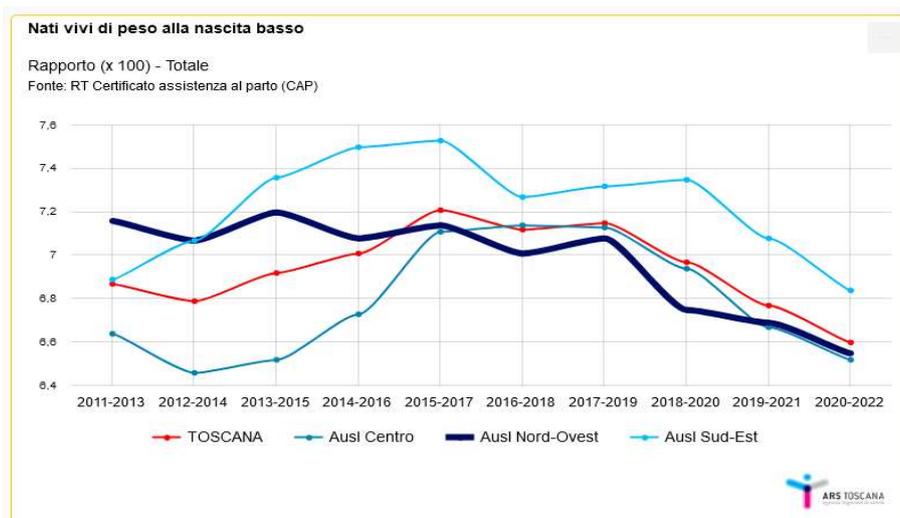
Natimortalità
Tasso grezzo (x 1000) - Periodo 2020-2022 - Totale
Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati morti per 1.000 nati vivi	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	2,17	1,82	2,51
AUSL CENTRO	2,17	1,65	2,70
AUSL NORD-OVEST	2,29	1,66	2,92
AUSL SUD-EST	1,97	1,27	2,67

6.6.2 Nati vivi di peso alla nascita basso

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP); Numeratore: nati vivi di peso alla nascita inferiore a 2.500 gr.- Denominatore: totale nati vivi; Misure disponibili: Numero, Rapporto (x 100).

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.



Il trend dell'indicatore del basso peso alla nascita è in netto calo dal biennio 2015-2017 e per la nostra area vasta nell'ultimo periodo ha toccato il valore più basso dal 2011-2013 con il 6,55% di neonati di basso peso. La tabella che segue illustra i valori che nella nord ovest sono leggermente più bassi rispetto al dato medio ed alle altre aree vaste. La migliore performance fra le ex asl della nostra area vasta è quella di Lucca (ex asl 2), mentre la peggiore è quella versiliese.

Nati vivi di peso alla nascita basso

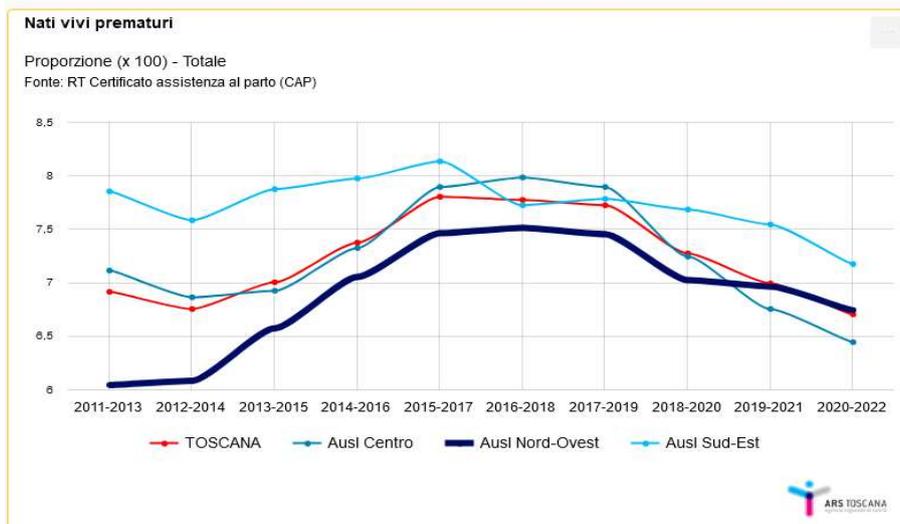
Rapporto (x 100) - Periodo 2020-2022 - Totale
Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati prematuri	Proporzione
REGIONE TOSCANA	4.222	6,60
AUSL CENTRO	1.911	6,52
AUSL NORD-OVEST	1.358	6,55
ex ASL 1 - Massa e Carrara	188	6,92
ex ASL 2 - Lucca	238	6,26
ex ASL 5 - Pisa	399	6,41
ex ASL 6 - Livorno	353	6,45
ex ASL 12 - Viareggio	180	7,19
AUSL SUD-EST	953	6,84

6.6.3 Nati vivi prematuri

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP); Numeratore: nati vivi entro la 37esima settimana di gestazione - denominatore: totale nati vivi; Misure disponibili: Numero, Proporzione (x 100)

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.



Nell'ultimo biennio si accentua la tendenza alla flessione dell'indicatore e la nostra area vasta tende ad eguagliare la media toscana con il 6,75% dei prematuri.

Nati vivi prematuri
 Proporzione (x 100) - Periodo 2020-2022 - Totale
 Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

Residenza	Nati prematuri	Proporzione
REGIONE TOSCANA	4.289	6,71
AUSL CENTRO	1.891	6,45
AUSL NORD-OVEST	1.399	6,75
ex ASL 1 - Massa e Carrara	167	6,15
ex ASL 2 - Lucca	269	7,07
ex ASL 5 - Pisa	425	6,83
ex ASL 6 - Livorno	357	6,52
ex ASL 12 - Viareggio	181	7,23
AUSL SUD-EST	999	7,19

Il confronto con le altre aree toscane e con il dato medio vede la nord ovest come abbiamo detto prelopiù equipararsi al dato regionale, dato non certo migliore della centro ma nemmeno vicino alla sud est che rappresenta la peggiore situazione. Fra le ex asl la peggiore performance è data dalla Versilia (7,23%), mentre la migliore è quella della ex asl 1 di Massa.

Capitolo 7 - 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.

7.1 Screening oncologici (NON AGGIORNATO)

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 organizzato della regione Toscana e rappresentano il debito informativo regionale e nazionale. I dati sono attualmente aggiornati all’anno 2020, come già da relazione sanitaria relativa all’anno 2021.

7.2 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, virus epatite A) 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), e in Italia dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019.

Recentemente è stato elaborato il nuovo PNPV per il biennio 2023-2025, attualmente in esame presso la Conferenza Stato-Regioni, che 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 diseguaglianze 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).

7.2.1 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 riacquisce 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.

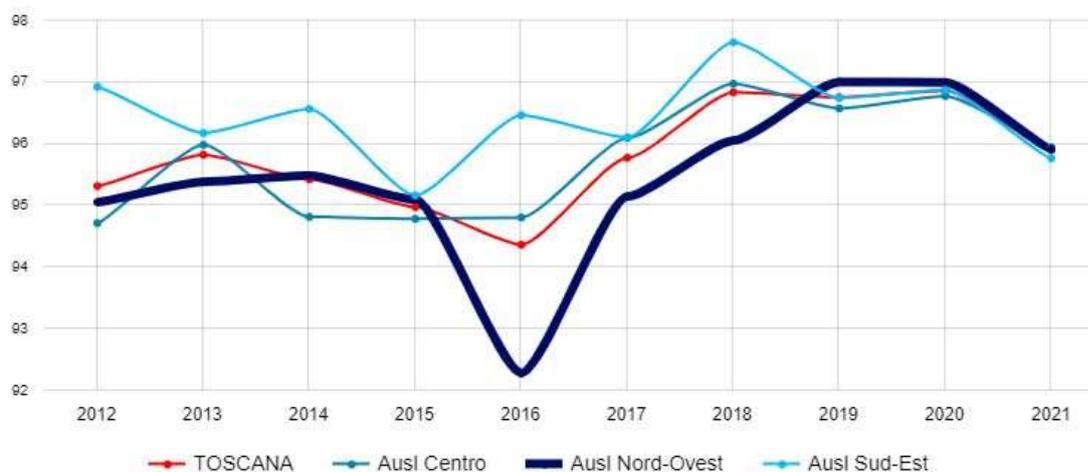
L'antipolio IPV è uno dei 10 vaccini obbligatori facenti parte della Legge nazionale 119/2017.

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 (2021).

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). Nell'ultimo anno, 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).

7.2.2 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.

La vaccinazione anti-morbillo-parotite-rosolia (±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%.

7.2.3 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 2017-2019.

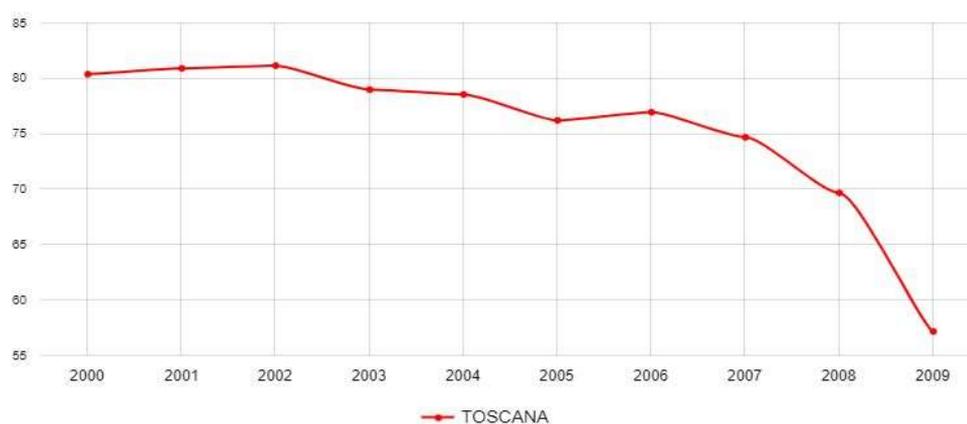
La vaccinazione è gratuita e raccomandata anche per ai soggetti a rischio individuati dal Calendario Regionale vaccinale (donne operate per lesioni correlate ad infezioni da HPV, uomini che fanno sesso con uomini, soggetti con infezione da HIV).

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).

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



Le coperture vaccinali presentate nel grafico sono quelle riferite alle sole femmine (rappresentate per coorte di nascita, media della Regione Toscana) 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 57,22% nella coorte di nascita 2009 vaccinata durante l'anno 2021 (la coorte 2002 ha raggiunto il più alto valore di copertura pari a 81,21%).

7.2.4 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. (individuata dalla Circolare del Ministero della Salute -Prevenzione e controllo dell'influenza- emanata ogni anno).

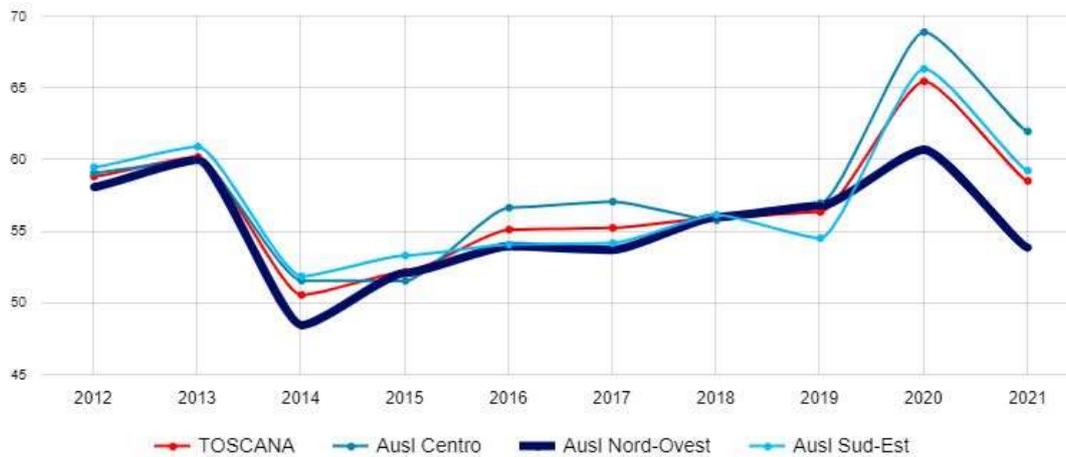
Le CV presentate sono quelle riferite alla popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni (valori soglia $\geq 75\%$ come obiettivo minimo perseguibile e $\geq 95\%$ come obiettivo ottimale).

Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un progressivo aumento della copertura (nel 2014 brusco calo dovuto al "caso Flud" 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%). Nell'ultimo anno (2021, periodo pandemico) la copertura per la vaccinazione antinfluenzale, in analogia alle altre già trattate, ha subito una notevole diminuzione raggiungendo il 53,9% (58,56% media regionale).

P06C - Copertura vaccinale contro l'influenza stagionale negli anziani

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



CAPITOLO 8 OSPEDALE – I VOLUMI DELL' ATTIVITA' OSPEDALIERA

8.1 Volumi dell'attività ospedaliera

Volume dei ricoveri (ordinarie, DH e per tipo DRG) escluso neonato sano - Anno 2022 – Totale Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	ricoveri	Ordinari	Day hospital	DRG chirurgici	DRG medici
REGIONE TOSCANA	463543	357452	106091	223977	239566
AUSL CENTRO	123314	100980	22334	55079	68235
AUSL NORD-OVEST	101140	80867	20273	46404	54736
Istituto di Fisiologia Clinica (I.F.C.)	2589	2218	371	1456	1133
Ospedale Pediatrico Apuano	2656	2473	183	2058	598
Presidio di riabilitazione cardiologica	843	834	9		843
Fondazione Stella Maris Pisa	4248	1223	3025	7	4241
Ospedale Unico Versilia	15984	12844	3140	6849	9135
Civile Elbano Portoferraio (LI)	2148	1841	307	434	1714
Civile Piombino (LI)	4000	3215	785	1683	2317
Riuniti Livorno	17021	13813	3208	8648	8373
Spdc aziendale Usl 5	473	473			473
F.Lotti Pontedera (PI)	8345	7084	1261	3645	4700
S. Maria Maddalena Volterra (PI)	2138	1539	599	1213	925
Ospedale San Luca	14713	11648	3065	6212	8501
S. Francesco Barga (LU)	1805	1586	219	355	1450
S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)	2152	1751	401	1123	1029
SS. Giacomo e Cristoforo Massa	15349	12815	2534	7714	7635
Civile Carrara (MS)	960		960	232	728
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	2100	1825	275	943	1157
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	1431	1097	334	405	1026
Centro S. Maria Alla Pineta - F. Don Gnocchi	600	600			600
Villa Tirrena	253	91	162	218	35
Suore Dell'addolorata	3		3	3	
Ville di Nozzano	543	262	281		543
Santa Zita	907	222	685	905	2
M.D. Barbantini - Lucca	2026	1439	587	1798	228

M.D. Barbantini - Viareggio	52	52			52
San Camillo	1979	1490	489	1871	108
AUSL SUD-EST	74883	62017	12866	37123	37760

La Asl Nord ovest totalizza nel 2022 circa il 22% del totale dei ricoveri totali in tutta la regione. I presidi della nostra azienda che presentano il maggior numero di ricoveri totali sono quelli relativi ai Riuniti di Livorno (16,8% del totale aziendale) e Unico della Versilia (15,8%).

Durata media della degenza dei ricoveri in regime ordinario per tipo di DRG

Anno 2022 – Totale Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Degenza media totale	Degenza media DRG chirurgici	Degenza media DRG medici
REGIONE TOSCANA	7,22	4,41	7,89
AUSL CENTRO	7,11	4,11	8,11
AUSL NORD-OVEST	7,71	4,03	9,05
Istituto di Fisiologia Clinica (I.F.C.)	5,61	5,24	4,9
Ospedale Pediatrico Apuano	8,04	8,63	4,2
Presidio di riabilitazione cardiologica	32,91		32,74
Fondazione Stella Maris Pisa	7,16	1,57	6,61
Ospedale Unico Versilia	7,87	3,83	9,45
Civile Elbano Portoferraio (LI)	6,34	2,92	6,81
Civile Piombino (LI)	6,75	3,99	7,49
Riuniti Livorno	7,25	4,7	8,18
Spdc aziendale Usl 5	10		10
F.Lotti Pontedera (PI)	7,13	4,63	7,85
S. Maria Maddalena Volterra (PI)	6,2	2,85	7,69
Ospedale San Luca	8,19	4,9	8,71
S. Francesco Barga (LU)	10,7	2,25	11,31
S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)	8,02	3,94	10,47
SS. Giacomo e Cristoforo Massa	6,56	4,14	7,15
Civile Carrara (MS)		1	10,8

S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	6,35	3,72	7,84
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	7,07	1,23	7,87
Centro S. Maria Alla Pineta - F. Don Gnocchi	22,06		22,06
Villa Tirrena	8,63	1,65	16,8
Suore Dell'addolorata		1	
Ville di Nozzano	37,3		23,26
Santa Zita	4,03	1,71	18
M.D. Barbantini - Lucca	3,71	2,59	6,25
M.D. Barbantini - Viareggio	28,35		28,35
San Camillo	3,29	2,5	6,51
AUSL SUD-EST	6,53	3,64	8,23

L'Asl nord ovest presenta una degenza totale media (7,71 giorni) più alta che nelle altre ASL e superiore alla media regionale (7,22 giorni). Migliore la performance per i drg chirurgici per la cui durata la nostra azienda si piazza al secondo posto regionale con 4,03 giorni dopo la Sud est che presenta 3,64 giorni in media. Peggiora a livello regionale il dato sulla durata media delle degenze in regime medico (9,05) giorni).

Tasso di occupazione posti letto (giornate di degenza su posti letto per 365 giorni)

Anno 2022 – Totale - Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Tasso di occupazione
REGIONE TOSCANA	66,71
AUSL CENTRO	62,05
AUSL NORD-OVEST	66,53
Istituto di Fisiologia Clinica (I.F.C.)	79,29
Ospedale Pediatrico Apuano	69,81
Presidio di riabilitazione cardiologica	89,52
Fondazione Stella Maris Pisa	61,52
Ospedale Unico Versilia	76,21
Civile Elbano Portoferraio (LI)	53,27
Civile Piombino (LI)	52,62
Riuniti Livorno	75,32
Spdc aziendale Usl 5	107,99

F.Lotti Pontedera (PI)	58,59
S. Maria Maddalena Volterra (PI)	50,24
Ospedale San Luca	81,23
S. Francesco Barga (LU)	60,12
S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)	71,26
SS. Giacomo e Cristoforo Massa	76,16
Civile Carrara (MS)	
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	66,16
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	39,33
Centro S. Maria Alla Pineta - F. Don Gnocchi	80,58
Villa Tirrena	
Suore Dell'addolorata	
Ville di Nozzano	72,37
Santa Zita	4,38
M.D. Barbantini - Lucca	32,49
M.D. Barbantini - Viareggio	
San Camillo	19,17
AUSL SUD-EST	64,38

Con il 66,53% la nostra asl presenta un indice di rotazione leggermente inferiore al dato medio regionale (66,71%).

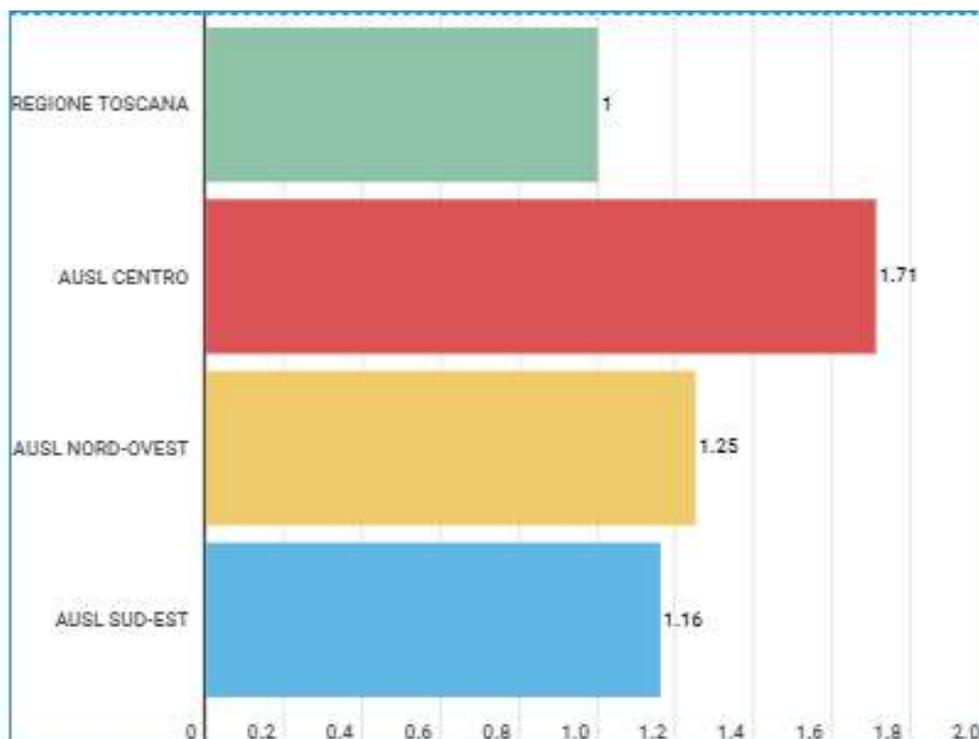
Indice di case mix (rapporto tra peso DRG medio atteso e DRG medio regionale)

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO) – **Numeratore:** peso DRG medio atteso nell'Ospedale/Azienda di dimissione
Denominatore: peso DRG medio nello standard (peso DRG medio regionale) **Misure disponibili:** Rapporto **Livello geografico:** Toscana, AUSL, Presidio. Disponibile dal 2010 sui soli ricoveri per acuti in regime ordinario (criterio seguito anche nel Rapporto SDO Ministeriale. Escluse le strutture private non accreditate ed i ricoveri relativi a neonati sani (DRG 391 ed età <28 giorni). Fino al 2016 compreso sono stati utilizzati i pesi DRG del grouper 24 presenti nella DGR 1184/2008", mentre dal 2017 i pesi presenti nella DGR 974/2016 (in vigore dal 1 ottobre 2016). Standardizza l'attività dell'Ospedale/Azienda per il peso DRG medio specifico dello standard di riferimento (Regione). L'ICM è dato dal rapporto tra il peso DRG medio atteso nell'Ospedale/Azienda di dimissione e il peso DRG medio nello standard (peso DRG medio regionale). Valori maggiori all'unità indicano casistica più complessa dello standard di riferimento.

Luogo	Indice Case Mix
REGIONE TOSCANA	1
AUSL CENTRO	0,91
AUSL NORD-OVEST	0,91
Istituto di Fisiologia Clinica (I.F.C.)	1,3
Ospedale Pediatrico Apuano	2,59
Fondazione Stella Maris Pisa	0,5
Ospedale Unico Versilia	0,84
Civile Elbano Portoferraio (LI)	0,72
Civile Piombino (LI)	0,91
Riuniti Livorno	1,04
Spdc aziendale Usl 5	0,51
F.Lotti Pontedera (PI)	0,87
S. Maria Maddalena Volterra (PI)	0,92
Ospedale San Luca	0,91
S. Francesco Barga (LU)	0,7
S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)	0,88
SS. Giacomo e Cristoforo Massa	0,91
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	0,96
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	0,89
Villa Tirrena	1,23
Ville di Nozzano	0,55
Santa Zita	1,08
M.D. Barbantini - Lucca	0,96
San Camillo	1,1
AUSL SUD-EST	0,93

Indice comparativo di performance (ICP)

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), **Numeratore:** degenza media standardizzata per case-mix di un dato ospedale, **Denominatore:** degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione (Regione), **Misure disponibili:** Rapporto, **Livello geografico:** Toscana, AUSL, Presidio, Disponibile dal 2010 sui soli ricoveri per acuti in regime ordinario (criterio seguito anche nel Rapporto SDO Ministeriale. Escluse le strutture private non accreditate ed i ricoveri relativi a neonati sani (DRG 391 ed età <28 giorni). Fino al 2016 compreso sono stati utilizzati i pesi DRG del grouper 24 presenti nella DGR 1184/2008", mentre dal 2017 i pesi presenti nella DGR 974/2016 (in vigore dal 1 ottobre 2016).



L'Indice Comparativo di Performance viene calcolato come rapporto fra la degenza media standardizzata per case-mix di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione. Pertanto, poiché il procedimento di standardizzazione riporta tutti gli erogatori in condizioni di omogeneità di casistica, l'ICP consente di misurare e confrontare l'efficienza e l'efficacia dei diversi erogatori rispetto allo standard: valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard (poiché a parità di casistica la degenza è più lunga), mentre valori al di sotto dell'unità rispecchiano una efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento (poiché la degenza è più breve).

Tipologia della patologia trattata (ACC) Azienda USL Nord Ovest

Anno 2022 – Totale - Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Acc diagnosi	Ricoveri	Proporzione
131 - Respiratory failure, insufficiency, arrest (adult)	5213	1,12
226 - Fracture of neck of femur (hip)	2200	0,47
149 - Biliary tract disease	2559	0,55
109 - Acute cerebrovascular disease	2594	0,56
203 - Osteoarthritis	2652	0,57
244 - Other injuries and conditions due to external causes	1897	0,41
45 - Maintenance chemotherapy, radiotherapy	3559	0,77
230 - Fracture of lower limb	1907	0,41
143 - Abdominal hernia	3686	0,8
108 - Congestive heart failure, nonhypertensive	1931	0,42

Acc diagnosi	Ricoveri	Proporzione
231 - Other therapeutic procedures	10615	2,29
177 - Computerized axial tomography (CT) scan head	2345	0,51
202 - Electrocardiogram	2424	0,52
217 - Other respiratory therapy	2692	0,58
85 - Inguinal and femoral hernia repair	2700	0,58
193 - Diagnostic ultrasound of heart (echocardiogram)	1933	0,42
137 - Other procedures to assist delivery	2949	0,64
153 - Hip replacement, total and partial	2141	0,46
224 - Cancer chemotherapy	3862	0,83
183 - Routine chest X-ray	2164	0,47

8.2 Mobilità ospedaliera

Fonte dati: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO) – Dati aggiornati Anno 2021.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza ai cittadini iscritti presso le aziende sanitarie locali di residenza; il cittadino tuttavia può scegliere liberamente di essere assistito presso strutture sanitarie diverse dal proprio ambito di residenza ovvero, extraregionali e intraregionali in zone diverse della propria regione. La mobilità fornisce un'importante misura del ricorso ai servizi e, indirettamente, informazioni sull'esistenza di reti cliniche e sulla qualità dei servizi sanitari erogati dal punto di vista dei cittadini.

Le successive tabelle riportano la distribuzione della mobilità, differenziata per peso DRG, delle diverse aziende sanitarie locali con ulteriore analisi focalizzata sull'ASL Nordovest.

Mobilità ospedaliera (DRG di peso alto >2)

Per la casistica più complessa (DRG di peso alto) ATNO dimostra di non scostarsi dalla media regionale sui ricoveri fuori regione e soltanto un lieve scarto per quanto concerne gli altri indicatori rilevando comunque la più alta proporzione intraregionale di cittadini che preferiscono rivolgersi alle strutture e servizi del proprio ambito di residenza.

Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso alto)

Anno 2021 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza]	% Ricoveri nella zona	% Ricoveri fuori zona (in area vasta)	% Ricoveri fuori area vasta	% Ricoveri fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	50,50	34,68	7,14	7,68	100
AUSL CENTRO	49,23	37,72	6,13	6,92	100
AUSL NORD-OVEST	52,24	33,52	6,67	7,57	100
ex ASL 1 - Massa e Carrara	48,50	36,01	3,33	12,17	100
ex ASL 2 - Lucca	46,64	38,06	9,55	5,74	100
ex ASL 5 - Pisa	64,73	23,85	5,57	5,85	100
ex ASL 6 - Livorno	44,97	37,84	8,59	8,60	100
ex ASL 12 - Viareggio	54,44	34,47	5,28	5,82	100
AUSL SUD-EST	50,45	30,08	10,03	9,44	100



Mobilità ospedaliera (DRG di peso medio)

Se ci spostiamo all'analisi della casistica di ricovero con DRG a medio peso si osserva che la ATNO mantiene il miglior risultato per quanto attiene alla copertura della domanda verso i residenti. Si osserva inoltre un minor ricorso alle strutture intra e fuori AVNO rispetto alla media regionale mentre non rileviamo una differenza significativa per i ricoveri effettuati fuori regione.

Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso medio)

Rapporto (x 100) - Anno 2021 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza]	% Ricoveri nella zona	% Ricoveri fuori zona (in area vasta)	% Ricoveri fuori area vasta	% Ricoveri fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	57,14	28,94	7,67	6,25	100
AUSL CENTRO	52,21	35,59	6,90	5,31	100
AUSL NORD-OVEST	60,65	25,83	7,01	6,51	100
ex ASL 1 - Massa e Carrara	55,26	26,87	4,46	13,41	100
ex ASL 2 - Lucca	55,49	30,68	9,00	4,83	100
ex ASL 5 - Pisa	69,01	20,10	6,47	4,42	100
ex ASL 6 - Livorno	56,38	29,33	8,12	6,16	100
ex ASL 12 - Viareggio	65,64	22,57	6,14	5,64	100
AUSL SUD-EST	60,98	21,34	10,06	7,61	100



8.3.3 Mobilità ospedaliera (DRG di peso basso)

Infine, anche per la mobilità relativa ai ricoveri a bassa complessità (DRG a basso peso) l'ATNO conferma la migliore copertura della domanda, rispetto alla media regionale, verso i residenti, dimostrata dalla maggiore percentuale di ricoveri nel luogo di residenza unitamente a una minore percentuale di ricoveri fuori zona in area vasta mentre poco significativi risultano essere gli scostamenti per gli altri indicatori.

Mobilità ospedaliera (ricoveri con DRG di peso basso)

Rapporto (x 100) - Anno 2021 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Residenza	% Ricoveri nella zona	% Ricoveri fuori zona (in area vasta)	% Ricoveri fuori area vasta	% Ricoveri fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	60,41	28,63	6,88	4,08	100
AUSL CENTRO	53,17	38,04	5,50	3,29	100
AUSL NORD-OVEST	67,11	21,22	7,68	3,99	100
ex ASL 1 - Massa e Carrara	58,79	25,65	4,83	10,73	100
ex ASL 2 - Lucca	65,30	21,71	11,12	1,87	100
ex ASL 5 - Pisa	68,65	21,12	7,34	2,89	100
ex ASL 6 - Livorno	68,39	20,11	8,10	3,41	100
ex ASL 12 - Viareggio	73,37	17,96	5,73	2,94	100
AUSL SUD-EST	64,51	21,29	8,41	5,80	100



8.3 Attrazione ospedaliera

Fonte dati: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO) - Anno 2022.

E' definita come erogazione di prestazioni sanitarie offerte ai cittadini non residenti ed è indirettamente indicativa della qualità dei servizi percepita dai cittadini. Si esprime, nelle tabelle sottostanti, con un livello geografico di analisi della casistica, regionale e di Area Vasta, articolato per peso DRG. Se analizziamo i ricoveri che assumono un peso DRG alto, l'AVNO dimostra la minore proporzione di residenti fuori regione che si recano nelle proprie strutture mentre la percentuale di residenti fuori AV è identica a quella della media regionale.

Attrazione ospedaliera (DRG di peso alto>2)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	47,6	33,7	7,38	11,32	100
AV CENTRO	45,46	37,47	8,16	8,91	100
AV NORD-OVEST	50,33	33,84	7,39	8,44	100
AV SUD-EST	47,54	26,53	5,93	20,01	100

Nelle successive tabelle, se per i ricoveri a basso peso di DRG si conferma per l'AVNO una minore attrazione sui residenti fuori regione così come anche su quelli fuori AV, per i ricoveri con DRG a peso medio, la situazione è migliore, almeno per i residenti fuori regione per un maggior contributo dell'AOU Pisana.

Attrazione ospedaliera (DRG di peso medio)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	54,93	27,58	7,3	10,19	100
AV CENTRO	49,35	33,58	8,36	8,71	100
AV NORD-OVEST	57,6	24,46	6,6	11,34	100
AV SUD-EST	61,61	20,8	6,35	11,24	100

Attrazione ospedaliera (DRG di peso basso)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	56,9	28,07	6,63	8,4	100
AV CENTRO	47,83	36,5	7,58	8,09	100
AV NORD-OVEST	65,44	22,02	5,16	7,38	100
AV SUD-EST	62,51	20,08	6,88	10,53	100

Nelle successive tabelle è riportata una rappresentazione dei dati articolati per livello geografico zonale.

Attrazione ospedaliera (DRG di peso alto)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	47,6	33,7	7,38	11,32	100
AV NORD-OVEST	50,33	33,84	7,39	8,44	100
A. Val di Cecina - Val d'Era	72,41	17,66	7,79	2,14	100
Apuane	42,2	36,15	6,78	14,87	100
BV di Cecina - Val di Cornia	80,41	13,16	3,03	3,4	100
Elba	92,17	1,74	0,87	5,22	100
Livornese	63,67	30,49	1,95	3,89	100
Lunigiana	72,12	13,81	1,53	12,53	100
Piana di Lucca	68,77	25,13	2,89	3,22	100
Pisana	32,26	44,22	12,44	11,08	100
Valle del Serchio	74,77	22,45	0,46	2,31	100
Versilia	64,7	26,29	3,67	5,34	100

Attrazione ospedaliera (DRG di peso medio)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	54,93	27,58	7,3	10,19	100
AV NORD-OVEST	57,6	24,46	6,6	11,34	100
A. Val di Cecina - Val d'Era	71,8	17,2	8,18	2,82	100
Apuane	62,08	23,26	2,34	12,33	100
BV di Cecina - Val di Cornia	85,14	8,97	2,74	3,16	100
Elba	88,18	2	1,58	8,24	100
Livornese	74,85	20,34	1,93	2,88	100
Lunigiana	65,68	22,7	1,39	10,23	100
Piana di Lucca	66,78	22,88	5,66	4,68	100
Pisana	33,7	33,52	12	20,78	100
Valle del Serchio	70,03	26,76	1,01	2,19	100
Versilia	76,04	16,1	2,16	5,7	100

Attrazione ospedaliera (DRG di peso basso)

Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	56,9	28,07	6,63	8,4	100
AV NORD-OVEST	65,44	22,02	5,16	7,38	100
Alta Val di Cecina - Val d'Era	68,04	20,48	7,98	3,5	100
Apuane	59,85	19,62	1,56	18,97	100
BV Cecina - Val di Cornia	81,88	11,79	3,99	2,33	100
Elba	87,92	2,18	2,18	7,72	100
Livornese	82,98	13,08	1,23	2,71	100
Lunigiana	45,52	23,24	0,24	30,99	100
Piana di Lucca	73,69	14,83	7,28	4,2	100
Pisana	46,29	37,78	9,3	6,63	100
Valle del Serchio	79,21	18,11	1,57	1,1	100
Versilia	70,89	18,93	2,17	8,01	100

CAPITOLO 9 – OSPEDALE INDICATORI DI ESITO

9.1 Indicatori di esito

PATOLOGIA	CASI	Rischio grezzo	Trend
Frattura femore, rischio di morte a 30g - residenza	120	5,86	IN AUMENTO
Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30g - residenza (trienni)	0	0	IN DIMINUZIONE dal triennio 2019-2021 al 2020-2022
Intervento a valvole cardiache, rischio di morte a 30g - residenza	11	1,49	IN AUMENTO
Frattura femore, interventi entro 2 giorni - residenza	1593	77,78	IN LEGGERA DIMINUZIONE
BPCO, rischio di morte a 30g - residenza	127	11,56	IN DIMINUZIONE
Bypass AC, rischio di morte a 30g - residenza	2	0,53	IN LEGGERA DIMINUZIONE
Ictus ischemico, rischio di morte a 30g - residenza	122	9,18	IN LEGGERO AUMENTO
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - residenza	28	5,27	IN LEGGERA DIMINUZIONE
Intervento per TM del pancreas, rischio di morte a 30g - residenza	0	0	IN DIMINUZIONE dal triennio 2019-2021 al 2020-2022
Intervento per TM del polmone, rischio di morte a 30g - residenza	1	0,35	IN DIMINUZIONE
Intervento per TM dello stomaco, rischio di morte a 30g - residenza	5	6,58	IN DIMINUZIONE
Scenpenso Cardiaco Congestizio, rischio di riammissione a 30g - residenza	234	14,84	IN DIMINUZIONE

IMA, rischio di riammissione a 30g - residenza	95	5,93	LEGGERO AUMENTO
Polmonite, rischio di riammissione a 30g - residenza	314	13,7	IN AUMENTO
Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30g - residenza	99	7,91	IN DIMINUZIONE
Intervento per TM della prostata, rischio di riammissione a 30g - residenza	12	3,65	IN LEGGERA DIMINUZIONE
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, rischio di complicanze a 30g - residenza	23	0,89	IN LEGGERO AUMENTO
Scompenso Cardiaco Congestizio, rischio di morte a 30g - residenza	165	9,93	IN AUMENTO
IMA, rischio di morte a 30g - residenza	146	6,97	IN AUMENTO
IMA STEMI, rischio di morte a 30g - residenza	88	9,69	IN AUMENTO
Polmonite, rischio di morte a 30g - residenza	498	18,08	IN AUMENTO
Aneurisma dell'aorta addominale non rotto, rischio di morte a 30g - residenza	1	0,78	IN DIMINUZIONE
BPCO, rischio di riammissione a 30g - residenza	147	14,44	IN DIMINUZIONE

Capitolo 10 – Territorio

10.1 Volumi dell'attività: alcuni indicatori di performance

Il monitoraggio è relativo all'anno 2022, salvo per pochi indicatori (specificati) in cui il dato è fermo al 2020 oppure tiene in considerazione periodi differenti (biennio). Vengono riportati gli indicatori di presa in carico della popolazione di età ≥ 16 anni affetta dalle malattie croniche a più alta prevalenza. La rappresentazione confronta le attività delle Aziende Sanitarie -in termini di tasso standardizzato per età (x100) - evidenziando le variazioni avvenute tra l'ultimo anno prima della pandemia, il 2020, il 2021 e il 2022.

Ciò che emerge è che per quanto riguarda gli esami di laboratorio e i monitoraggi previsti nei follow-up delle malattie croniche, nel 2020, si è avuta un'importante riduzione dell'attività verosimilmente dovuta alle misure di prevenzione della pandemia e - in parte anche al timore delle persone di recarsi in ambienti percepiti come a rischio di contagio. Nel 2022 si continua a registrare una buona ripresa delle attività, che in alcuni casi si scostano di poco dai livelli pre-pandemici.

Diversamente, per quanto riguarda l'erogazione della terapia, non si sono verificate variazioni tra il prima e dopo l'inizio della pandemia ad indicare che la continuità terapeutica è stata mantenuta. A questo risultato ha contribuito, molto probabilmente, l'introduzione della ricetta dematerializzata.

DIABETE

10.1.1 Monitoraggio dell'emoglobina glicata

Monitoraggio dell'emoglobina glicata tra malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

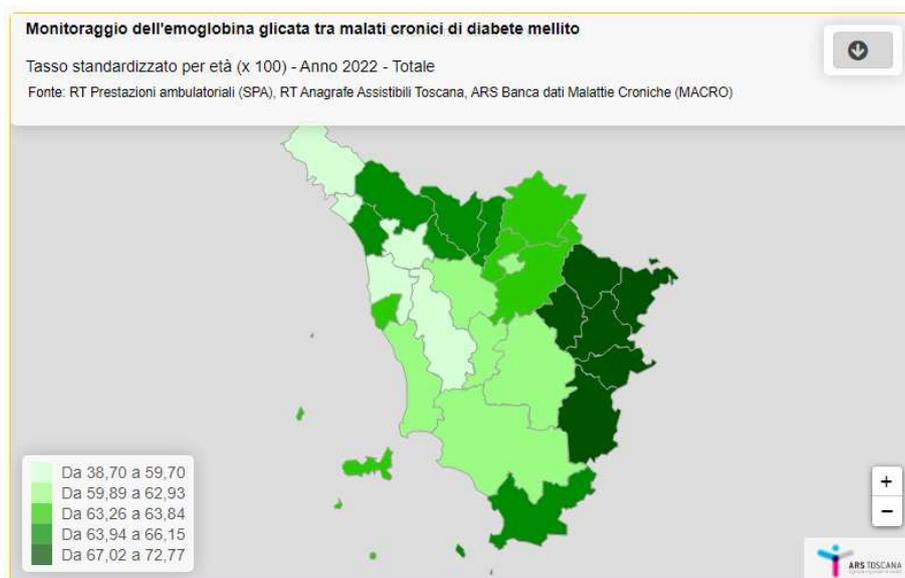
Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



La misurazione 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. Negli ultimi 2 anni l'indicatore è in salita, rimanendo però ancora al di sotto ai livelli prepandemici. 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.

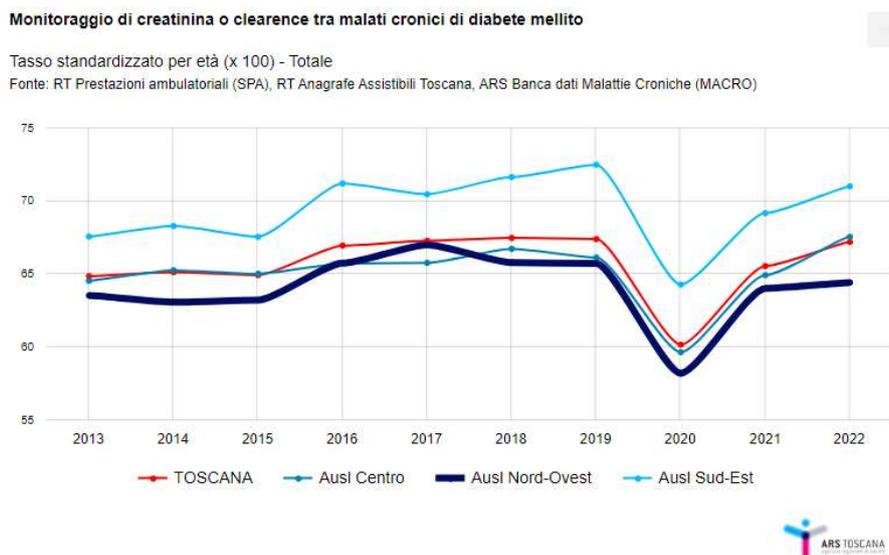
Tabella 1

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2020	55,1	51,76
2021	59,13	55,33
2022	61,41	57,69



A livello zonale le performance peggiori sono riscontrate nelle Zone Pisana, Lunigiana, Piana di Lucca, Apuane e Alta Val di Cecina-Valdera; mentre le più alte sono state: Versilia e Valle del Serchio.

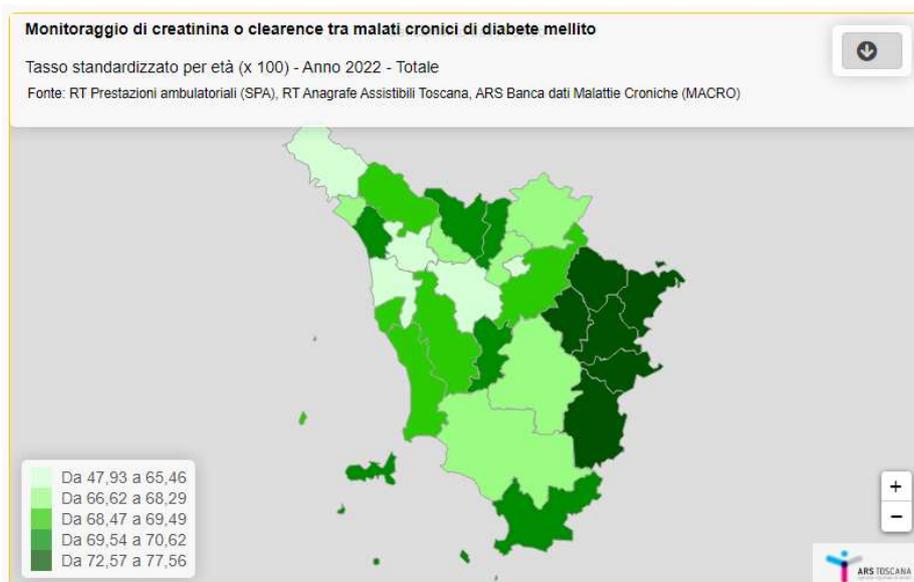
10.1.2 Monitoraggio della creatinina o clearance



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 discreta ripresa nel 2021 e nel 2022. Il posizionamento dell'ATNO rimane al di sotto del valore regionale.

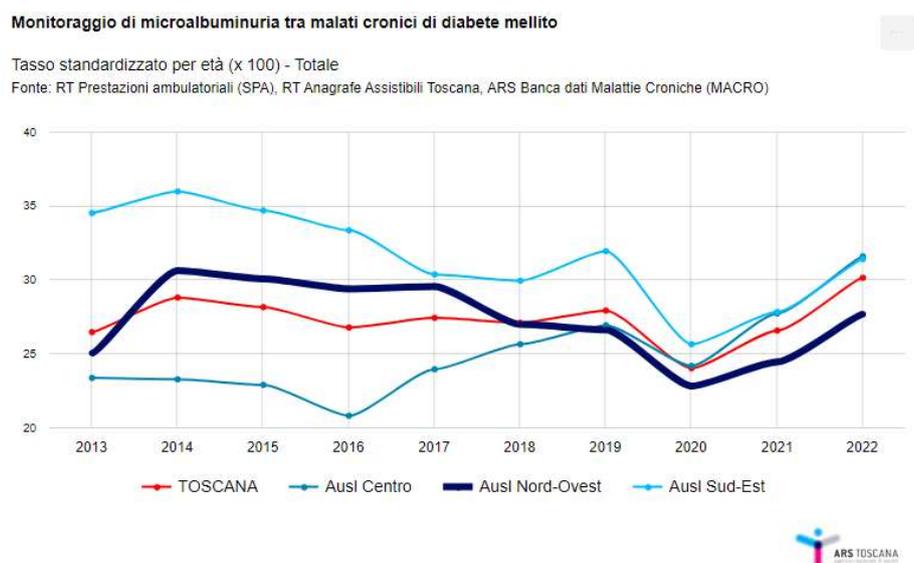
La Tabella 2 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

Tabella 2		
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2020	60,19	58,23
2021	65,57	64,05
2022	67,22	64,45



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

10.1.3 Monitoraggio della microalbuminuria tra i malati cronici di diabete mellito

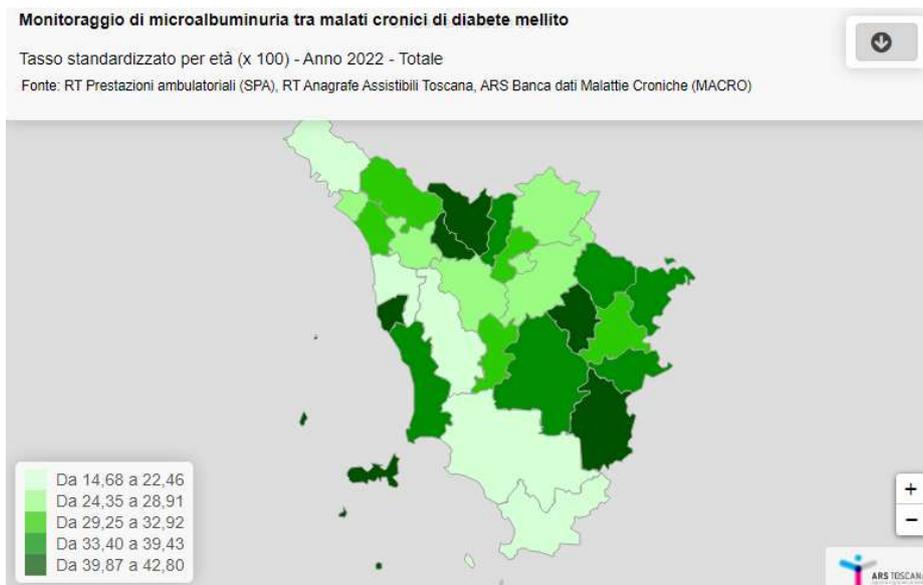


La misurazione della microalbuminuria è un altro esame di laboratorio in cui un campione di urine viene processato per valutare l'eventuale presenza di piccole quantità di albumina nelle urine. Si tratta di un esame per intercettare precocemente le complicanze della malattia diabetica a livello renale 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 nel 2021 che continua ad aumentare nel 2022. 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.

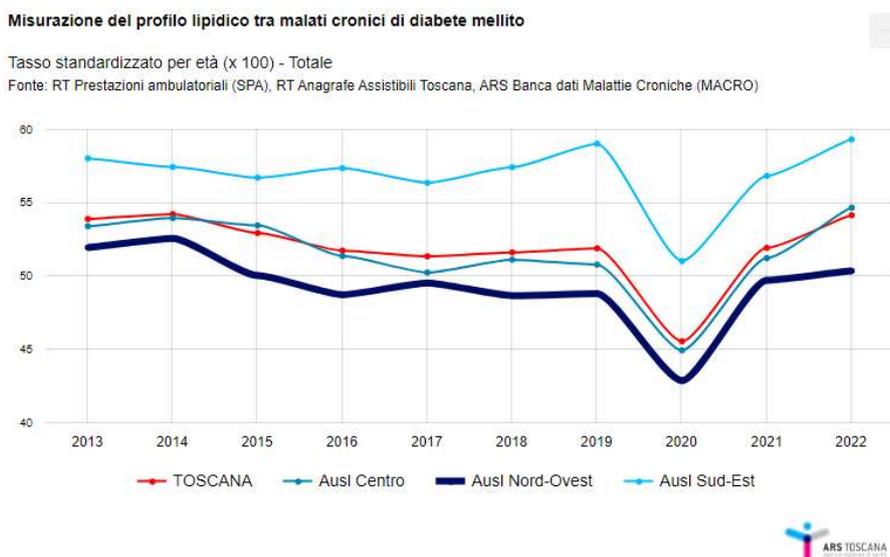
Tabella 3

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2020	24,07	22,87
2021	26,62	24,5
2022	30,19	27,62



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

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



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 nel 2021 che è continuata nel 2022 tornando ai livelli pre-pandemici.

Si segnala che la nostra Azienda, pur restando al di sotto del valore regionale, nel 2022 rimane in linea con l'attività del 2021.

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

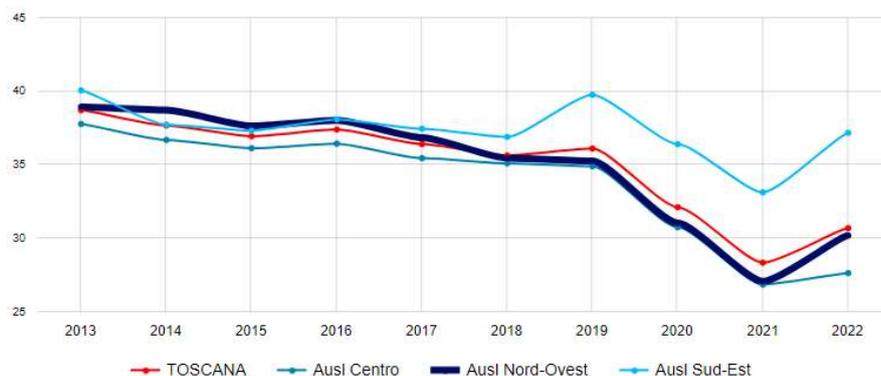
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2020	45,59	42,91
2021	51,97	49,75
2022	54,19	50,39

Le Zone più critiche sono: la Pisana, la Piana di Lucca e la Lunigiana. Quelle più virtuose la Livornese e la Versilia.

Visita oculistica in due anni tra 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)

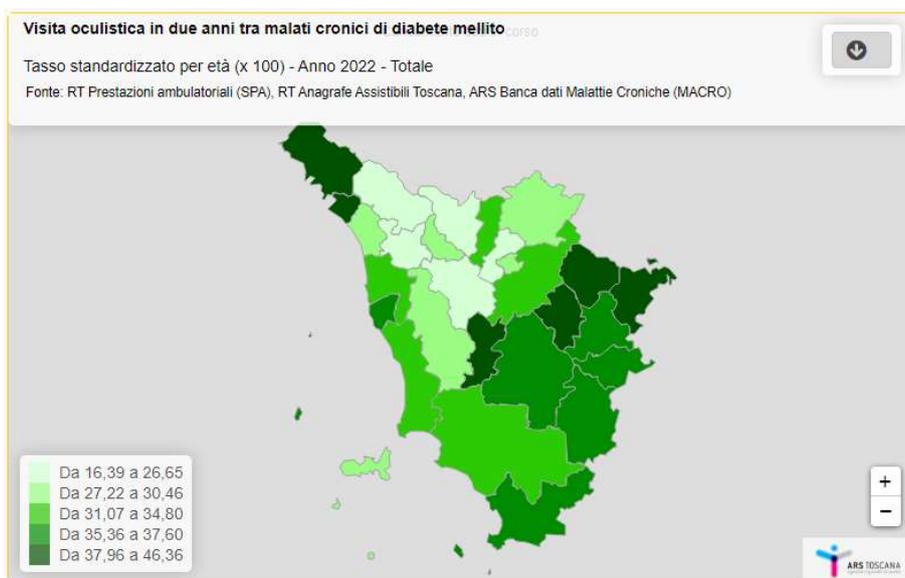


La retinopatia è una delle complicanze più serie della malattia diabetica e nel mondo occidentale è la principale causa di ipovisione sotto ai 30 anni. Il danno è trattabile in modo più facile nelle prime fasi rispetto a quando si è stabilizzato; per questo motivo è importante che i pazienti affetti da diabete siano sottoposti a visita oculistica con cadenza stabilita. Il trend delle visite oculistiche a livello regionale in 2 anni è in progressiva e costante diminuzione dal 2017, anche se i volumi si sono abbassati in modo importante dal 2019 e nel 2022 sembra esserci una graduale ripresa. L'andamento aziendale ricalca quello regionale, anche se dal 2018 la nostra Azienda si colloca al di sotto del valore regionale.

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
2020	32,14	31,05
2021	28,36	27,09
2022	30,71	30,21



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

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

Terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II tra 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)

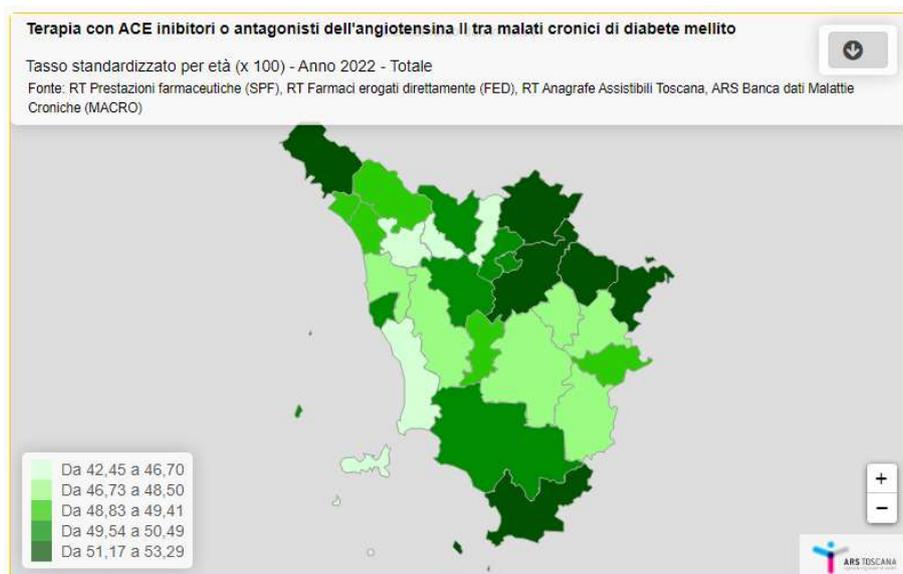


L'indicatore osserva nella popolazione target, almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori e/o antagonisti dell'angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per quanto riguarda gli ACE inibitori e/o gli antagonisti dell'angiotensina II anche per il 2022 il trend risulta in generale in calo a livello regionale, con ATNO che resta già dal 2018 al di sotto dei valori medi regionali con un aumento della forbice di scostamento in decremento.

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
2020	49,25	48,69
2021	49,15	48,48
2022	48,76	47,93



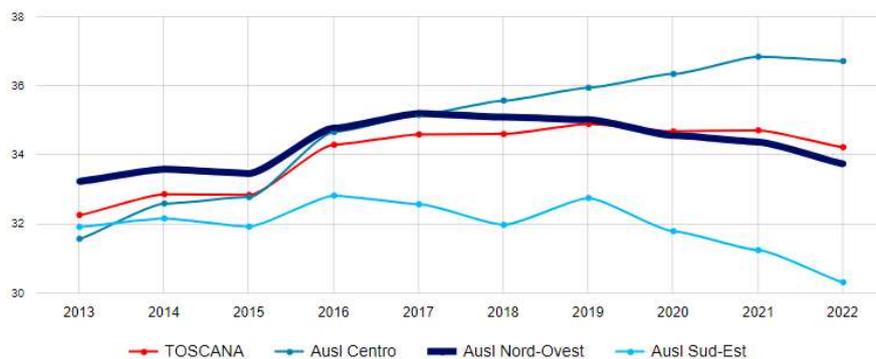
L'Elba e la Piana di Lucca risultano le Zone con il valore più basso. La Lunigiana e la Livornese hanno i trend più elevati a livello aziendale.

10.1.7 Terapia con statine tra i malati cronici di diabete mellito

Terapia con statine tra 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)

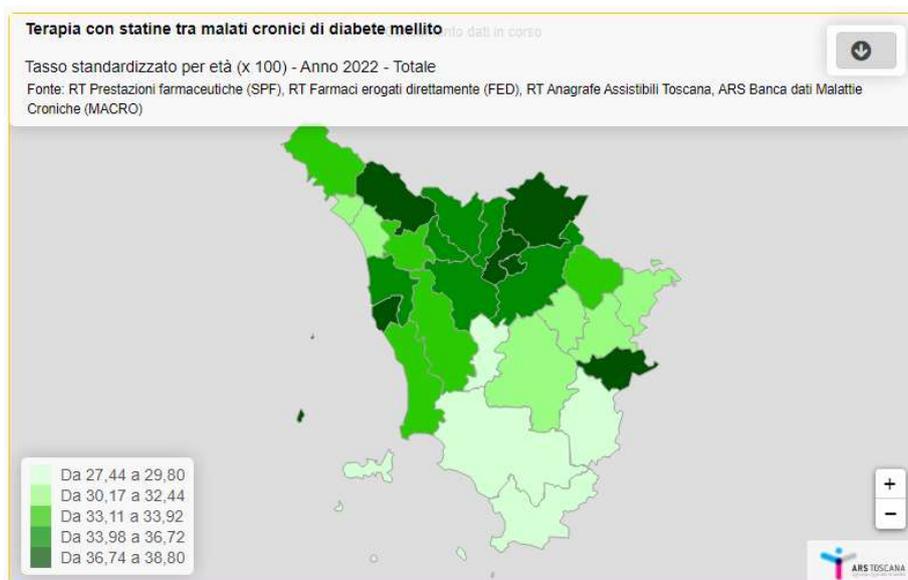


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci statine distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per la terapia con statine a livello regionale e aziendale si segnala una lieve diminuzione del valore di ATNO.

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

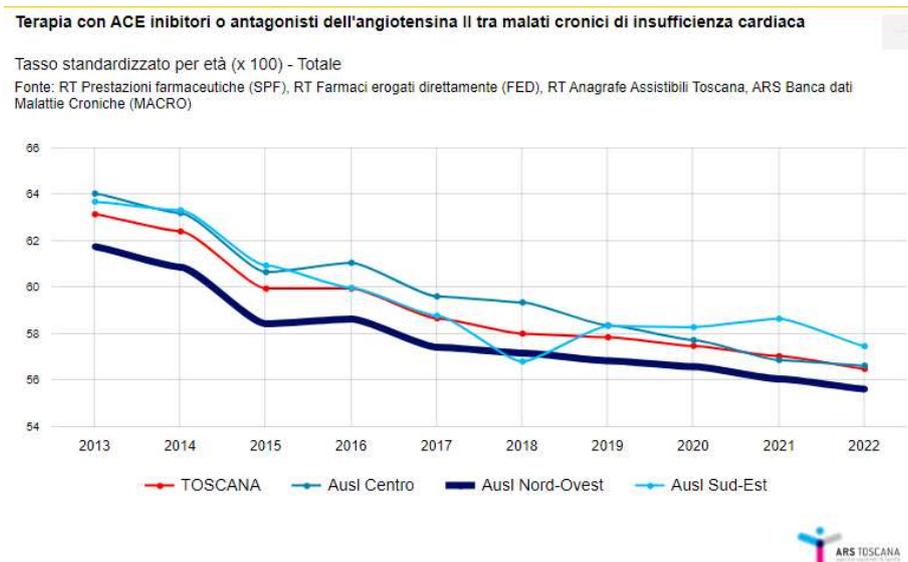
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2020	34,7	34,58
2021	34,73	34,39
2022	34,24	33,76



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

INSUFFICIENZA CARDIACA

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

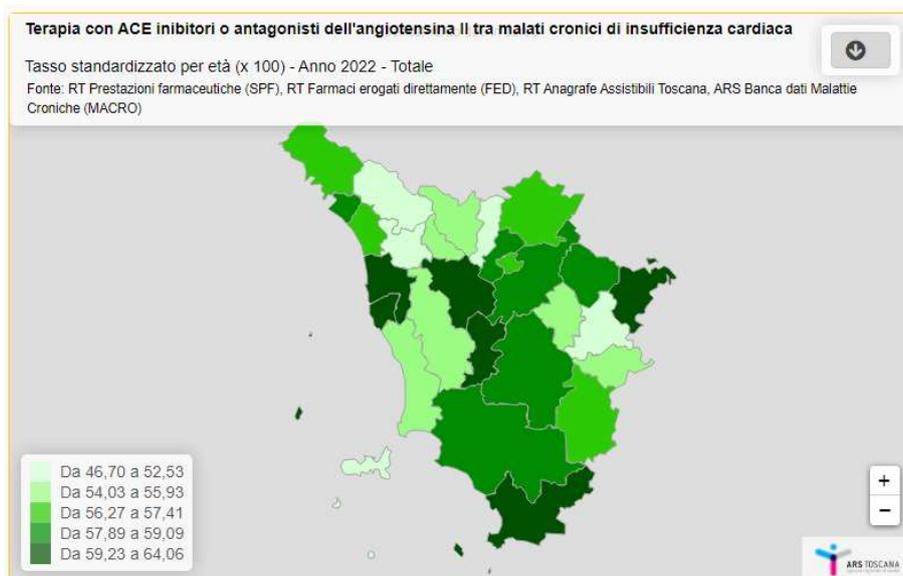


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per quanto riguarda la terapia con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II tra i malati cronici di insufficienza cardiaca è in decremento costante e progressivo già dal periodo pre-pandemico, 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
2020	57,50	56,61
2021	57,06	56,08
2022	56,51	55,64



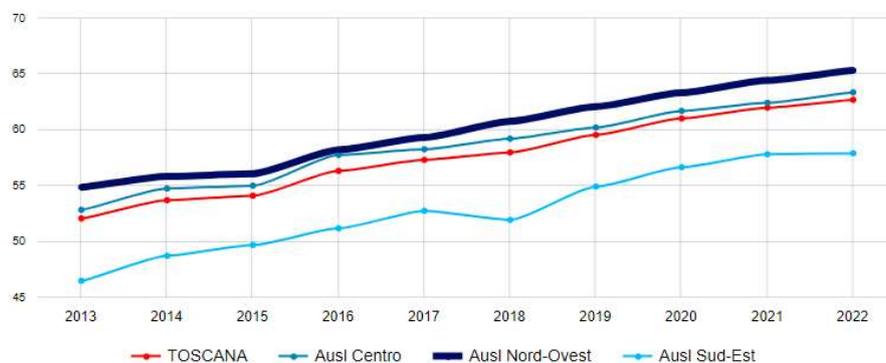
A livello Zonale performance più alte si riscontrano nella Pisana, Livornese e nelle Apuane. Per la Valle del Serchio, Elba e la Piana di Lucca sono evidenziate performance più basse.

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

Terapia con beta-bloccanti tra 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)

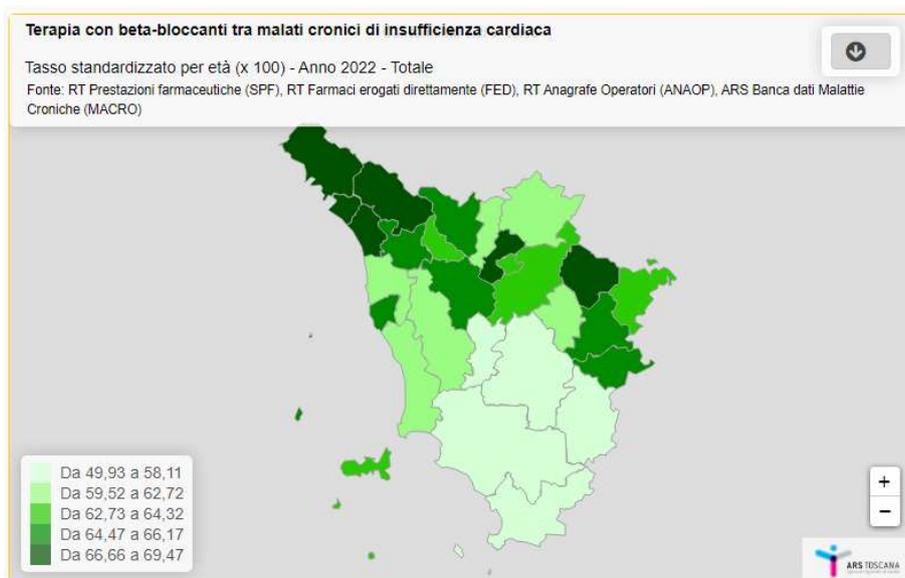


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci beta-bloccanti distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. E' un indicatore che è in crescita costante e progressiva dall'ultimo decennio e non ha subito variazioni nel periodo pandemico, con l'ATNO che si 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
2020	61,05	63,35
2021	62,02	64,46
2022	62,72	65,35



Performance migliori si sono registrate nella Versilia, Apuane, Lunigiana e Valle del Serchio. Valori più bassi sono stati riscontrati nella Pisana e Elba.

IPERTENSIONE

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

Monitoraggio di creatinina o clearance della creatinina tra 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)

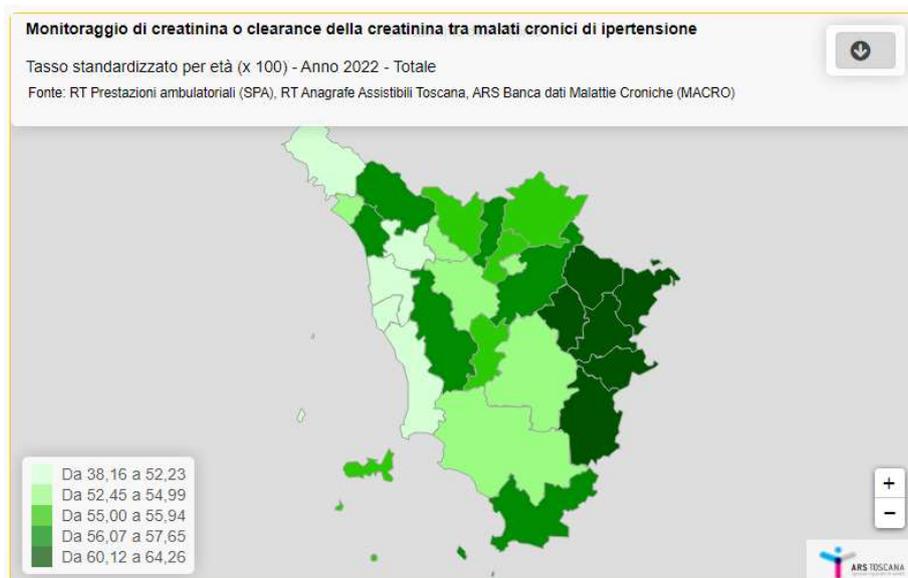


Anche l'ipertensione può essere causa di danno d'organo e complicanze e livello renale. Misurare la creatinina o monitorarne la clearance è importante per conoscere precocemente l'insorgenza di questo problema. E' un monitoraggio che ha subito a livello regionale e aziendale un calo importante nel corso del 2020, con una buona ripresa negli ultimi 2 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
2020	46	43,68
2021	52,49	50,79
2022	54,38	51,01



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

10.3.1 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di ipertensione

Misurazione del profilo lipidico tra malati cronici di ipertensione arteriosa

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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

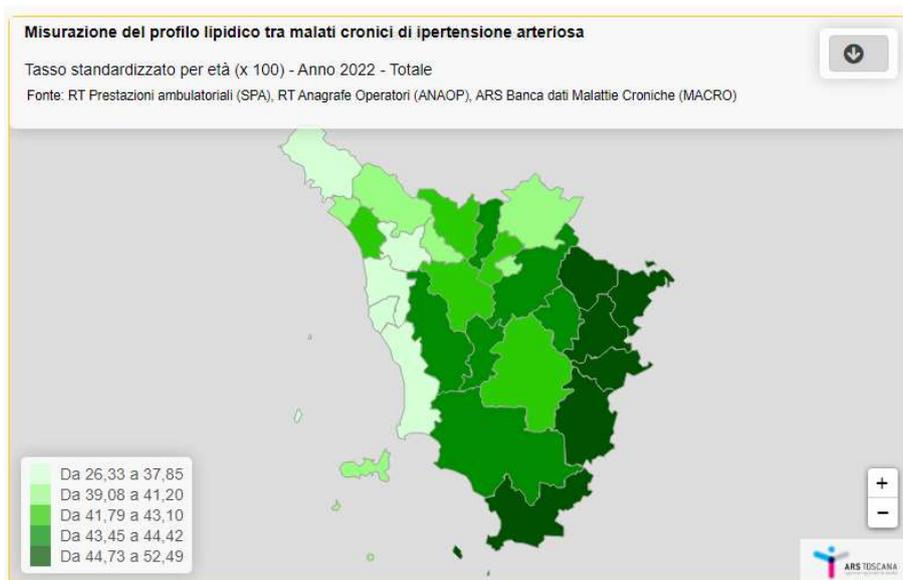


Elevati livelli di colesterolo nel sangue e alti valori di pressione arteriosa sono fattori di rischio cardiovascolare e predicono un aumentato rischio di danno d'organo. La misurazione dei valori della lipidemia nei pazienti ipertesi è raccomandato nei periodici follow-up. L'andamento della curva di questo indicatore è uguale nelle tre ASL con un calo importante nel 2020 seguito da una ripresa nel 2021. La nostra Azienda, pur rimanendo al di sotto del livello regionale, nel 2022 è in lieve incremento.

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
2020	32,24	29,03
2021	38,99	36,04
2022	41,09	36,66



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

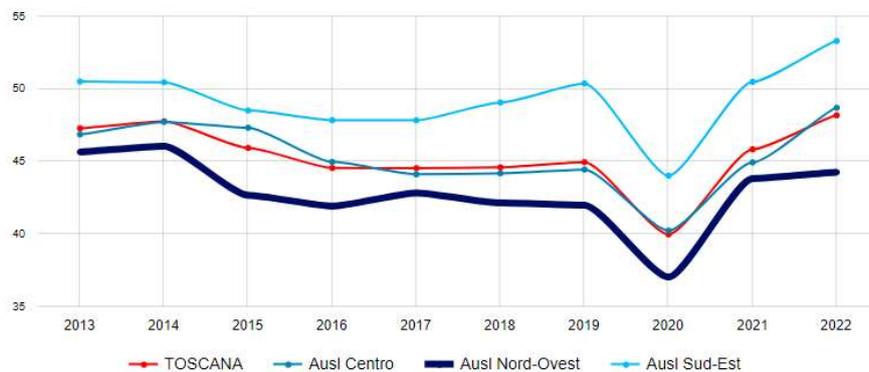
CARDIOPATIA ISCHEMICA

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

Misurazione del profilo lipidico tra malati cronici di cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

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

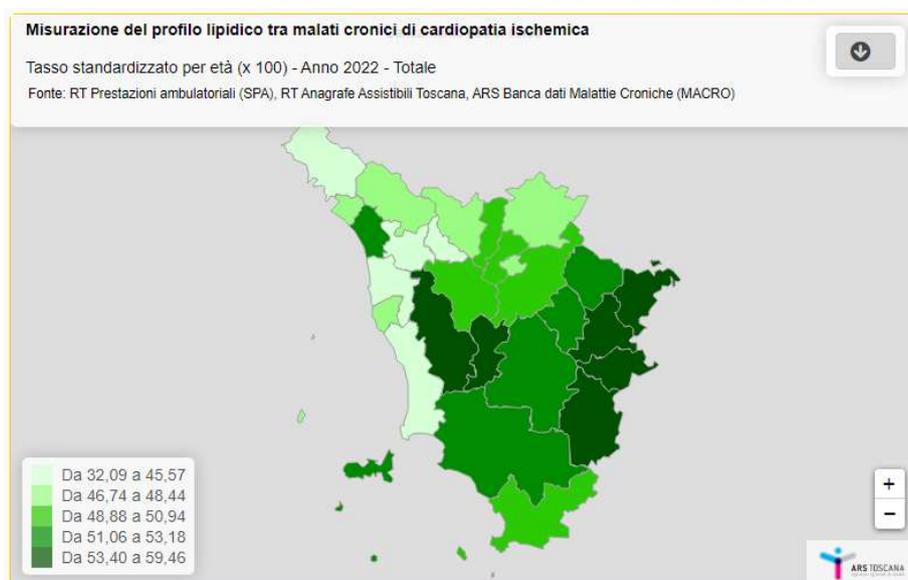


Anche per quanto riguarda la misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di cardiopatia ischemica, dopo la forte flessione del 2020 il trend è stato in ripresa. ATNO rimane al di sotto della media regionale, ma con un'attività più elevata rispetto al 2019.

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

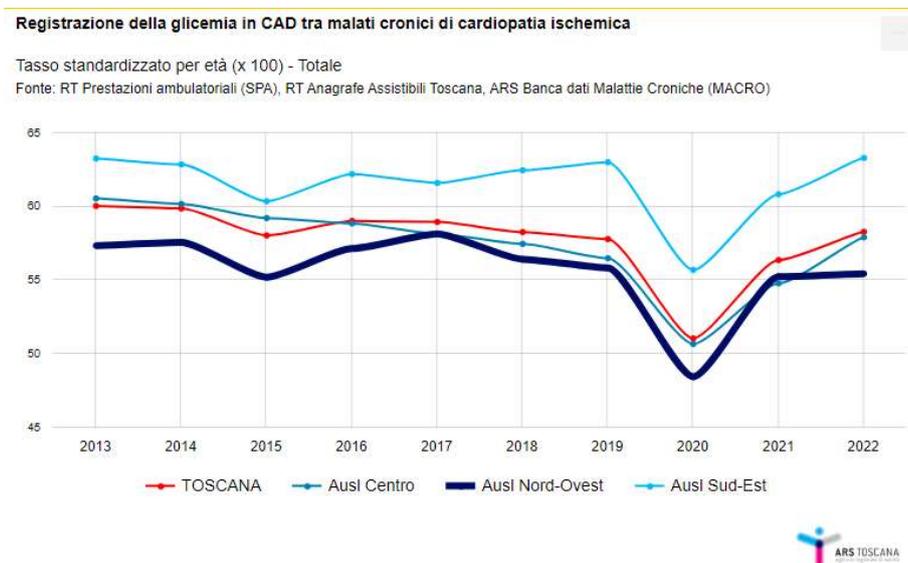
Tabella 12

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2020	40	37,05
2021	45,86	43,85
2022	48,20	44,28



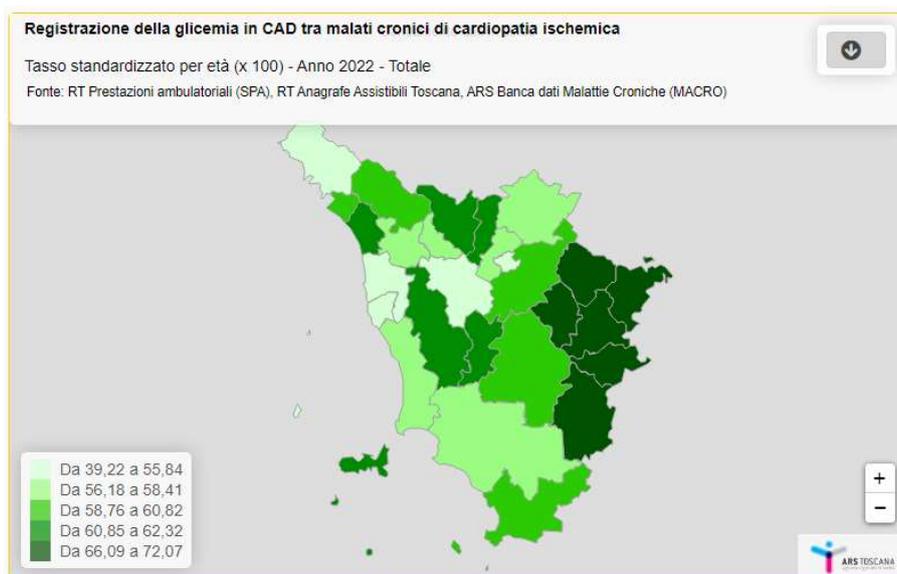
La Zona Pisana, Lunigiana e la Piana di Lucca hanno i valori più bassi, mentre la Versilia e l'Elba sono le più alte a livello aziendale.

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



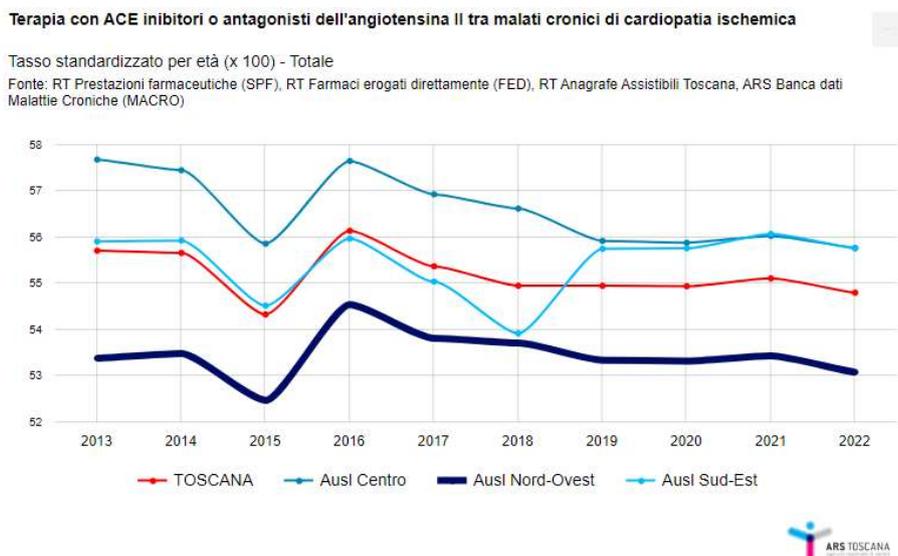
L'elevato glucosio in assenza di diabete è associato a una maggiore incidenza di coronaropatia indipendentemente da altri fattori di rischio riconosciuti tra cui età, peso, iperlipidemia, insufficienza renale e ipertensione e la sola determinazione della glicemia a digiuno può fornire un'indicazione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

con una graduale ripresa nel corso del 2021/2022 con ATNO che rimane stabile rispetto al 2021 e al di sotto della media regionale.



A livello Zonale le Zone con maggior numero di esami sono state l'Elba e la Versilia. Livelli più bassi nella Zona Pisana, Lunigiana e Livornese.

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

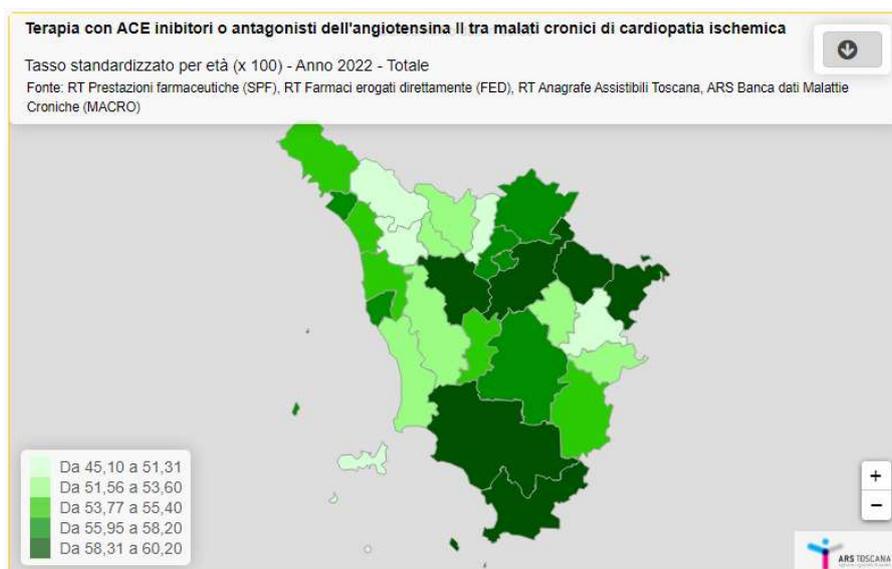


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per la terapie con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II l'andamento di ATNO è stabile dal 2019, in lieve decremento nel 2022, 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.

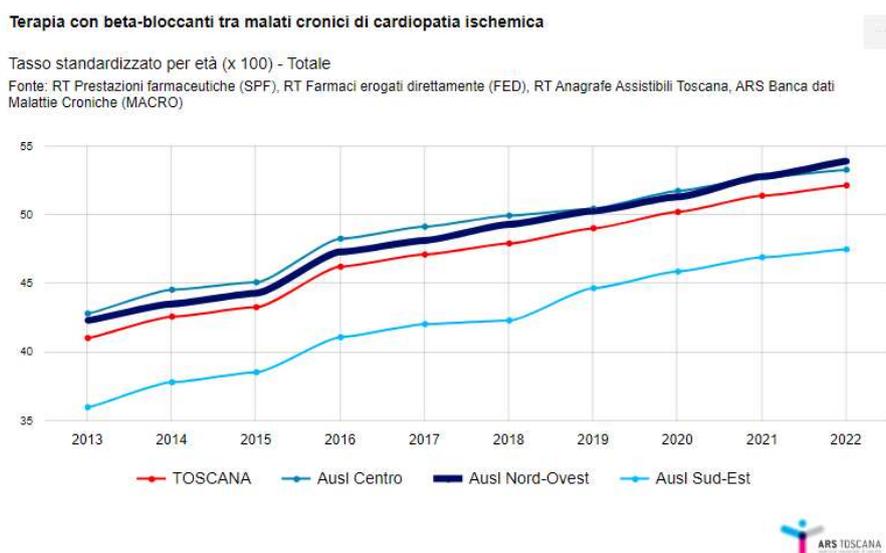
Tabella 13

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2020	54,95	53,33
2021	55,12	53,44
2022	54,81	53,09



Le performance più alte si sono raggiunte nella Zona Livornese e Apuane, 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

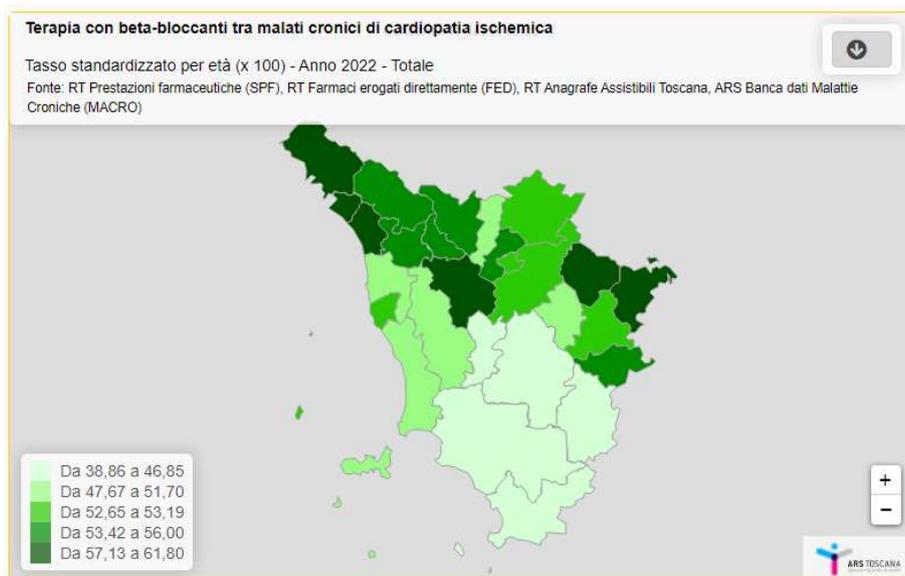


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci beta-bloccanti distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Negli ultimi dieci anni il trend è in aumento in tutta la regione e si è mantenuto tale anche nel 2022, con ATNO che si mantiene al di sopra del 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
2020	50,25	51,35
2021	51,43	52,82
2022	52,18	53,94



Le Zone che si attestano su valori elevati sono le Apuane, la Versilia e la Lunigiana. Valori più bassi sono nella Zona Pisana e Bassa Val di Cecina – Val di Cornia.

10.4.4 Terapia antitrombotica tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

Terapia antitrombotica tra 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)

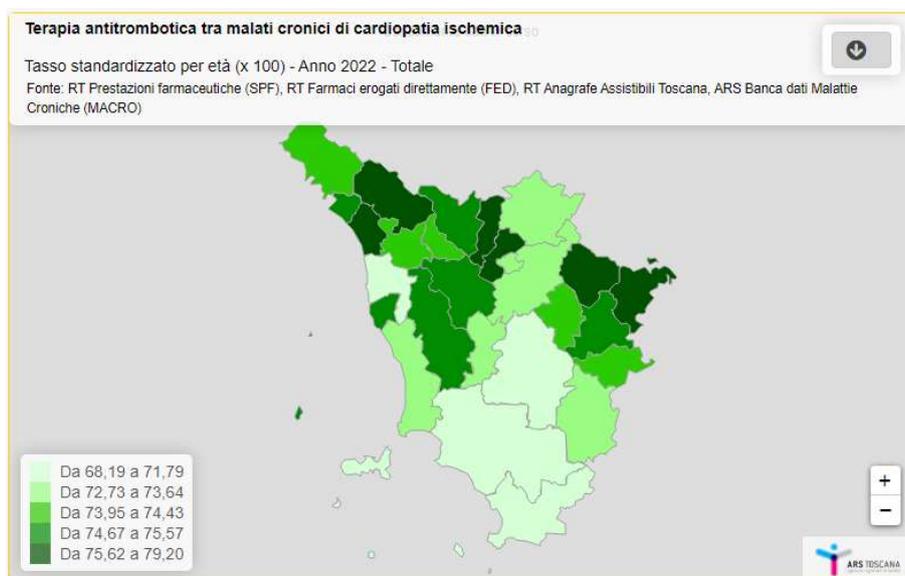


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci antitrombotici distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Anche la terapia antitrombotica tra i malati cronici di cardiopatia ischemica si è mantenuta sia a livello regionale che aziendale in aumento, senza battute di arresto negli anni della pandemia.

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
2020	71,27	71,52
2021	73,28	73,52
2022	74,07	74,32



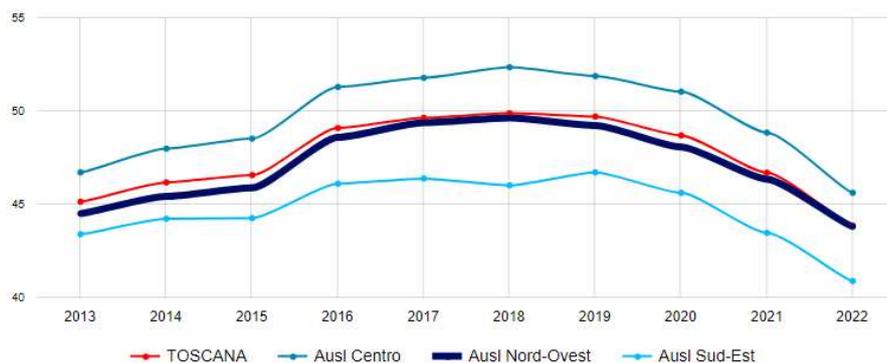
Le Zone con le performance più alte sono state la Valle del Serchio e la Versilia. Valori più bassi si riscontrano nella Zona Elbana e nella Pisana.

10.4.5 Terapia con statine tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

Terapia con statine tra 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)

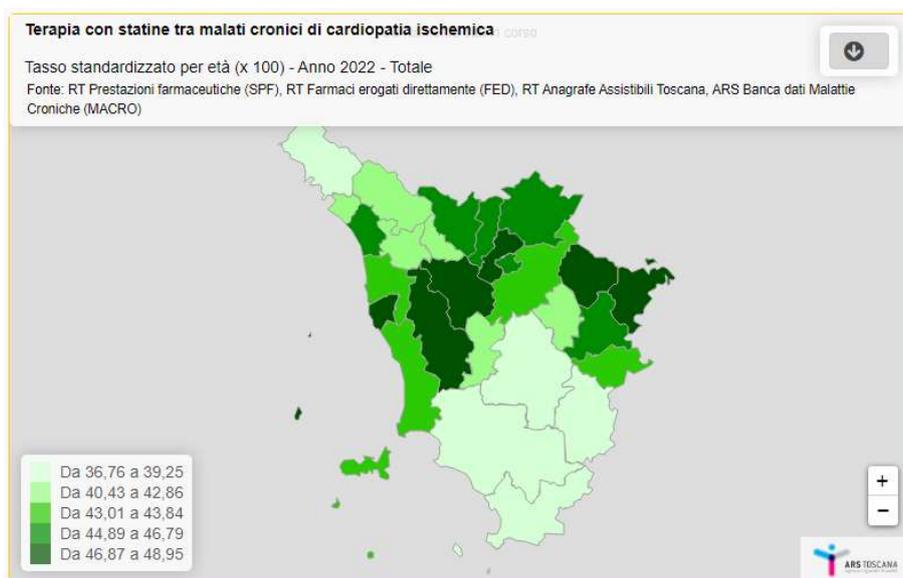


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci statine distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Diversamente la terapia con statine è in trend progressivamente decrescente a livello regionale e aziendale già dal 2019, con ATNO che ha valori quasi sovrapponibili 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
2020	48,71	48,09
2021	46,71	46,37
2022	43,87	43,82



Le Zone con le performance migliori sono state la Livornese e la Versilia mentre valori più bassi ci sono stati in Lunigiana e Apuane.

ICTUS

10.5 Terapia antitrombotica nei malati cronici di pregresso ictus

Terapia antitrombotica tra malati cronici di pregresso ictus

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

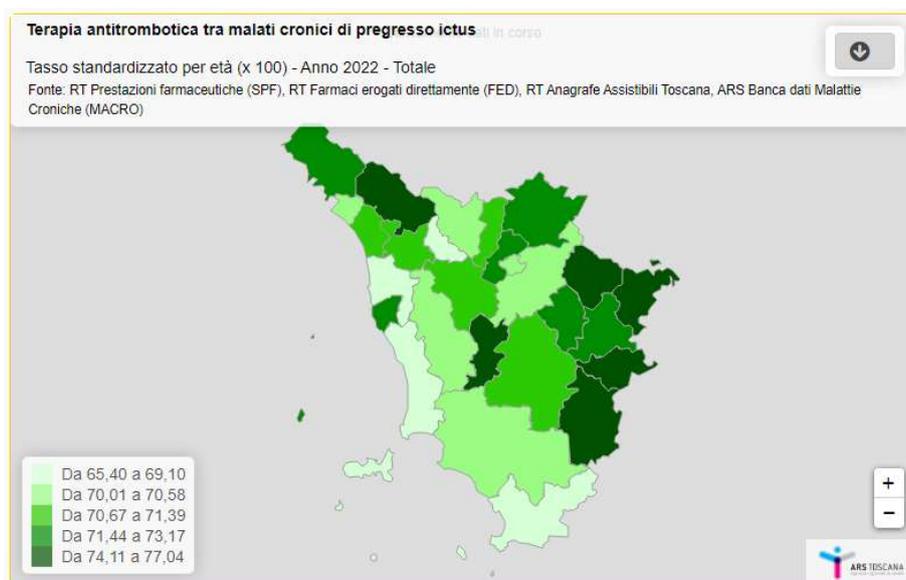
Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci antitrombotici distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. La terapia antitrombotica nel paziente con pregresso ictus non ha subito effetti negativi dalla pandemia, con un trend in aumento dal 2019 in tutta la regione anche se l'ATNO nel 2022 sembra aver registrato una leggera flessione. 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
2020	69,21	69,48
2021	70,71	70,72
2022	70,86	70,52



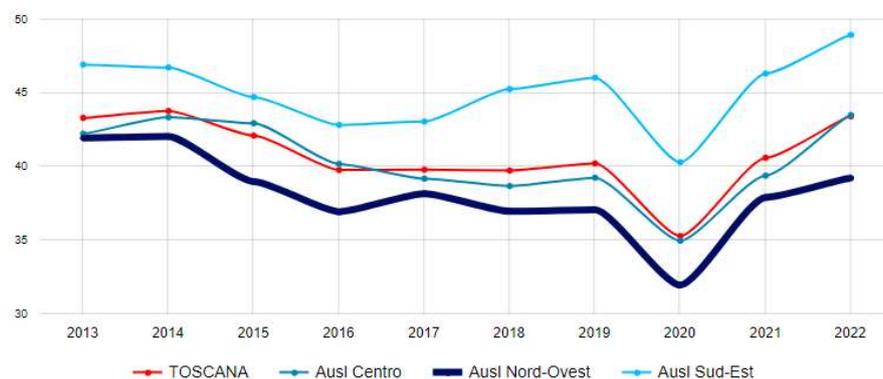
La Zone più virtuose sono la Valle del Serchio, la Lunigiana e la Livornese. I valori più bassi sono all’Elba, nella Pisana e nella Bassa Val di Cecina-Val di Cornia.

10.5.1 Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di pregresso ictus

Misurazione del profilo lipidico tra 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)

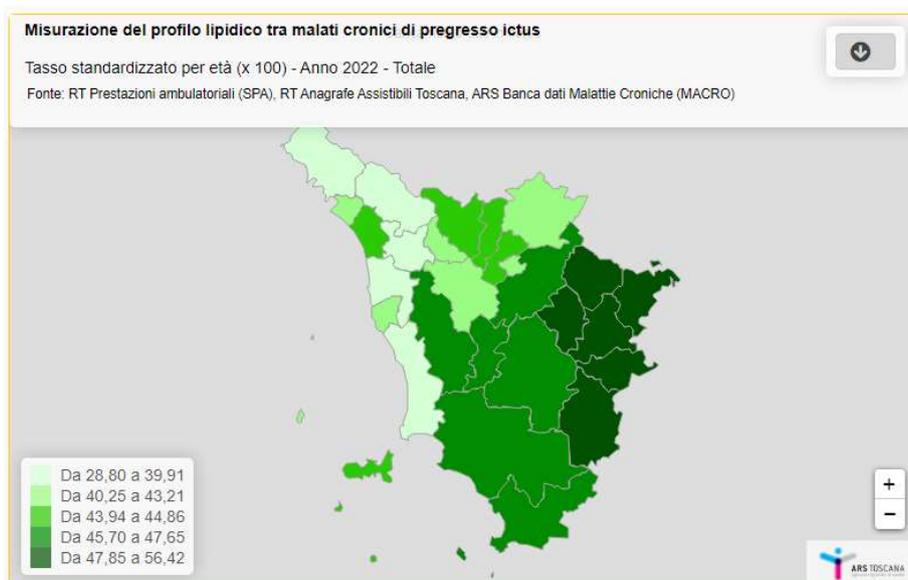


L’ictus è una patologia cerebro-cardiovascolare ed il controllo dei fattori di rischio, quali i livelli di colesterolo, costituisce un presupposto per una corretta prevenzione delle complicanze e gestione della malattia. Per quanto riguarda la misurazione del profilo lipidico, a livello regionale e aziendale si è registrato il forte abbassamento del 2020, con una netta ripresa nel 2021 che si mantiene nel 2022 . 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

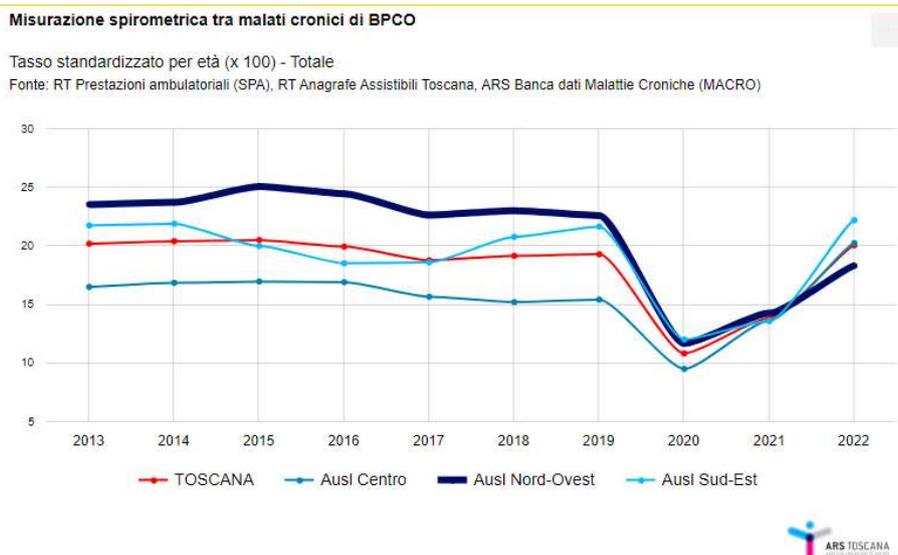
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2020	35,31	31,97
2021	40,62	37,94
2022	43,44	39,24



Migliori performance sono riscontrate nell' Elba e Versilia. Più basse nella Pisana, Piana di Lucca e Lunigiana.

BPCO

10.6 Misurazione spirometrica tra i malati cronici di BPCO

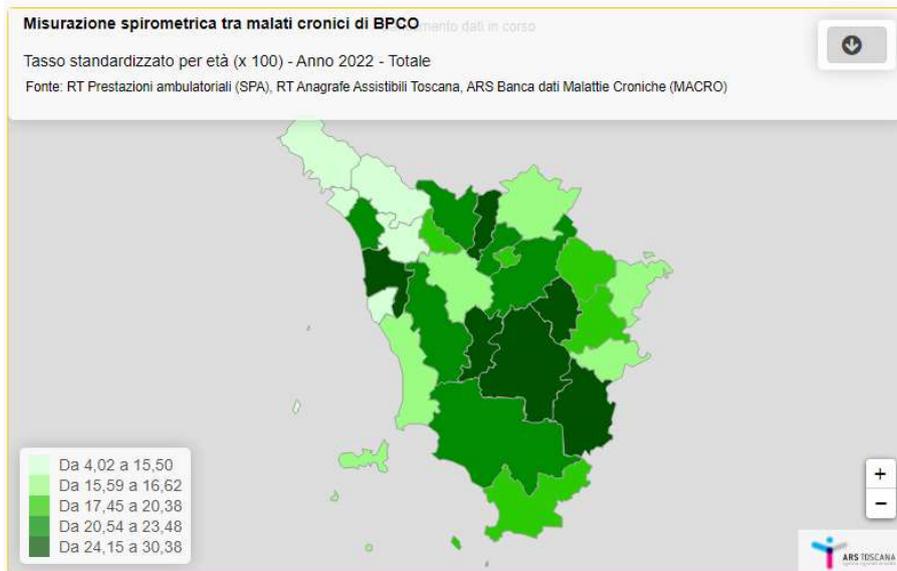


La misurazione spirometrica tra i malati cronici di BPCO è un esame condotto in regime ambulatoriale e permette la valutazione funzionale polmonare nel follow-up. E' un'attività che ha subito una notevole flessione nel corso del 2020, con una ripresa nel 2021 che si mantiene anche nel 2022. Per le modalità proprie di esecuzione, questo esame è stato ritenuto a maggior rischio per la trasmissione del virus SARS-CoV-2 e questo potrebbe giustificare la ripresa più cauta rispetto ai livelli pre-pandemici.

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
2020	10,87	11,72
2021	13,89	14,3
2022	20,1	18,35



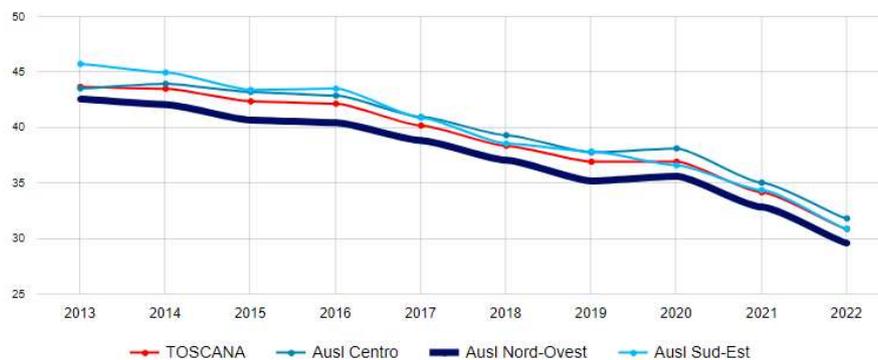
Performance più alte si sono verificate nella Zona Pisana e in Versilia. Le performance più basse in Lunigiana, Valle del Serchio e Livorno.

10.6.1 Terapia con broncodilatatori tra i malati cronici di BPCO

Terapia con broncodilatatori tra malati cronici di BPCO

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

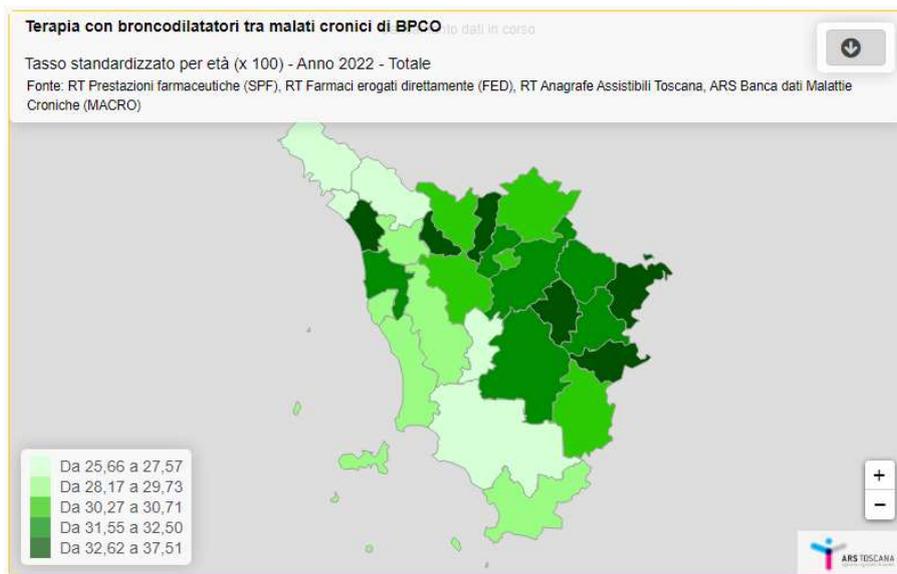
Fonte: RT Prestazioni farmaceutiche (SPF), RT Farmaci erogati direttamente (FED), RT Anagrafe Assistibili Toscana, ARS Banca dati Malattie Croniche (MACRO)



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 nel 2022. L'andamento dell'ATNO è analogo a quello della RT, seppure la nostra azienda si posizioni al di sotto del valore regionale. 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
2020	36,97	35,65
2021	34,21	32,88
2022	30,91	29,64



Performance più alte si sono riscontrate nella Zona Versiliae Pisana. Valori più bassi in Lunigiana, Valle del Serchio e Apuane.

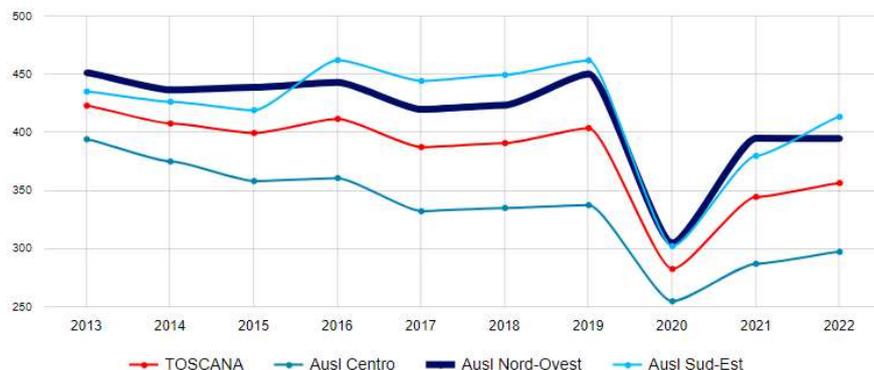
10.7 Assistenza specialistica ambulatoriale

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

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Accessi per visite specialistiche

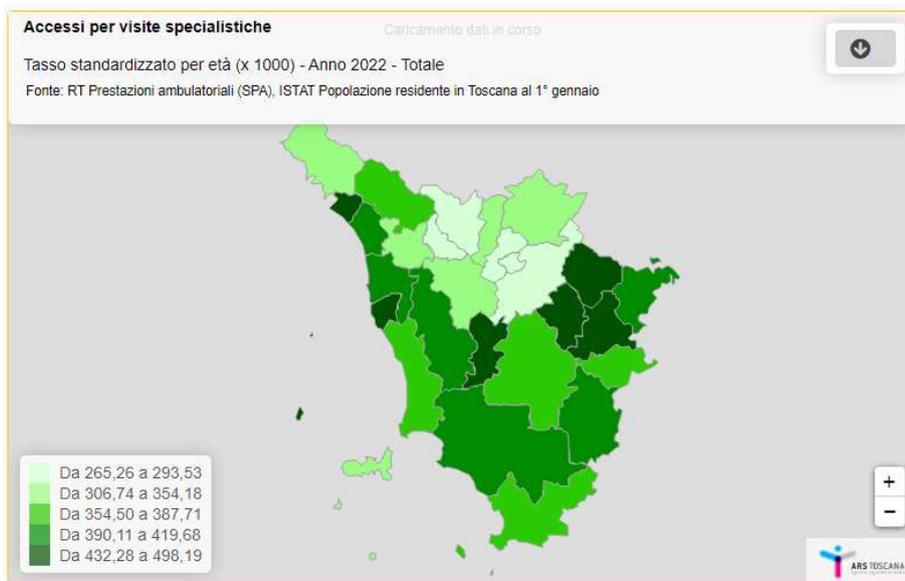
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2022 - Totale

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	1.391.326	379,81	356,86	356,25	357,47
AUSL CENTRO	499.116	311,61	297,69	296,84	298,54
AUSL NORD-OVEST	529.933	424,52	395,10	394,00	396,21
ex ASL 1 - Massa e Carrara	83.640	443,75	407,54	404,63	410,45
ex ASL 2 - Lucca	84.831	381,37	354,98	352,51	357,46
ex ASL 5 - Pisa	145.192	427,17	405,54	403,40	407,69
ex ASL 6 - Livorno	148.593	440,32	406,00	403,84	408,17
ex ASL 12 - Viareggio	67.677	422,91	390,11	387,03	393,19
AUSL SUD-EST	362.277	445,53	413,86	412,46	415,26



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). Anche nel 2022 c'è stata una ripresa generalizzata che però è molto lontana dai livelli pre-pandemia. Nella nostra Azienda, nel 2022 si registrano poche visite in più rispetto al 2021.



Se confrontata con le altre realtà toscane la nostra Azienda nel 2022 si è attestata al livello più alto dopo la Sud Est con un tasso standardizzato per età (x1000) di 395,10 verso un valore regionale del 356,86.

Nel 2022 Le Zone con il più alto tasso standardizzato per età (x1000) di accessi per visite specialistiche sono le Apuane e Livorno mentre quelle con i valori più bassi sono la Lunigiana, l'Elba e la Piana di Lucca.

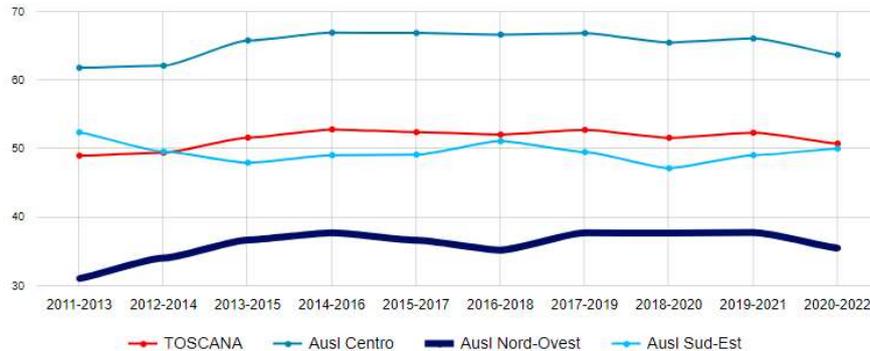
10.8 Riabilitazione

10.8.1 Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni (biennio 2020-2022)

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



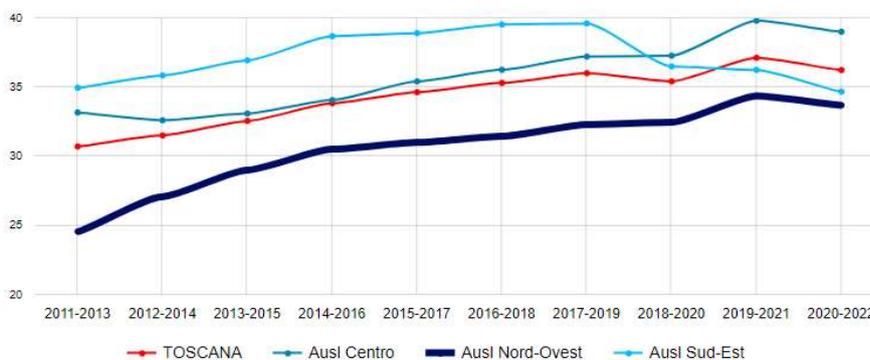
Il biennio oggetto di osservazione ha subito un leggero decremento rispetto al trend rilevato nei periodi precedenti, tranne per quanto riguarda la Sud Est; ATNO rimane il più basso a livello regionale, con un tasso standardizzato per età (x100) di 35,59 a fronte di un valore regionale del 50,81.

10.8.1 Riabilitazione post ictus entro 28 giorni (biennio 2020-2022)

Riabilitazione 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 33,72 a fronte del 36,26 Toscano.

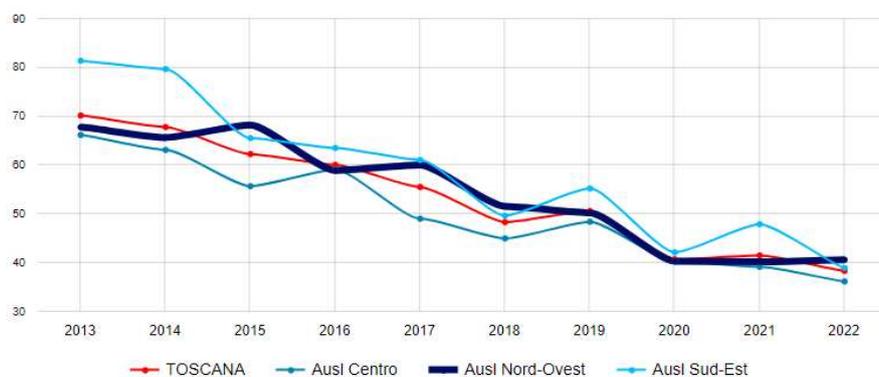
10.9 Indicatori di attività ospedaliera per condizioni sensibili alle cure territoriali

10.9.1 Angina pectoris senza interventi, ospedalizzazione

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 progressiva diminuzione dal 2019. Nel corso del 2022 l'indicatore non ha subito modifiche sostanziali rispetto al biennio precedente. Rispetto al valore regionale, l'ATNO è leggermente al di sopra con il 40,69 rispetto al 38,42 toscano.

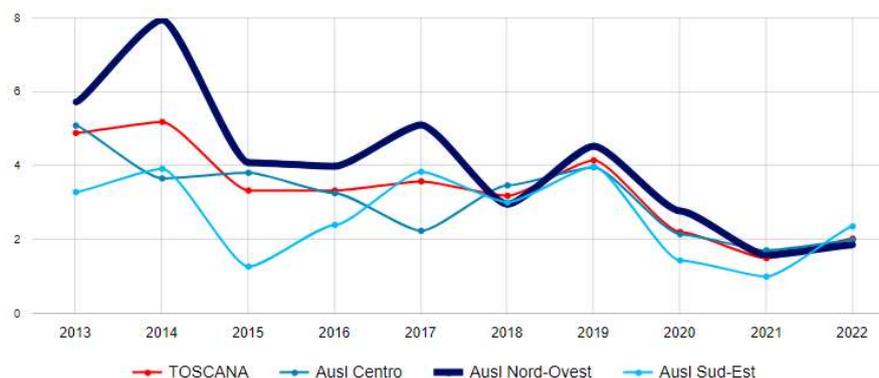
Le Zone che hanno avuto un'ospedalizzazione maggiore sono state: la Versilia e la Valle del Serchio. Le minori ospedalizzazioni ci sono state in Piana di Lucca, Pisana e Lunigiana.

10.9.2 Tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti

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 (comunque inferiore ai valori del 2017 e del 2014), seguito da una costante e progressiva diminuzione nel 2020 e nel 2021. Nell'ultimo anno l'ATNO si è collocata di poco al di sotto del valore regionale con un tasso standardizzato per età (x 100000) del 1,87 a fronte del 2,04 toscano.

Il territorio che ha ospedalizzato maggiormente è quello della Piana di Lucca.

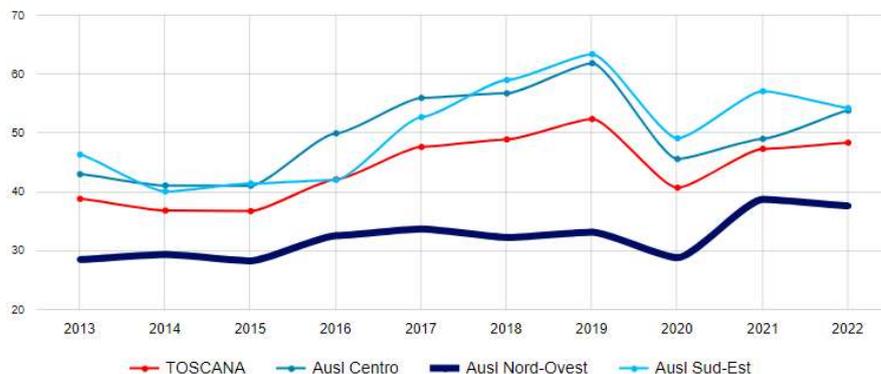
10.9.3 Tasso di ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario

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

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per infezioni del tratto urinario

Tasso standardizzato per età (x 10000) - Totale

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



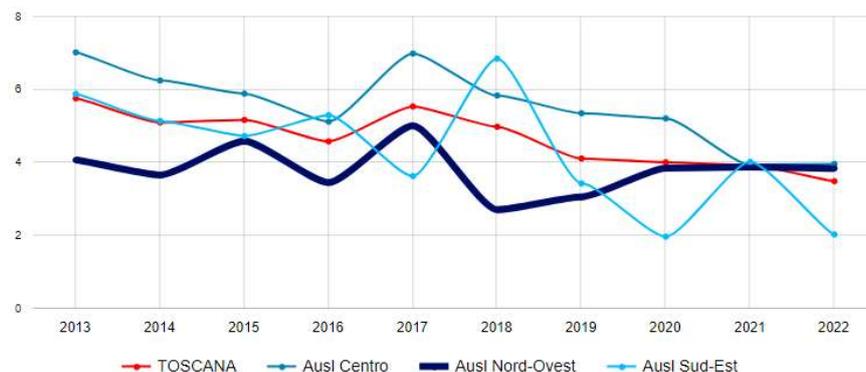
Dopo una riduzione nel 2020, nel 2021 è tornata a salire in tutta la Regione l'ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario. Nel 2022 l'ATNO si mantiene al di sotto del valore regionale con un tasso standardizzato per età di 37.71 contro il 48,44 toscano. Un'elevata ospedalizzazione per questa causa è riscontrata in Versilia e all'Elba.

10.9.4 Diabete, complicanze a breve termine, ospedalizzazione

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, ma nel 2022 le complicanze si sono attestate poco al disopra.

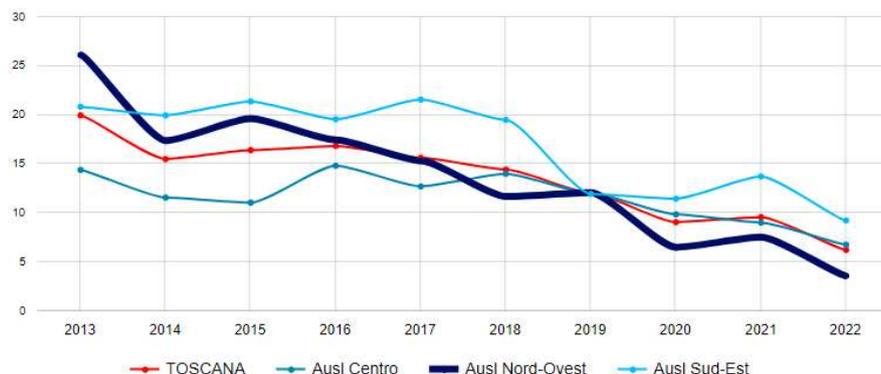
Ospedalizzazioni più alte -tasso standardizzato per età (x100000)- si sono avute tra la popolazione residente nella Zona Pisana e la Livornese.

10.9.5 Diabete, complicanze a lungo termine, ospedalizzazione

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.

Nel 2020 a livello regionale c'è stato un forte decremento di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete e il valore dell'ATNO nel 2022 -tasso standardizzato per età (x 100000)- continua ad essere al di sotto di quello regionale (4,76 di ATNO contro il 8,25 Toscano).

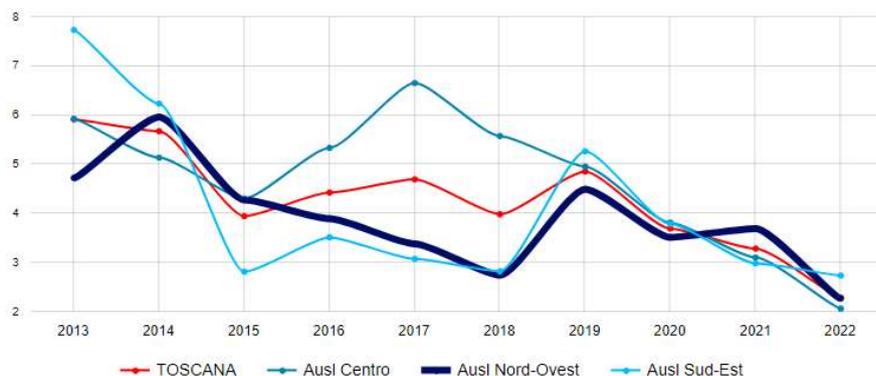
Le Zone con le ospedalizzazioni più alte sono state l'Elba e la Pisana.

10.9.6 Diabete non controllato, senza complicanze, ospedalizzazione

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 2020. Nella nostra Azienda il fenomeno nel 2021 è stabile rispetto all'anno precedente, mentre nel 2022 risulta in ulteriore decremento con valore sovrapponibile a quello regionale.

Le Zone con maggiori ricoveri sono state: l'Elba e 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:

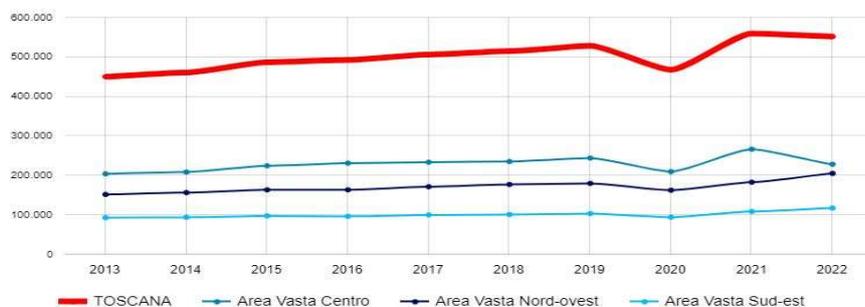
- Ospedale sede di DEA di I livello: la struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, con le funzioni di osservazione e breve 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 Chiamate ricevute dalle centrali 118 con richiesta di soccorso

Chiamate ricevute dalle centrali 118 con richiesta di soccorso

Numero - Totale

Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)



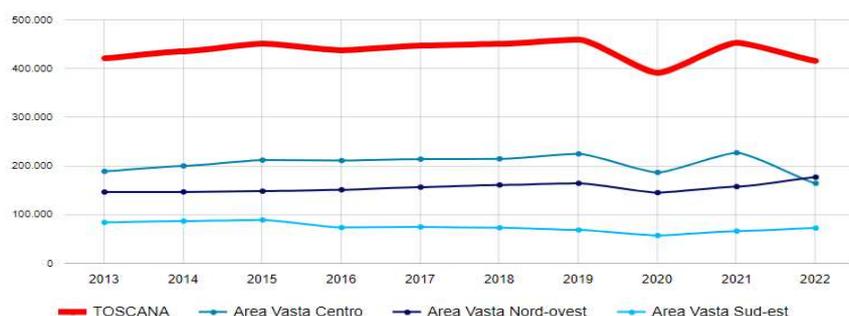
Il grafico relativo alle chiamate ricevute dalle centrali 118 mostra come l'andamento della Ausl Nord Ovest sia costante nel tempo, con una lieve diminuzione nel 2020 (n° 163.285), dovuta al contesto di emergenza pandemica. Il numero di chiamate si colloca in posizione intermedia rispetto alle altre Ausl, probabilmente per ragioni demografiche. Dal 2021 invece la curva torna a salire, raggiungendo nel 2022 numeri addirittura superiori al periodo pre-pandemico, determinati da una ripresa dell'attività del servizio (n° 183.565 nel 2021 e n° 205.864 nel 2022).

11.2 Interventi di soccorso del 118

Interventi di soccorso del 118

Numero - Totale

Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)



Come per il numero di chiamate, l'andamento della curva si mostra costante negli ultimi 10 anni, ma anche in questo caso si assiste ad una riduzione del numero degli interventi di soccorso nel 2020 (n° 146.129) e un successivo aumento nel 2021 (n° 158.520) e 2022 (n° 165.398), andando a superare i valori pre-pandemici.

Chiamate ricevute dalle centrali 118 con richiesta di soccorso

Numero - Anno 2022 - Totale
Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)

Centrale Operativa	Chiamate
REGIONE TOSCANA	552.995
AV CENTRO	229.076
CO unificata Firenze-Prato	147.109
CO unificata Pistoia-Empoli	81.967
AV NORD-OVEST	205.864
CO unificata Massa-Lucca-Versilia	95.209
CO unificata Pisa-Livorno	110.655
AV SUD-EST	118.055
CO - Arezzo	40.230
CO unificata Siena-Grosseto	77.825



11.3 Missioni effettuate dal 118



L'andamento della curva mostra una situazione analoga a quella degli interventi. Si assiste infatti ad un andamento costante negli ultimi 10 anni, con una riduzione del numero delle missioni nel 2020 (n° 173.566) e un successivo aumento nel 2021 (n° 187.978) e 2022 (n° 209.785) raggiungendo così valori maggiori rispetto agli anni pre-COVID19.

Missioni effettuate dal 118
Numero - Anno 2022 - Totale
Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)

Centrale Operativa	Missioni
REGIONE TOSCANA	514.409
AV CENTRO	191.000
CO unificata Firenze-Prato	99.611
CO unificata Pistoia-Empoli	91.389
AV NORD-OVEST	209.785
CO unificata Massa-Lucca-Versilia	102.454
CO unificata Pisa-Livorno	107.331
AV SUD-EST	113.624
CO - Arezzo	28.926
CO unificata Siena-Grosseto	84.698

11.4 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso per codice assegnato di triage

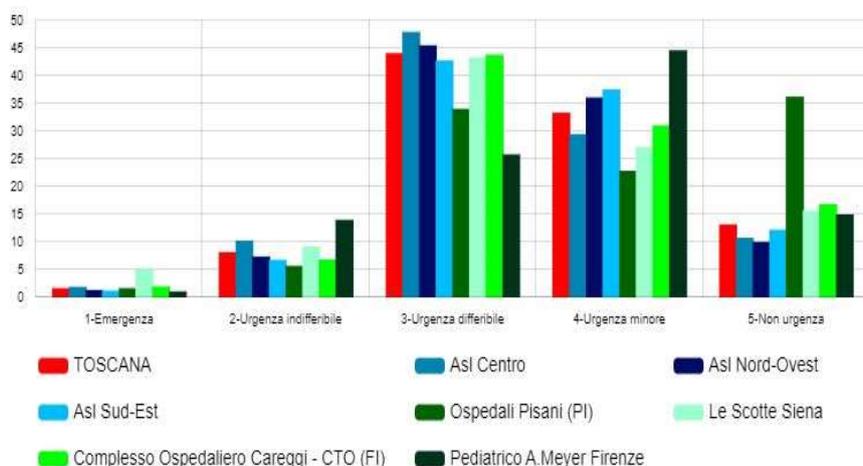
Il Pronto Soccorso (PS) è uno degli snodi principali del rapporto tra cittadino e Ospedale, ed è spesso il luogo nel quale si rendono più evidenti le complessità e le criticità strutturali del nostro Sistema Sanitario.

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.

Percentuale di accessi ai PS della Toscana per codice assegnato al triage

Anno 2022 - Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



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).

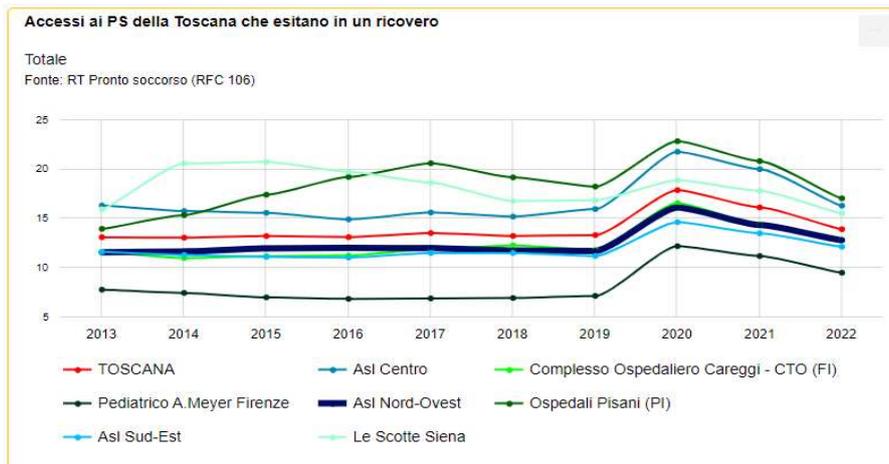
Il monitoraggio continuo della performance del sistema di triage, inserito in un processo dinamico di revisione e verifica della sua qualità, rappresenta il metodo che consente di mantenere e migliorare gli standard di servizio e di mettere in atto strategie migliorative o correttive del sistema stesso.

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 la non urgenza (colonna 5) ci sono notevoli differenze. Questo evidenzia la numerosità di accessi impropri in quanto non urgenti. L'azienda Ausl Nord Ovest si trova in linea con la media regionale per quanto riguarda tutti i codici.

11.5 Accessi al PS dei presidi della Toscana che esitano in ricovero

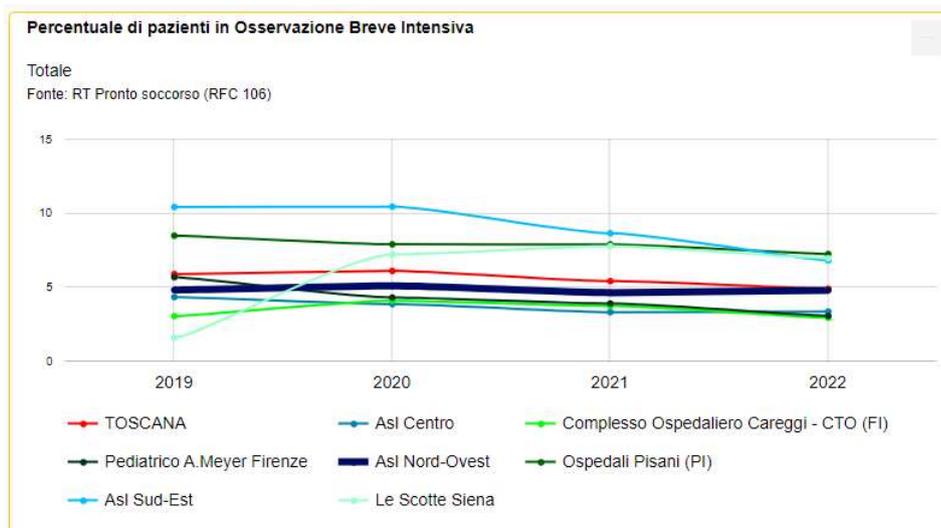
Nel 2022 l'Ausl Toscana Nord Ovest ha registrato una proporzione del 12,84% di accessi che hanno esitato in ricovero rispetto alla media della Regione del 13,95% e rispetto al valore dell'anno precedente (2021) di 14,38%.

Anche in questo caso si può osservare come l'andamento sia stato costante negli ultimi 10 anni, con un incremento nel periodo pandemico, seguito da una riduzione negli anni successivi.



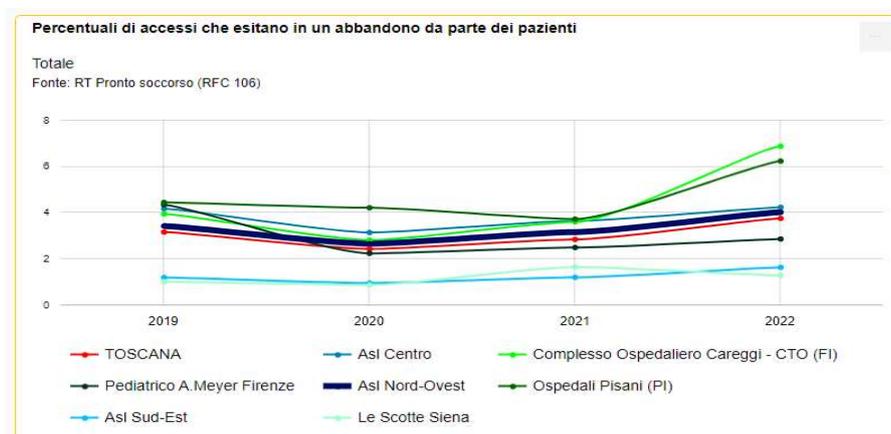
11.6 Percentuale di pazienti in osservazione breve intensiva

Il grafico descrive l'andamento negli ultimi anni di questo indicatore, mostrando come sia diminuito a livello della media regionale. Per quanto riguarda l'Ausl Nord Ovest l'andamento è altalenante, con una diminuzione nel 2021 (4,67% vs 5,13% nel 2020) ed un nuovo incremento nel 2022 (4,83%) ma comunque inferiore alla media della Regione (4,93%).



11.7 Percentuale di accessi che esitano in abbandono da parte dei pazienti

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 si colloca leggermente sopra alla media regionale (4,04% NO vs 3,77% Regione).



Allegato - La pandemia in ASL Nord Ovest

I dati "grezzi" descrittivi degli "eventi sanitari maggiori" provocati dal covid 19, sono resi disponibili ai lettori di questa RSA accedendo alla banca dati, completata con l'inserimento delle ultime informazioni relative all'evento pandemico, tramite il link qui di seguito

tinyurl.com/Covid-ATNO-2022

i dati in essa contenuti sono stati "congelati" al 31.12. 22; i grafici di pagina 2 sono facilmente selezionabili rispetto a comune, zona o periodo temporale di interesse.

La pandemia da Covid 19 è stata dichiarata conclusa.

Dal prossimo futuro in poi i dati di salute archiviati durante gli scorsi tre anni verranno rielaborati in modo sistematico, verranno standardizzati e resi confrontabili tra loro. Non utilizzeremo quindi più i dati grezzi cui ci eravamo abituati, ma troveremo condivise tante informazioni organizzate in modo classico ed epidemiologicamente corretto.

Nel frattempo l'ATNO si è organizzata per dotarsi di sistemi di controllo di **un altro fenomeno di rilevanza mondiale** e, ovviamente, presente anche in azienda: l'antibioticoresistenza e le infezioni correlate alla pratiche di assistenza (ICA), sia ospedaliere che extraospedaliere.

Le ICA sono una complicanza dei modelli di assistenza moderni: sono una conseguenza della capacità, da parte della medicina, di fornire chance di sopravvivenza a pazienti molto critici, ma per questo costretti ad assumere grandi quantitativi di farmaci (non solo antibiotici), spesso caricati di devices e di lunghe permanenze in strutture di ricovero accoglienti contemporaneamente altri pazienti altrettanto critici ed invasivamente trattati.

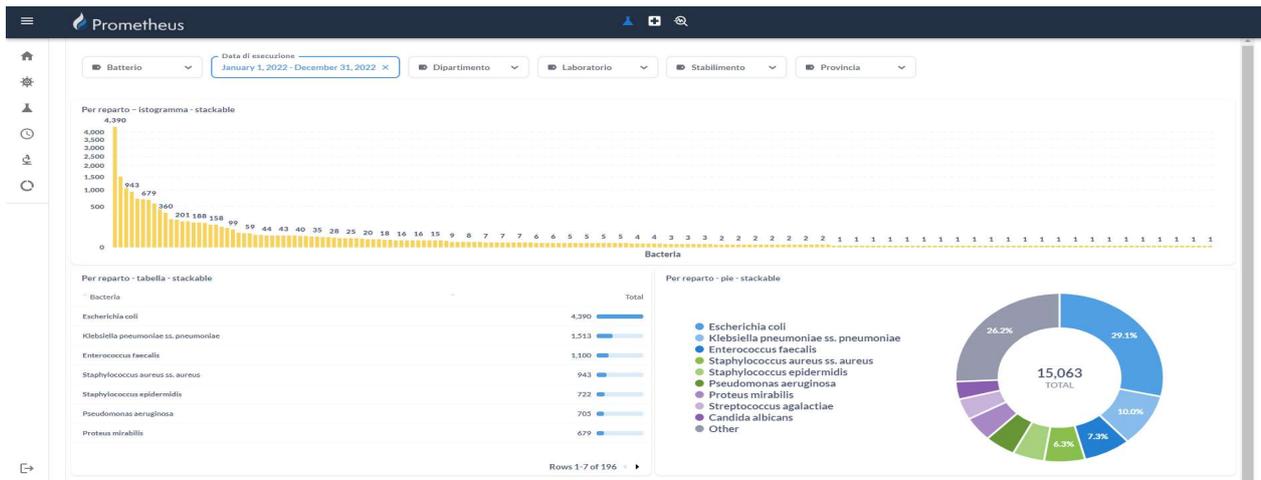
La delicatezza degli interventi di cura, la fragilità consequenzialmente acquisita dai pazienti, la risposta fornita dalla natura contro la ostilità creata dai farmaci negli ambienti dedicati ai malati, spesso non ha trovato corrispondenze nella diffusione della cultura della prevenzione e della riduzione del rischio specifico. Nonostante da tanti anni si parli di antibioticoresistenza, ancora si continuano ad usare male gli antibiotici (ed anche tanti altri farmaci), si continua a non aver chiara la necessità di investire nella prevenzione delle malattie infettive (vaccini tanto spesso contestati), si sono perse molte buone pratiche antiche di protezione dei singoli e degli ambienti di vita (lavaggio delle mani e messa in protezione degli ambienti).

Conseguenza di quanto sopra, nella finalità di sostenere con le evidenze misurabili in modo oggettivo, anche i programmi di formazione ed informazione dedicati ai sanitari ed al pubblico (ammalati, loro famigliari, cittadini), la ATNO si è faticosamente dotata di uno strumento di estrazione/elaborazione dei dati relativi alle misure di interesse: incidenza e prevalenza dei germi multiresistenti nelle forme sia infettanti che colonizzanti, loro distribuzione per ospedale, territorio, reparti ed altri dettagli.

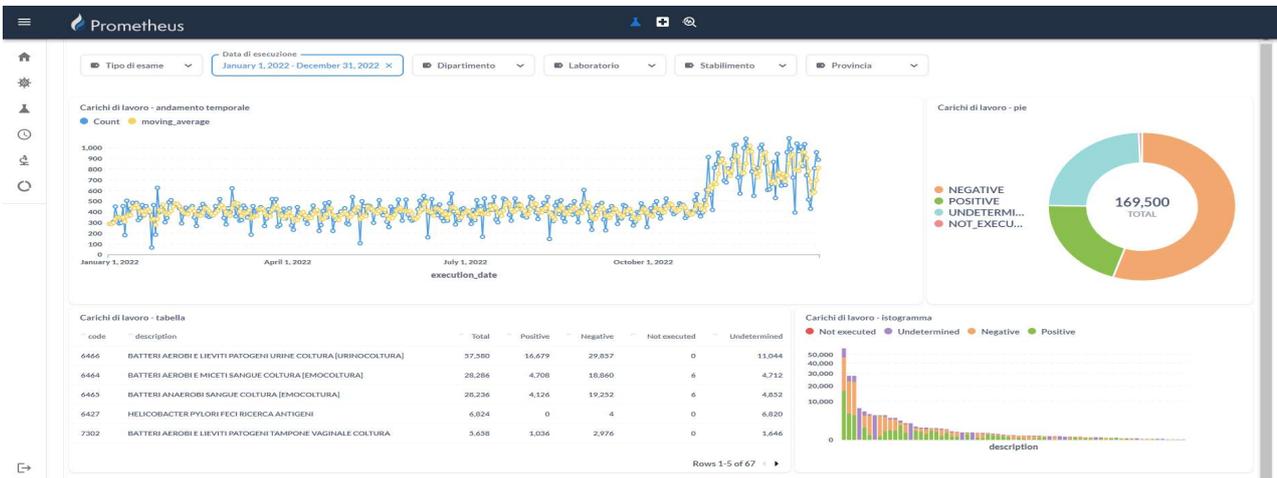
Durante il corso dell'anno 2022 il modello di estrazione/elaborazione dei dati di batteriologia è stato implementato: attualmente quanto ottenuto ci consente di pensare di aver raggiunto un ottimo risultato che sarà sicuramente utile per consentirci di dare dimostrazione della entità e della distribuzione di questo fenomeno di massimo interesse e di prioritaria presa in carico. Il modello di cui trattasi è al momento nella fase finale della predisposizione ed in questi giorni se ne stanno verificando sul campo le capacità di rappresentare la realtà in modo puntuale.

Di seguito si rappresentano alcune slide esemplificative delle possibilità di approfondimento intorno al fenomeno di interesse e delle potenzialità di conoscenza che nel prossimo futuro avremo a disposizione.

1 - distribuzione per batterio, per periodo temporale, per luogo



2 - distribuzione per tipologia di risposta all'esame, per tipo di esame, per periodo temporale, per luogo



3 - esempio di dettaglio su tabella con percentualizzazione delle tipologie di risposte

TIPO ESAME PER BATTERIO

Esame	Totale	Positivi	% positivi	Negativi	% negativi	Indeterminati	% indeterminati	Non eseguiti	% non eseguiti
BATTERI AEROBIE E LIEVITI PATOGENI URINE COLTURA [URINOCOLTURA]	37,380	16,679	28.97%	29,837	51.83%	11,044	19.18%	0	0%
BATTERI AEROBIE E MICETI SANGUE COLTURA [EMOCOLTURA]	28,286	4,708	16.64%	18,840	66.68%	4,712	16.66%	6	0.021%
BATTERI ANAEROBIE SANGUE COLTURA [EMOCOLTURA]	28,236	4,126	14.61%	19,232	68.18%	4,852	17.18%	6	0.021%
HELICOBACTER PYLORI FECE RICERCA ANTIGENI	6,824	0	0%	4	0.059%	6,820	99.94%	0	0%
BATTERI AEROBIE E LIEVITI PATOGENI TAMPONE VAGINALE COLTURA	5,658	1,036	18.31%	2,976	52.6%	1,646	29.09%	0	0%
SHIGELLE FECE COLTURA	4,666	146	3.17%	3,821	82.96%	639	13.87%	0	0%
STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE URINE RICERCA ANTIGENI	4,150	0	0%	4	0.096%	4,146	99.9%	0	0%
LEGIONELLA PNEUMOPHILA URINE RICERCA ANTIGENI	4,132	86	2.08%	3,936	95.26%	110	2.66%	0	0%
STREPTOCOCCUS AGALACTIAE TAMPONE VAGINO-RETTALE COLTURA	4,128	514	12.45%	3,122	75.63%	492	11.92%	0	0%
BATTERI AEROBIE E LIEVITI PATOGENI SANGUE DA CVC COLTURA [EMOCOLTURA]	3,364	692	19.38%	2,192	65.16%	320	15.46%	0	0%
BATTERI ANAEROBIE SANGUE DA CATETERE VENOSO CENTRALE COLTURA [EMOCOLTURA]	3,350	548	16.36%	2,286	68.24%	516	15.4%	0	0%
BATTERI AEROBIE E LIEVITI PATOGENI TAMPONE DA FERITA COLTURA	2,542	1,416	55.7%	676	26.59%	450	17.7%	0	0%
CLOSTRIDIUM DIFFICILE FECE RICERCA ANTIGENI	1,849	312	16.89%	1,345	71.96%	182	9.74%	30	1.61%
PARASSITI FECE RICERCA MICROSCOPICA [CAMPIONE 1]	1,857	0	0%	0	0%	1,857	100%	0	0%

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: FERRI GIAN LUIGI

DATA FIRMA: 01/07/2023 14:58:59

IMPRONTA: 63306666383339656538636665653138313236626265376465653239633339356432343162363063