



**AZIENDA
USL
TOSCANA
NORD
OVEST**

RELAZIONE SANITARIA 2024

SOMMARIO

Introduzione e note metodologiche	
Cap. 1	Demografia
1.1	Struttura per età e sesso dei residen
1.2	Indice di vecchiaia
1.3	Indice di dipendenza anziani
1.4	Natalità
1.5	Nati di cittaadinanza non italiana
1.6	Quoziente di incremento totale della popolazione
1.7	Stranieri nuovi iscritti all'anagrafe
1.8	Proporzione stranieri iscritti all'anagrafe
1.9	Densità abitativa: numero di residenti per Km quadrato
1.10	Popolazione residente nei comuni montani
1.11	Speranza di vita alla nascita
1.12	Speranza di vita a 65 anni
Cap. 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
Cap. 3	Mortalità
3.1	Note tecniche e definizioni utili
3.2	Certificati di morte
3.3	Tasso di mortalità
3.4	Qualità dei dati raccolti
3.5	Flussi informativi sanitari e socio-sanitari
3.6	Gestione schede di morte ISTAT

3.7	ReNCaM
3.8	Prime 10 cause di mortalità
3.9	Mortalità per tutte le cause
3.10	Mortalità per Covid
3.11	Mortalità prematura
3.12	Mortalità per tumori
3.13	Mortalità per malattie del sistema circolatorio
3.14	Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio
3.15	Mortalità per malattie dell'apparato digerente
3.16	Mortalità per overdose
3.17	Mortalità per tumori del polmone
3.18	Mortalità per tumore dello stomaco
3.19	Mortalità per tumore della vescica
3.20	Mortalità per tumore della prostata
3.21	Mortalità per tumore del colon retto
3.22	Mortalità per tumore della mammella
3.23	Mortalità per infarto del miocardio
3.24	Mortalità per cardiopatia ischemica
3.25	Mortalità per malattie cerebrovascolari
3.26	Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario
3.27	Mortalità per malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo
3.28	Mortalità per traumatismi e avvelenamenti□
3.29	Mortalità per incidenti stradali
3.30	Mortalità per suicidio
Cap. 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
4.5	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
Cap. 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 ictusMalati cronici di pregresso ictusi cronici di pregresso
5.4	Malati cronici di pregresso ictusMalattie respiratorie e BPCO
5.5	Malati cronici di diabete
5.6	Salute mentale
5.6.1	Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 giorni dalla dimissione
5.6.2	Prevalenza d'uso farmaci antidepressivi
Cap. 6	La salute dei gruppi di popolazione
6.1	Soggetti ricoverati per parto
6.2	Dimissioni ospedaliere per parto cesareo

6.3	Ospedalizzazione per aborto spontaneo
6.4	Dimissioni ospedaliere per Interruzione Volontaria di Gravidanza
6.5	Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita
6.6	Mortalità infantile
6.7	Natimortalità
6.8	Nati vivi di peso alla nascita basso
6.9	Nati vivi di peso alla nascita molto basso
6.10	Nati vivi prematuri
6.11	Anziani assistiti in domiciliare diretta
6.12	Anziani in residenza sanitaria assistenziale permanente
6.13	Dimissioni ospedaliere di cittadini non italiani residenti
Cap. 7	Prevenzione
7.1	Screening oncologici
7.1.1	Screening per i tumori della cervice uterina
7.1.2	Screening per i tumori della mammella
7.1.3	Screening per i tumori del colon-retto
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
Cap. 8	Ospedale, i volumi di attività
8.1	Volumi dell'attività ospedaliera
8.2	Attrazione ospedaliera
Cap. 9	Ospedale, indicatori di esito
Cap. 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 2021-2023)
10.8.2	Riabilitazione post ictus entro 28 giorni (biennio 2021-2023)

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
Cap. 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
Cap. 12	Reti cliniche

Allegato - La pandemia in ASL Nord Ovest ed il problema ICA

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, 22,23, 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, 2021 e 2022 è stato ampliato ed aggiornato e, fino al 2022, viene fornito agli utilizzatori, un link "navigabile" e facilmente fruibile. 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.

Capitolo 1 – Demografia

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

La struttura della popolazione è spesso utilizzata come denominatore per valutare l'offerta dei servizi (numero medio per target). Età e sesso sono, infatti, due determinanti della salute e del ricorso ai servizi della popolazione.

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

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

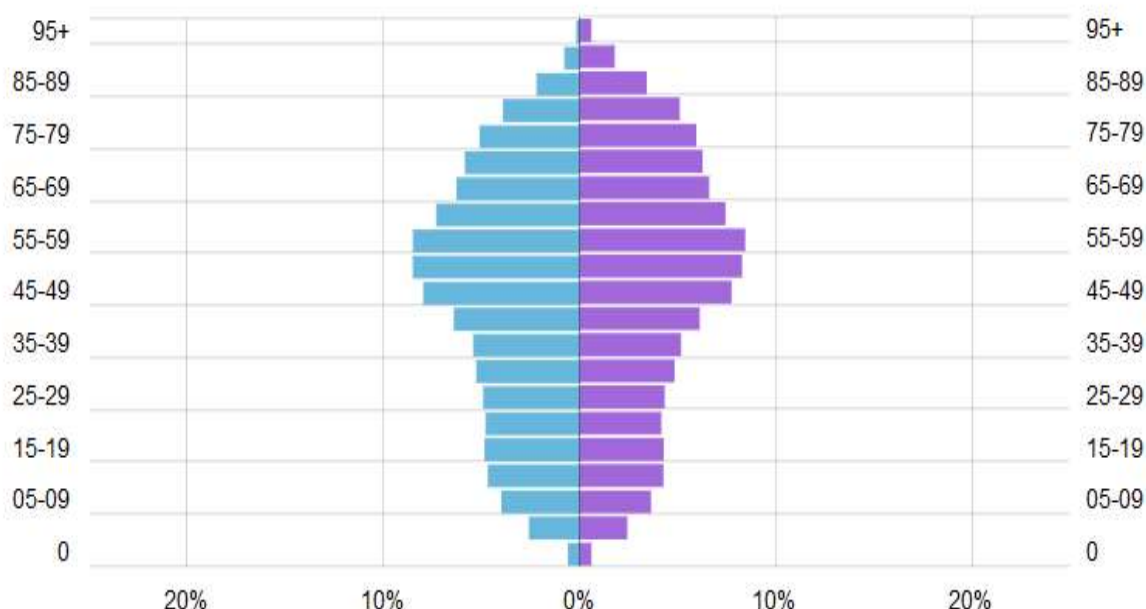
Considerazioni analoghe possono valere per il genere. Uomini e donne, per differenze culturali e legate agli stili di vita, oltre che per differenze biologiche ancora in parte non note, hanno pattern di malattie diversi tra loro.

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.

1.1 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.

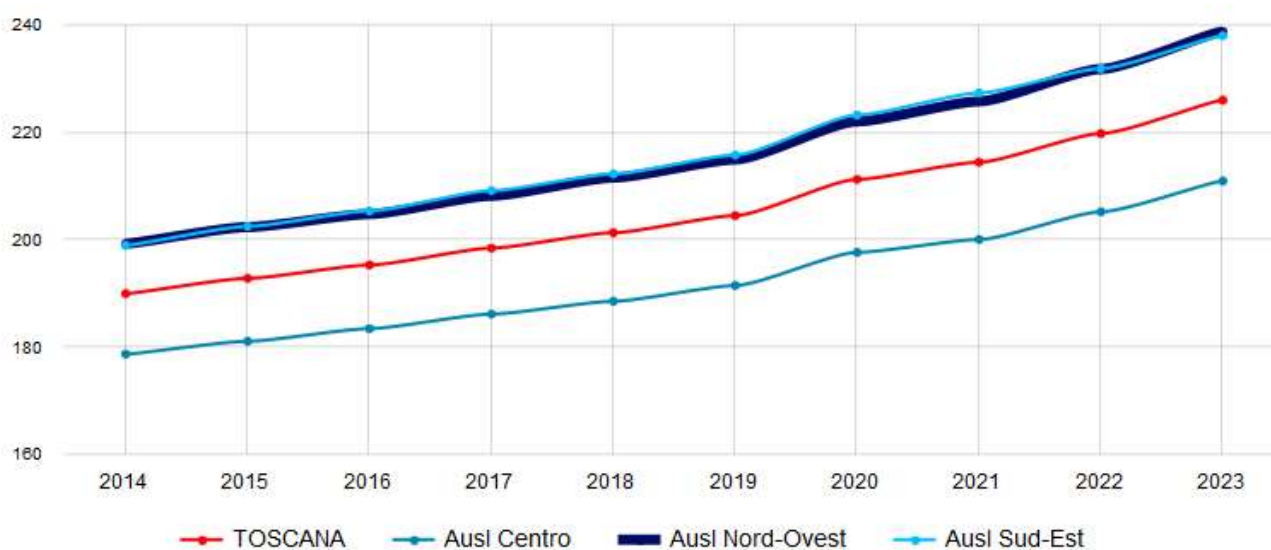
Tende a crescere in misura maggiore se ad un'alta presenza di anziani è associato un basso livello di natalità nel territorio, con una conseguente diminuzione del numero di giovani e una tendenza al calo demografico nel lungo periodo, per la mancanza di un sufficiente ricambio generazionale. Ad esempio 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) - Totale

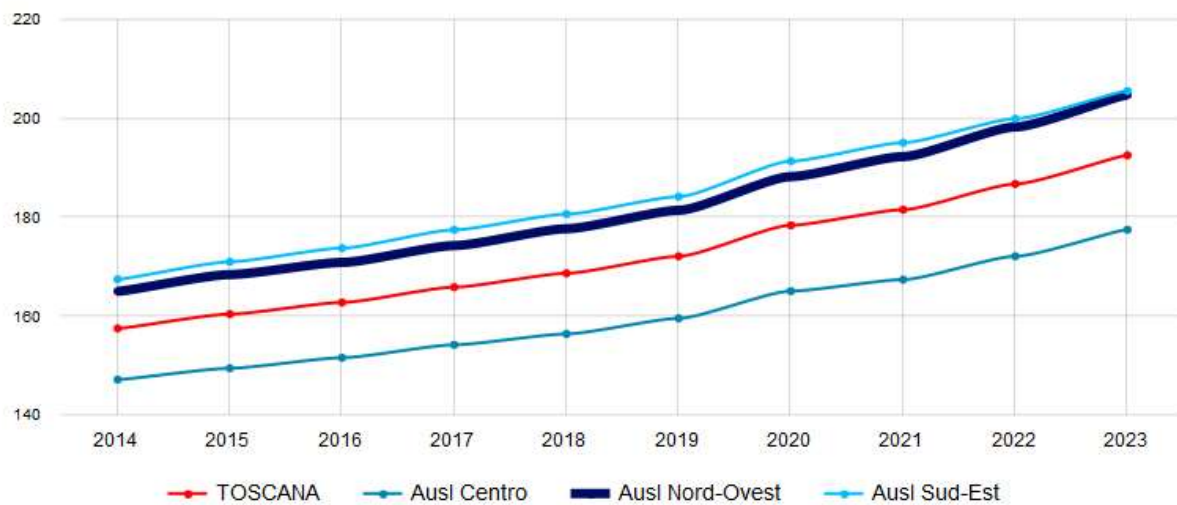
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Indice di vecchiaia

Rapporto (x 100) - Maschi

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Indice di vecchiaia

Rapporto (x 100) - Femmine

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



1.3 Indice di dipendenza anziani

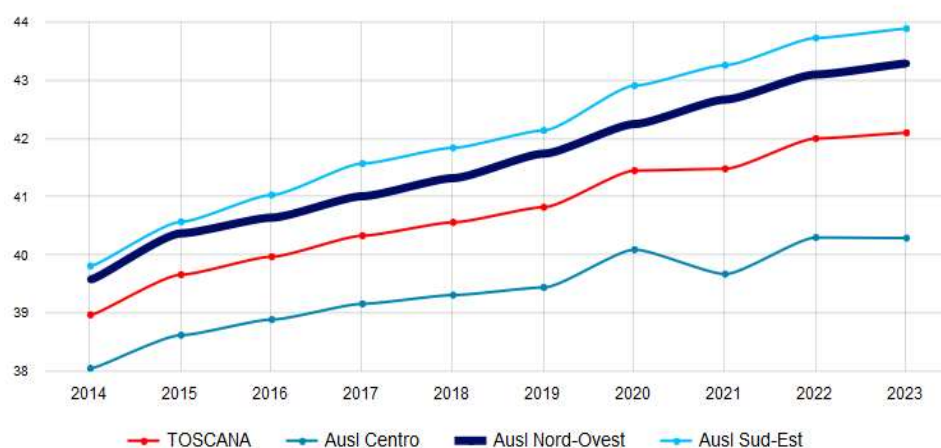
L'indice di dipendenza degli anziani misura quanti ultra64enni ci sono ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni). E' interpretabile come il carico sociale ed economico teorico della popolazione anziana che grava su quella in età attiva: valori elevati segnalano una situazione di squilibrio generazionale.

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

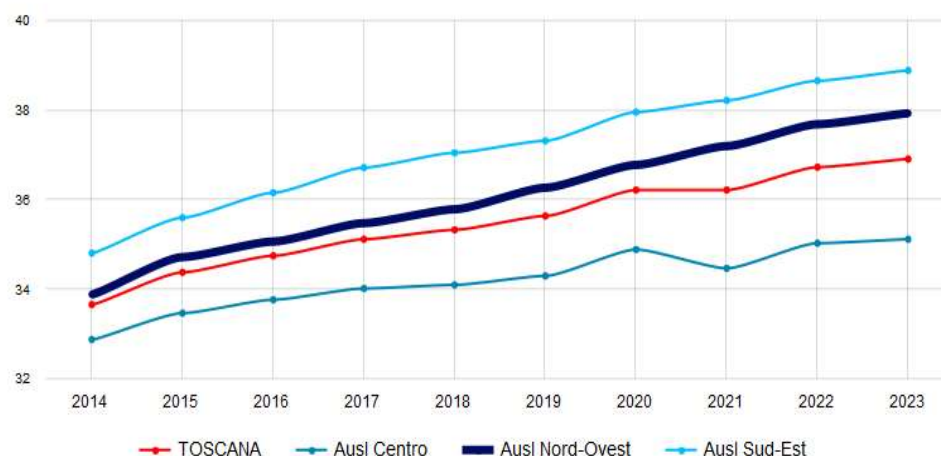
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Indice di dipendenza anziani

Rapporto (x 100) - Maschi

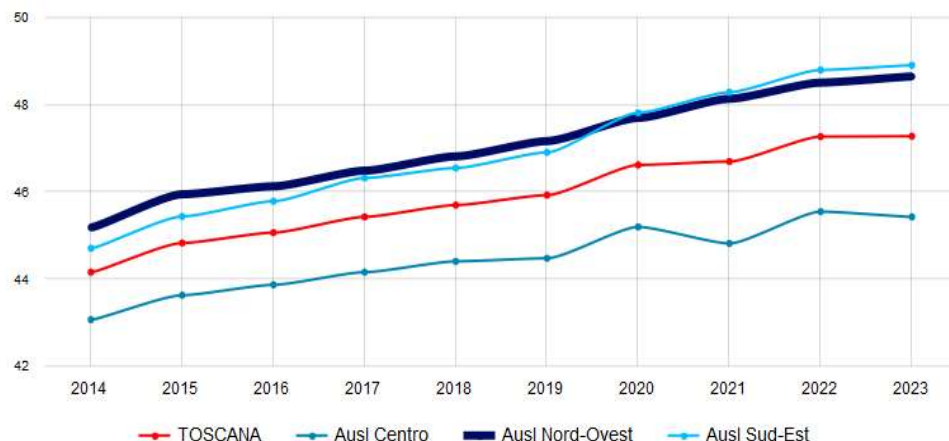
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Indice di dipendenza anziani

Rapporto (x 100) - Femmine

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



1.4 Natalità

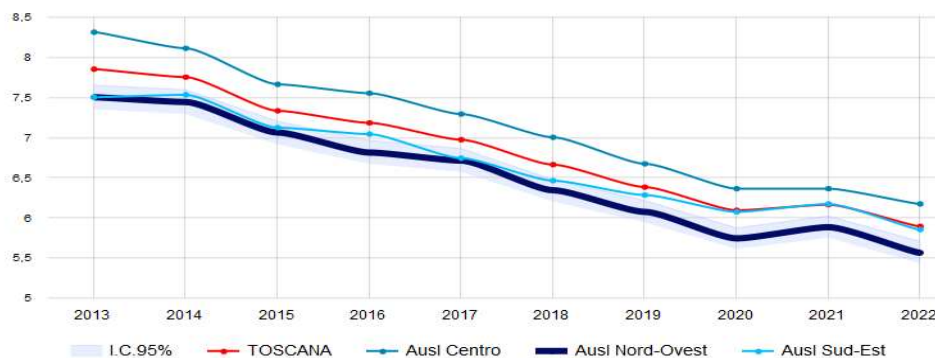
Il tasso di natalità è il rapporto tra il numero delle nascite in una popolazione residente in un determinato territorio in un periodo di tempo e la popolazione media dello stesso periodo e dello stesso territorio. Misura la frequenza delle nascite di una popolazione in un arco di tempo (normalmente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

Dal 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.

Natalità

Tasso grezzo (x 1000) - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



La natalità totale (M+F) in ATNO registra un decremento nel triennio 2021-2022 seguendo la tendenza generale ma attestandosi su valori al di sotto della media di Regione Toscana.

1.5 Nati di cittadinanza non italiana

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

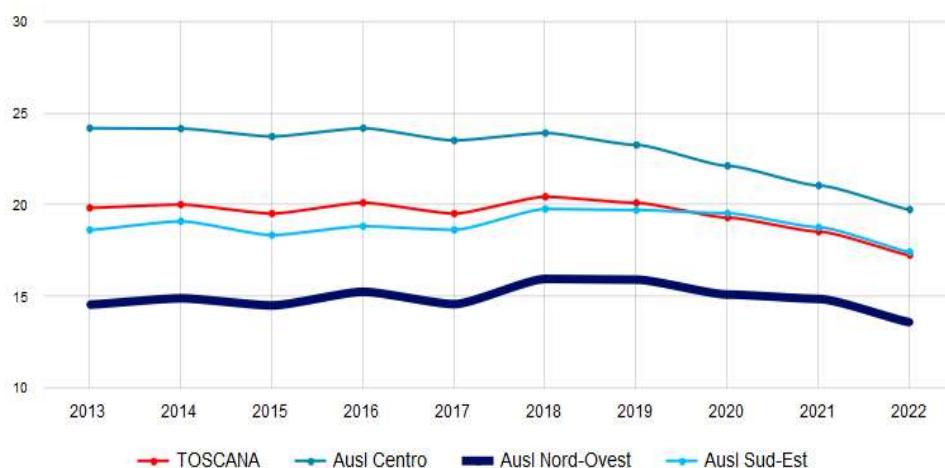
Come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello ius sanguinis, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo toscano, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano.

La contrazione delle nascite, 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.

Nati di cittadinanza non italiana

Rapporto (x 100) - Totale

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



1.6 Quoziente di incremento totale della popolazione

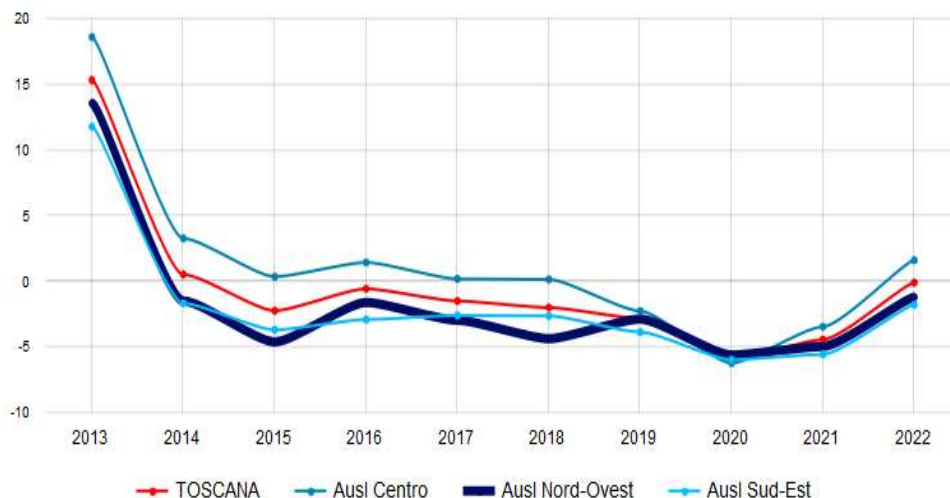
La popolazione è quella fotografata da ISTAT, riferita ai presenti al 1° gennaio di ogni anno. I dati provengono dalla Rilevazione sulla "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile" che ISTAT conduce presso le Anagrafi dei comuni italiani. I dati si riferiscono a tutti i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

Quoziente di incremento totale della popolazione

Saldo - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



1.7 Stranieri nuovi iscritti all'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

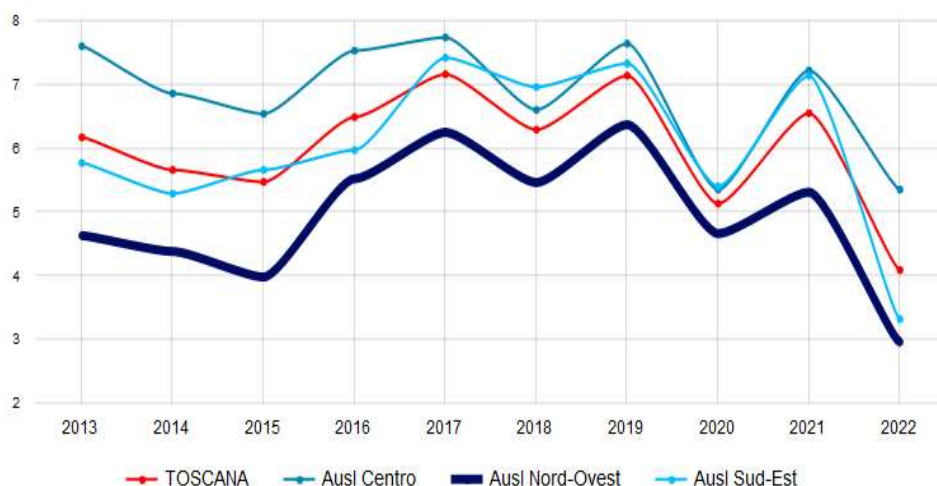
eventuali situazioni di difficoltà (ad es. servizi di accoglienza, integrazione, supporto all'inserimento scolastico e nel mondo del lavoro).

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

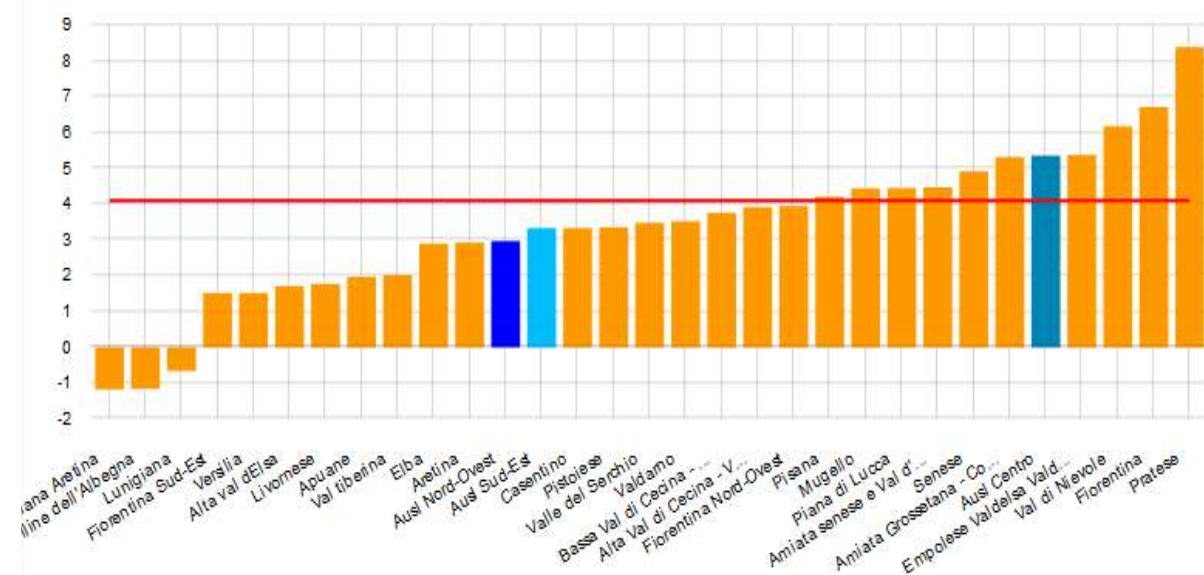
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 31 dicembre, ISTAT Movimento e calcolo della popolazione straniera residente



Stranieri nuovi iscritti alla anagrafe

Rapporto (x 1000) - Anno 2022 - Totale

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



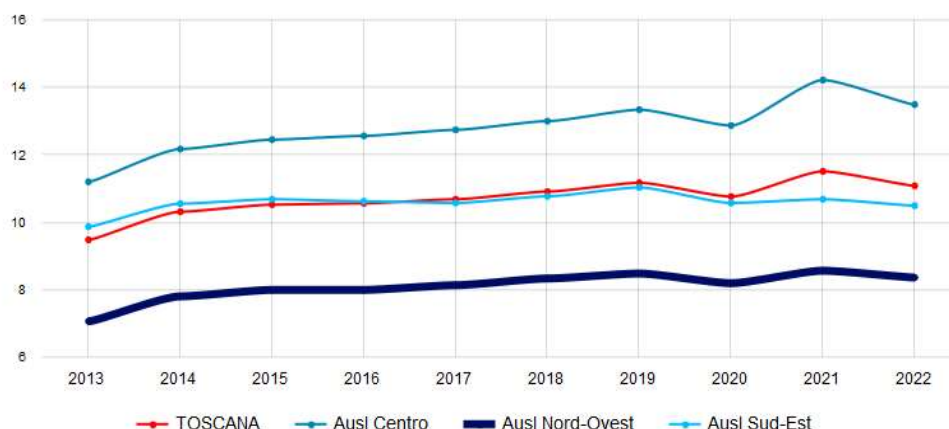
1.8 Proporzione stranieri iscritti all'anagrafe

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. 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.

Proporzione stranieri iscritti alla anagrafe

Rapporto (x 100) - Totale

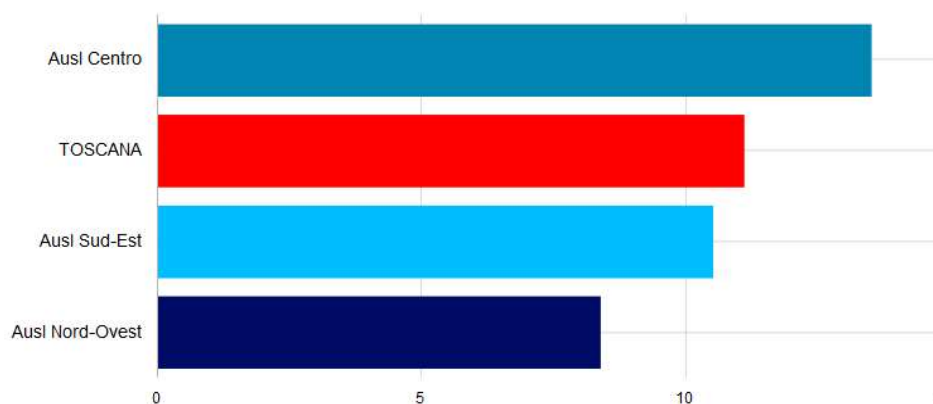
Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



Proporzione stranieri iscritti alla anagrafe

Rapporto (x 100) - Anno 2022 - Totale

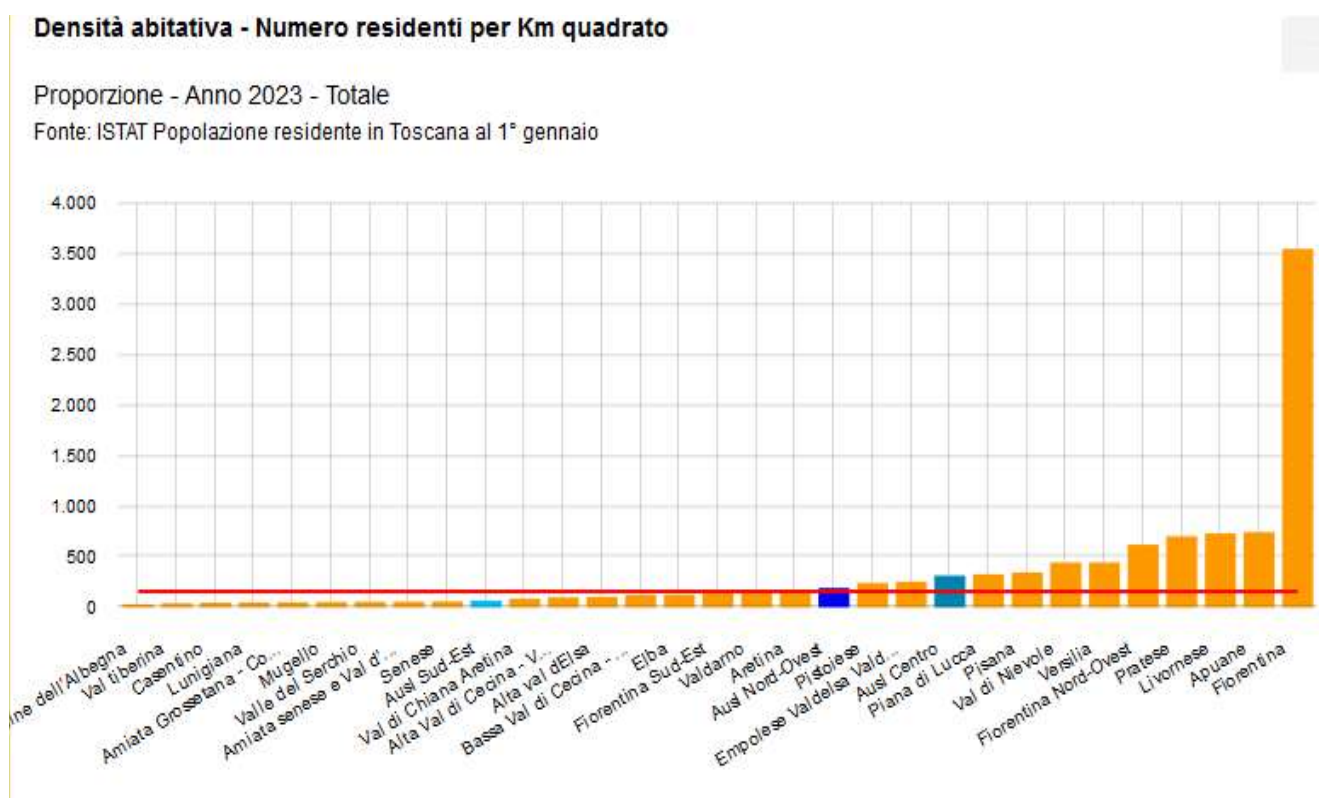
Fonte: ISTAT Popolazione residente - bilancio



1.9 densità abitativa: numero di residenti per Km quadrato

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, diseguaglianze), 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'adequatezza dell'offerta (sedi di presidi, tipologia di prestazioni erogate) rispetto alla domanda attesa.



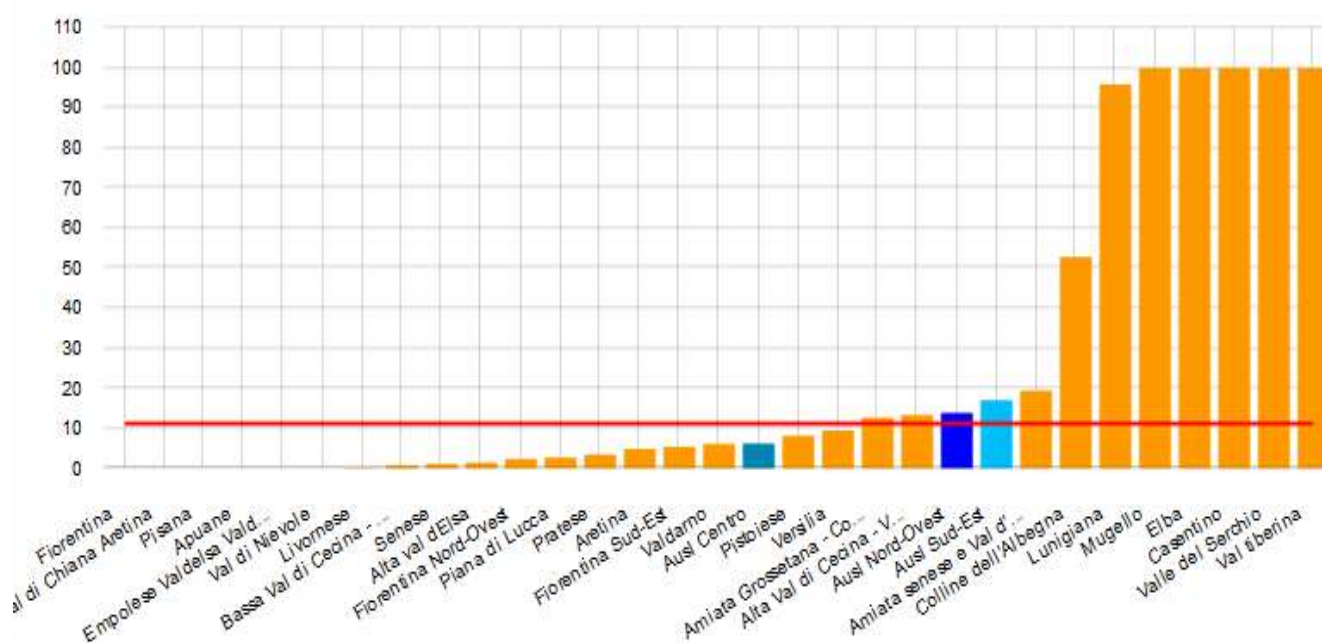
1.10 Popolazione residente nei comuni montani

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.

Popolazione residente in comuni montani

Proporzione (x 100) - Anno 2023 - Totale

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



1.11 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).

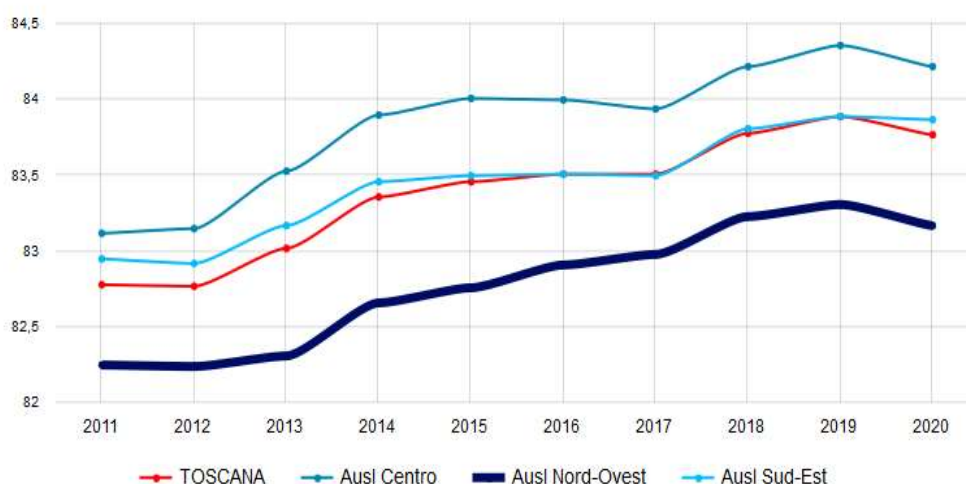
A livelli più bassi corrispondono tassi di mortalità più alti.

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 - Anno 2020 - Totale

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

Residenza	Proporzione
REGIONE TOSCANA	83,77
AUSL CENTRO	84,22
AUSL NORD-OVEST	83,17
AUSL SUD-EST	83,87

1.12 Speranza di vita a 65 anni

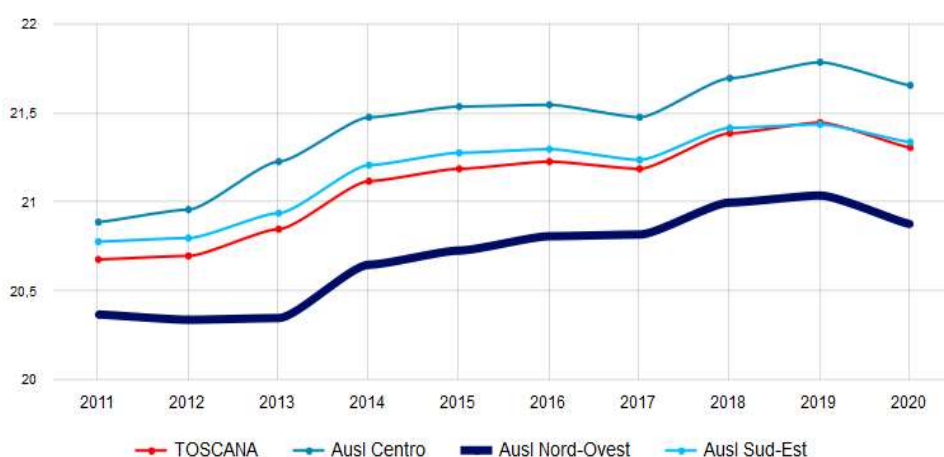
L'indicatore misura il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al compimento dei 65 anni d'età in base ai tassi di mortalità osservati nell'ultimo triennio. Si tratta di uno degli indicatori di salute più utilizzati, perché è riflesso dei livelli di mortalità della popolazione anziana.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

Speranza di vita a 65 anni

Speranza di vita - Totale

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



Speranza di vita a 65 anni

Speranza di vita - Maschi

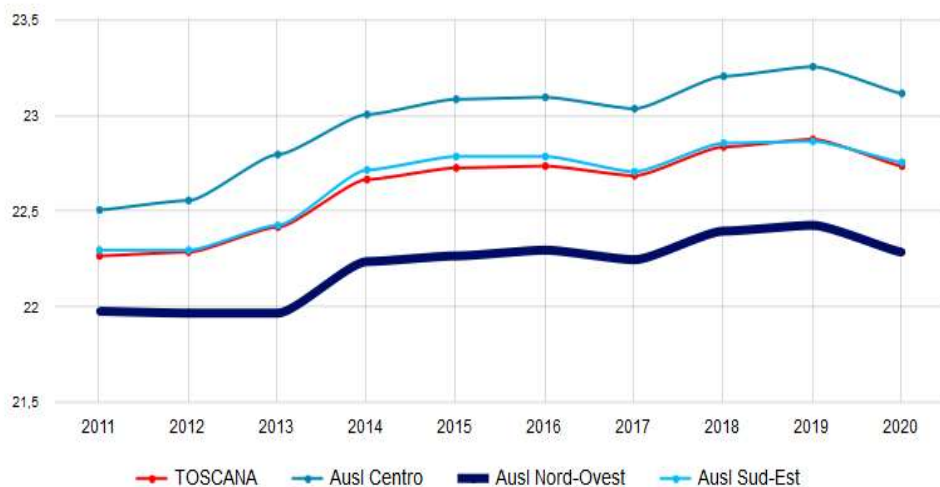
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Speranza di vita a 65 anni

Speranza di vita - Femmine

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



Capitolo 2 – Stili di vita ¹

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

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

2.1 Fumo di sigaretta

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

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

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

Nel nostro paese la diminuzione dei consumi di tabacco ha avuto inizio a partire dagli anni '80, in particolare grazie ad una minor prevalenza di maschi fumatori e alla crescente quota di ex-fumatori. Secondo i dati più recenti in Italia i fumatori (di 15 anni e più) rappresentano circa il 22% della popolazione adulta.

2.2 Consumo di alcol

Secondo quanto stimato dall'OMS 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

¹(NON AGGIORNATO: DATI 2018-2021)

giorni; per le donne = 1 UA in media al giorno, corrispondenti a 30 UA negli ultimi 30 giorni.

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

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

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.

2.3 Sovrappeso ed obesità

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

Sovrappeso e obesità in giovane età (infanzia e adolescenza) possono persistere fino all'età adulta e risultano associati a comorbidità fisiche e psicosociali, nonché a scarsi risultati cognitivi.

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.

2.5 Nutrizione

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

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

Capitolo 3 – Mortalità

3.1 Note tecniche e definizioni utili

La mortalità è, insieme all'ospedalizzazione, uno dei due principali indicatori utilizzati in epidemiologia per valutare l'impatto delle patologie in una popolazione. Si tratta di una misura che spesso, in fase di lettura e interpretazione dei dati, è messa in relazione al livello di sviluppo di una popolazione (o di un Paese). È noto, infatti, che mediamente progresso e sviluppo economico portano vantaggi in termini di salute: migliorano le condizioni igieniche e la qualità delle cure, diminuiscono le morti premature, specialmente quelle dovute a malattie infettive o eventi acuti (ad es. traumatismi, infarto, ictus), e sostengono l'aumento della sopravvivenza media della popolazione.

3.2 Certificati di morte

Contengono informazioni che permettono di misurare in modo più specifico, appropriato ed efficace la distribuzione delle singole malattie. Selezionando in fase di analisi la causa di morte principale (codificata secondo la classificazione internazionale 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.

3.3 Tasso di mortalità

Per una causa specifica, il tasso di mortalità dipende dalla diffusione della malattia nella popolazione, ma, a parità di diffusione, anche dalla letalità che ne caratterizza la prognosi. Non è escluso, infatti, che alcune malattie possano avere un impatto sulla mortalità superiore a quello di altre malattie più diffuse, ma con le quali la persona può convivere a lungo. Nei confronti spaziali (tra territori) e temporali (tra gli anni o i periodi) è raccomandato l'uso delle misure standardizzate per età, al netto cioè di possibili differenze nella struttura per età di due popolazioni o della stessa popolazione nel tempo.

A partire dall'anno di riferimento 2016, per la codifica delle cause di morte l'Istat ha adottato il sistema automatico Iris2 che è lo strumento principalmente utilizzato in Europa e in molti paesi extraeuropei per la codifica automatica e interattiva delle cause di morte (Orsi et al. 2016, Orsi et al. 2019). La prima versione di Iris adottata era basata sulla quinta edizione dell'ICD (WHO 2016). Nel 2019 è stata prodotta l'ultima versione dell'ICD-10 con alcuni cambiamenti nelle linee guida per la selezione della causa iniziale e nella classificazione di alcune condizioni morbose. Inoltre nel corso del 2020/2021 l'Oms ha fornito dei nuovi codici e istruzioni per la codifica dei decessi COVID -19 correlati.

3.4 Qualità dei dati raccolti:

La corretta analisi delle cause di morte non può prescindere dalla qualità dei dati raccolti.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale (SIS) e Socio-Sanitario rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio sanitario regionale (SSR), attraverso la messa a disposizione di informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano la Regione e le Aziende sanitarie nell'esercizio delle proprie funzioni. I dati, organizzati in specifici flussi, sono rilevati, registrati ed inviati dalle Aziende sanitarie e sottoposti a controlli di qualità e completezza definiti e condivisi tra il livello regionale e aziendale.

La Regione Toscana provvede ad organizzare i dati ricevuti in modo da rendere fruibili le informazioni a tutti gli operatori che effettuano elaborazioni a supporto del SSR.

3.5 Flussi informativi sanitari e socio-sanitari

Il flusso specifico dedicato ai dati di mortalità è l'RFC 148, ovvero il modello tecnico in cui sono applicate le regole di compilazione dei tracciati, le specifiche sulla struttura dati, i controlli regionali, il ritorno informativo e i servizi forniti alle aziende, attualmente in vigore nello scambio di dati tra Aziende sanitarie toscane e Regione Toscana.

Oggetto di rilevazione del presente flusso sono infatti tutti i decessi avvenuti in Toscana ed i decessi di residenti in Toscana ovunque avvenuti. In particolare, è tenuta all'invio dei decessi avvenuti in Toscana, l'Azienda Usl in cui è avvenuto il decesso, mentre per i decessi al di fuori del territorio regionale, l'Azienda Usl di residenza a cui è stato notificato il decesso dall'Azienda Usl di evento o luogo estero di decesso.

3.6 Gestione schede di morte ISTAT

Come espressamente indicato dal DPR 285/90, la scheda di morte - deliberata dal Ministero della Sanità d'intesa con l'Istat - ha finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche.

La corretta gestione delle informazioni relative alla scheda di morte costituisce un elemento portante per il monitoraggio della mortalità e fornisce un importante contributo alla corretta gestione della popolazione degli assistibili.

I dati di Mortalità quindi, a partire dalla scheda ISTAT, subiscono un processamento che, partendo dal loro trasferimento in un sistema informatizzato, che si realizza in uffici a questo dedicati, arriva alla produzione dei grafici e delle tabelle richiamate anche in questa R.S.

Tutte le schede ISTAT, infatti, vengono inviate dai Comuni agli uffici del **Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM)** ospitati presso gli Ipn (Igiene pubblica e nutrizione) distribuiti sul territorio. I ReNCaM dell'ATNO sono dodici e raccolgono le schede ISTAT provenienti da centouno Comuni.

3.7 ReNCaM

Il **Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM)** è un rilevante strumento informativo basato sulla registrazione sistematica della mortalità per causa della popolazione residente, che consente di avere a disposizione sia informazioni di carattere anagrafico (data di nascita e di decesso, residenza) che notizie relative alla distribuzione spaziale e/o temporale di eventuali fattori di rischio. La fonte dei dati di mortalità è la scheda di morte ISTAT (Mod. D4), che raccoglie i dati anagrafici del deceduto, i dati clinici relativi agli eventi ed ai processi che hanno causato l'evento morte. La scheda ISTAT ha esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche. La certificazione della causa di morte è regolata da norme che ne sanciscono il contenuto; infatti l'obbligatorietà e la regolarità del flusso contribuiscono a dare certezza e valenza giuridica all'informazione legata al dato di mortalità. Il coordinamento dei ReNCaM è affidato all'unità di Epidemiologia che, in qualità di referente per il registro di mortalità (RMR), si occupa del controllo e monitoraggio del lavoro e fornisce supporto agli operatori coinvolti nel processo, oltre che farsi tramite tra i ReNCaM stessi e ISPRO (Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica) il quale, con cadenza semestrale, restituisce i dati di mortalità incrociati con quelli ricevuti direttamente da ISTAT garantendo, in questo modo, un'ulteriore occasione di verifica della qualità e dell'appropriatezza.

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

Dopo avere esaminato i tre diversi applicativi distribuiti nei diversi territori, eredità della precedente suddivisione delle aree in aziende ospedaliere separate, sono stati affrontati e corretti tutti gli "errori" operatori dipendenti, sottoponendo il personale, spesso neo-assunto o neo-trasferito, ad una formazione sul campo uniformata rispetto al mandato aziendale e agli obiettivi ad esso connessi.

Sono stati messi in evidenza i "bias" correlati agli applicativi in uso, in gran parte obsoleti, e è stata sviluppata un'intensa collaborazione con gli Ingegneri di ESTAR, fornendo loro un elenco di tutti i desiderata necessari per la creazione di un nuovo applicativo che, superando le criticità presenti in quelli attualmente in uso, riesca a rendere il lavoro più agile ed efficiente, con una ricaduta positiva sulla qualità, completezza e appropriatezza dei dati immessi nel flusso RFC 148.

Ad oggi, il nuovo applicativo è pronto e a breve verrà presentato un programma formativo dedicato a tutti gli operatori dei ReNCaM.

3.8 Prime 10 cause di mortalità

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

Numeratore: Residenti toscani deceduti per singola causa (grande gruppo di diagnosi Icd9cm) nel periodo di riferimento

Denominatore: Residenti toscani deceduti per tutte le cause nel periodo di riferimento

Misure disponibili: Numero, Rapporto (x 100)

Livello geografico: Toscana, AUSL, ex-AUSL, Zona socio-sanitaria

Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Note

La causa di morte viene attribuita dalla diagnosi nella scheda di morte (ICDVIII-X).

La residenza viene attribuita sulla base del comune di residenza indicato nella scheda di morte.

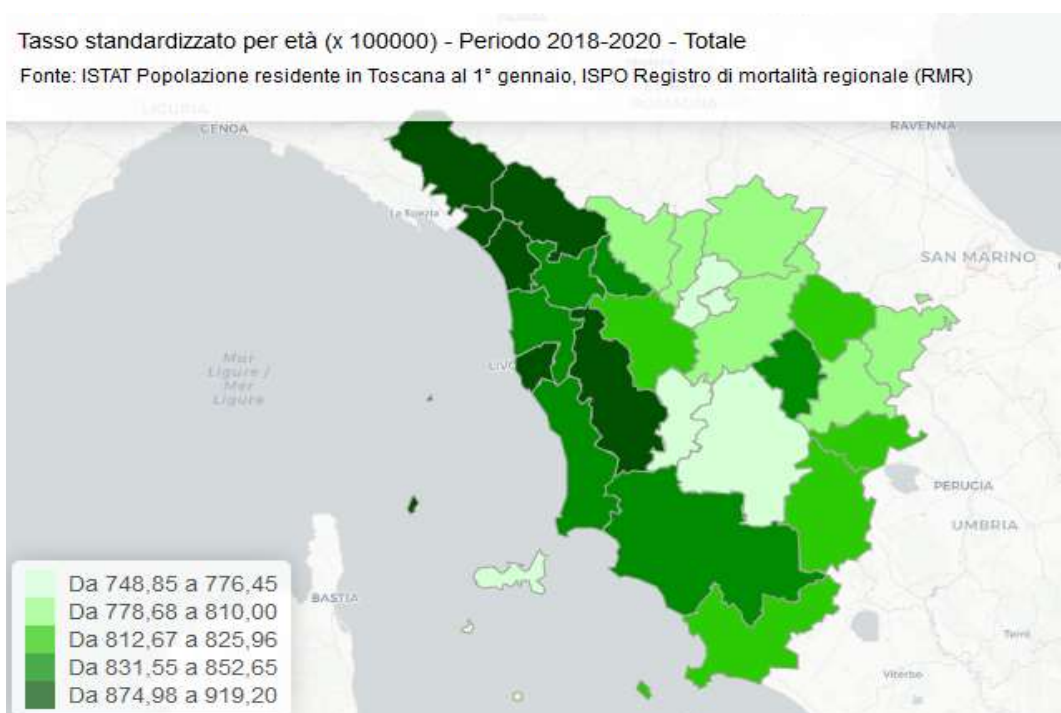
Rapporto (x 100) - Periodo 2018-2020 -

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

MASCHI		
Residenza	Causa	Proporzione
REGIONE TOSCANA	Disturbi psichici	2,49
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema nervoso	4,77
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato respiratorio	8,78
REGIONE TOSCANA	Malattie infettive e parassitarie	2,25
REGIONE TOSCANA	Traumatismi e avvelenamenti	4,40
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema circolatorio	29,56
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato digerente	3,42
REGIONE TOSCANA	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3,89
REGIONE TOSCANA	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,70
REGIONE TOSCANA	Tumori	31,60
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	2,39
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	4,50
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato respiratorio	8,22
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	2,55
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avvelenamenti	4,20
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	29,94
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato digerente	3,71
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3,82
AUSL NORD-OVEST	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,93
AUSL NORD-OVEST	Tumori	31,55
FEMMINE		
REGIONE TOSCANA	Malattie infettive e parassitarie	2,55
REGIONE TOSCANA	Traumatismi e avvelenamenti	3,10
REGIONE TOSCANA	Disturbi psichici	4,49
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema nervoso	5,79
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato respiratorio	7,39
REGIONE TOSCANA	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,11
REGIONE TOSCANA	Tumori	23,08
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema circolatorio	34,58
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato digerente	3,46
REGIONE TOSCANA	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,38
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	4,46
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	5,71
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato respiratorio	6,49
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	2,95
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avvelenamenti	2,84
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	35,30
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato digerente	3,58
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,50
AUSL NORD-OVEST	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,47
totale		
REGIONE TOSCANA	Disturbi psichici	3,54
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema nervoso	5,31
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato respiratorio	8,04

REGIONE TOSCANA	Malattie infettive e parassitarie	2,41
REGIONE TOSCANA	Traumatismi e avvelenamenti	3,71
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema circolatorio	32,22
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato digerente	3,44
REGIONE TOSCANA	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,15
REGIONE TOSCANA	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3,98
REGIONE TOSCANA	Tumori	27,09
AUSL NORD-OVEST	Disturbi psichici	3,49
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema nervoso	5,14
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato respiratorio	7,30
AUSL NORD-OVEST	Malattie infettive e parassitarie	2,76
AUSL NORD-OVEST	Traumatismi e avvelenamenti	3,48
AUSL NORD-OVEST	Malattie del sistema circolatorio	32,78
AUSL NORD-OVEST	Malattie dell'apparato digerente	3,64
AUSL NORD-OVEST	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4,18
AUSL NORD-OVEST	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4,28
AUSL NORD-OVEST	Tumori	27,09

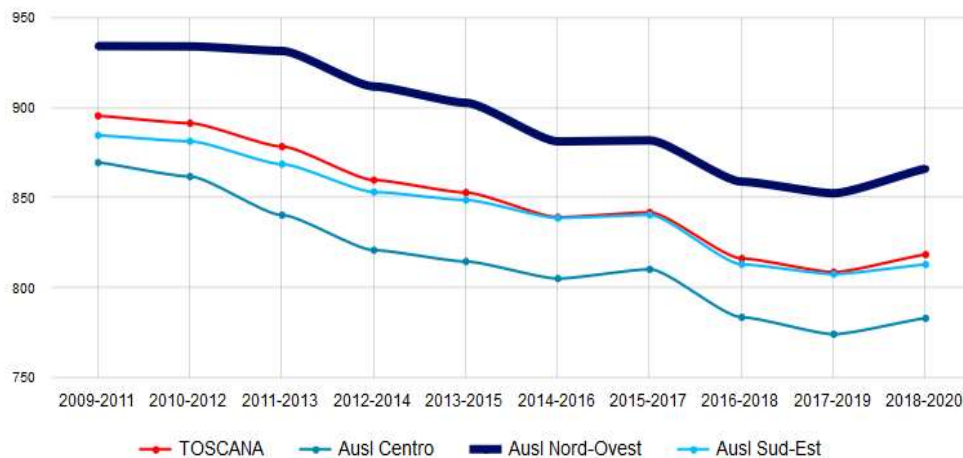
3.9 Mortalità per tutte le cause



Mortalità per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

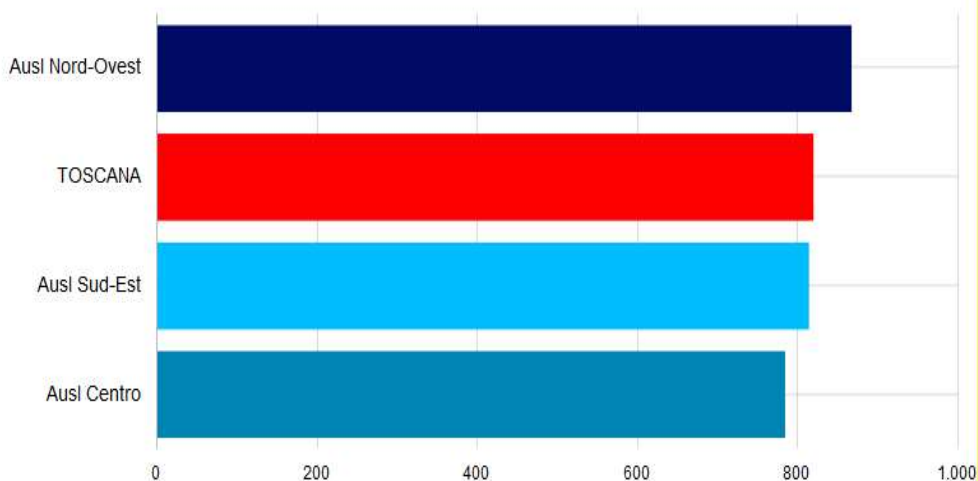
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2018-2020 - Totale

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



Gli istogrammi rappresentano in modo forse più suggestivo quanto già espresso dal grafico precedente. Nella tabella sottostante si osserva che il tasso standardizzato relativo alla ATNO supera sia il valore di quelli relativi alle altre Aziende sia quello di Regione Toscana.

Residenza	Decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	134.773	1.207,73	818,71	814,25	823,16
AUSL CENTRO	55.353	1.137,13	783,31	776,65	789,97
AUSL NORD-OVEST	48.217	1.268,13	866,35	858,50	874,21
AUSL SUD-EST	31.203	1.253,56	813,18	803,94	822,42

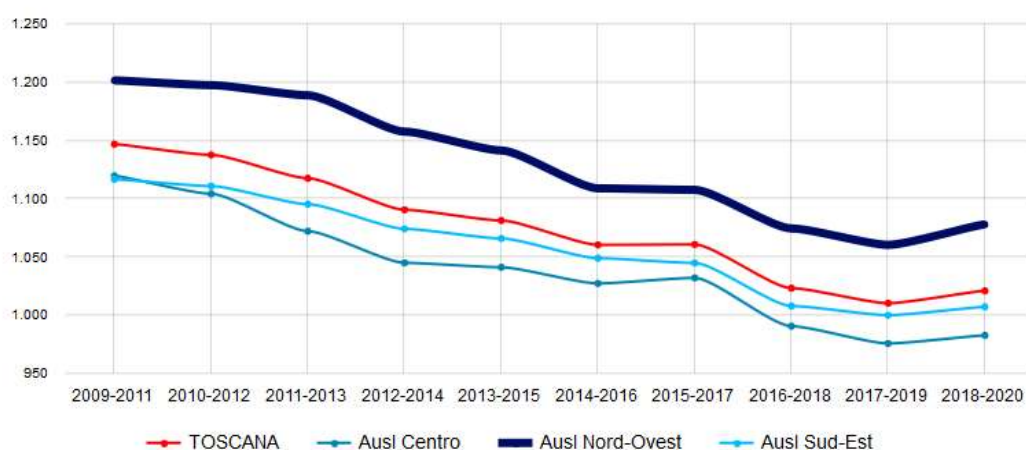
I grafici

relativi alla mortalità per tutte le cause riferiti ai due sessi sono sovrapponibili a quello che esprime la rappresentazione dei decessi totali (M+F)

Mortalità per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

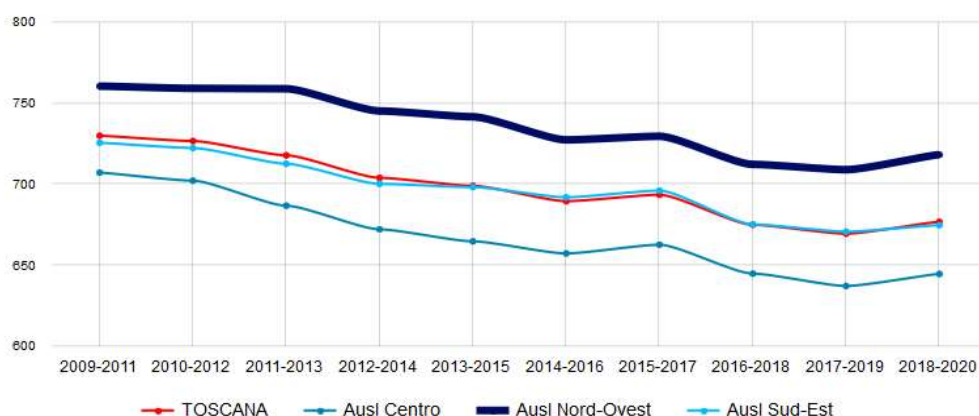
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per tutte le cause

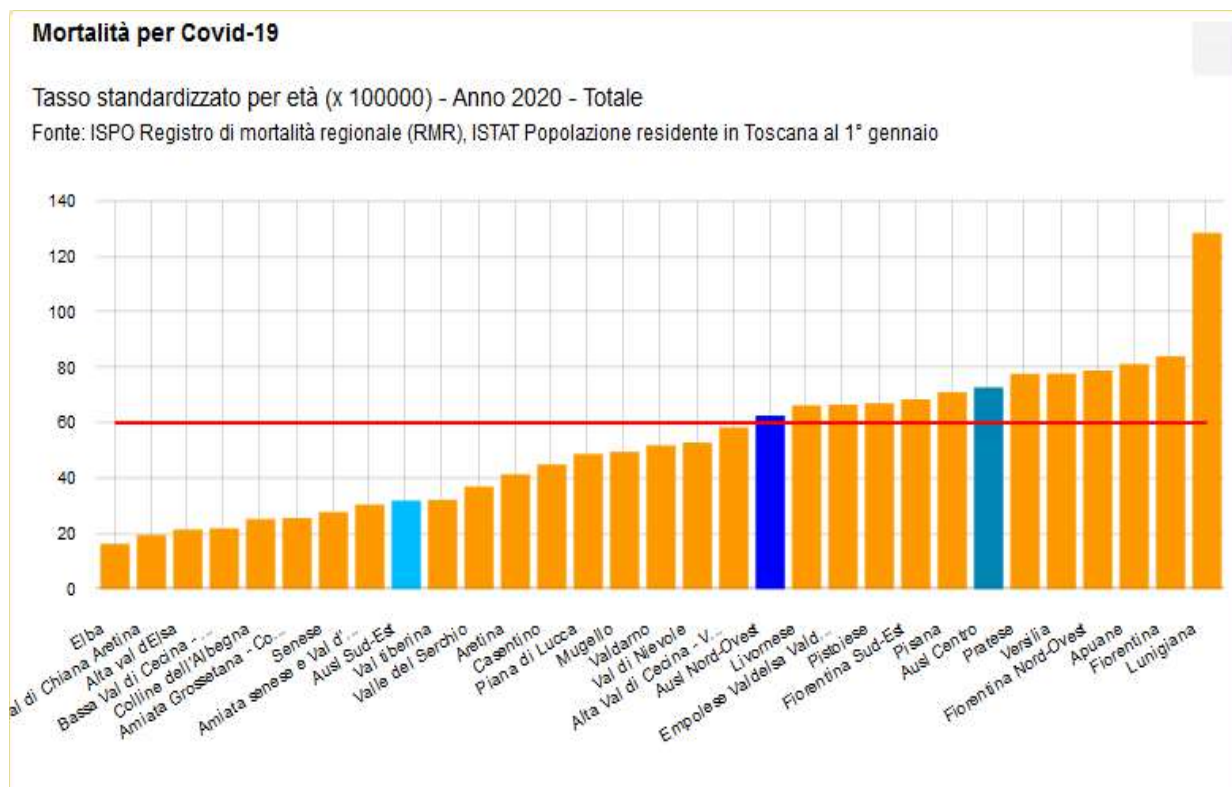
Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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

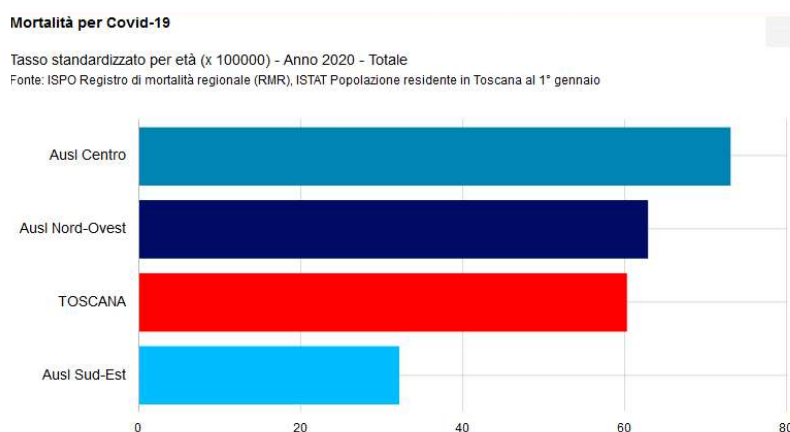


3.10 Mortalità per Covid

Il grafico mostra nel dettaglio il tasso standardizzato relativo ai decessi correlati al Covid 19. Per quanto la Atno si attesti su valori inferiori a quelli corrispondenti alla Ausl Centro, l'istogramma relativo alla Lunigiana ed alla zona delle Apuane dimostra il peso importante della pandemia nella mortalità del territorio corrispondente alla ex Ausl 1.



Di seguito si osserva che la barra corrispondente ad ATNO presenta un valore di T.S. inferiore a quello della AUSL Centro ma al di sopra della media di Regione Toscana.



La tabella sottostante esprime quanto già visto nei grafici, mettendo a confronto i coefficienti numerici corrispondenti al numero dei decessi e dei tassi grezzo e standardizzato.

Mortalità per Covid-19

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Anno 2020 - 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	3.361	91,02	60,22	58,15	62,30
AUSL CENTRO	1.769	109,82	73,02	69,55	76,49
AUSL NORD-OVEST	1.167	92,79	62,82	59,16	66,49
AUSL SUD-EST	425	51,58	32,11	28,99	35,23

3.11 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.

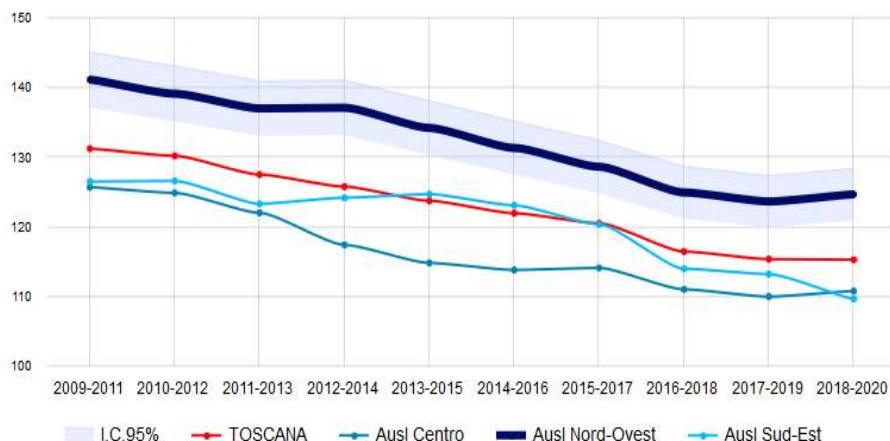
Decisamente minore su queste morti, invece, l'impatto delle malattie croniche, che mediamente colpiscono la popolazione in età più avanzata.

Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR) - Numeratore: Residenti toscani d'età <65 deceduti per tutte le cause nel periodo di riferimento - Denominatore: Popolazione residente toscana nel periodo di riferimento - Misure disponibili: I.C. 95%, Numero, Tasso grezzo (x 100000), Tasso standardizzato per età (x 100000) - Popolazione standard: EUROPA 2013 - Livello geografico: Toscana, Comune, AUSL, ex-AUSL, Zona socio-sanitaria - Ultimo aggiornamento del criterio di calcolo: 2019

Mortalità prematura

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

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

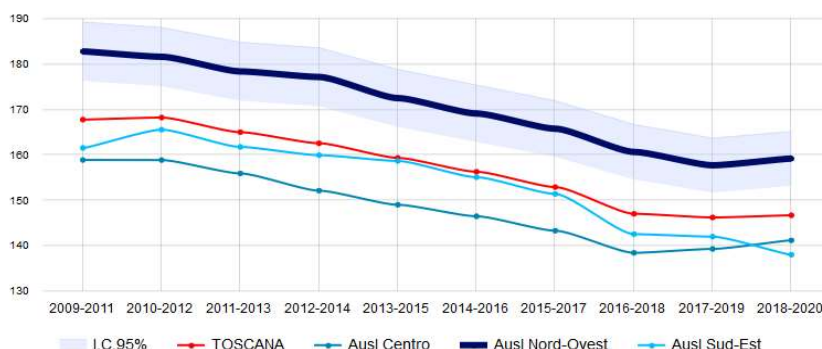


Si registra un lieve incremento della mortalità prematura totale (M+F) nella ATNO e nella AUSL Centro. La media di Regione Toscana resta pressoché invariata rispetto all'intervallo temporale

precedente. L'incremento è attribuibile prevalentemente ad un maggior valore del tasso standardizzato relativo ai soli maschi, mentre per il sesso femminile l'aumento che pur esiste è di misura inferiore.

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

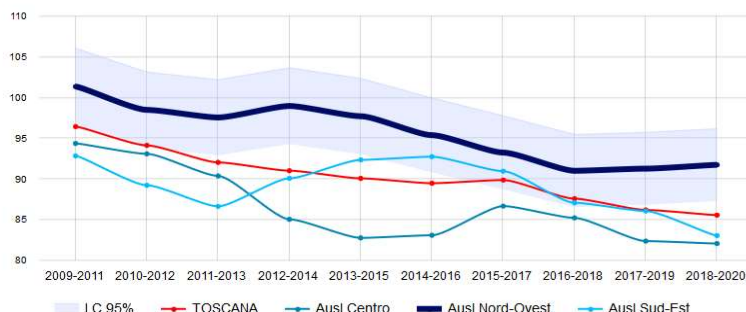
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità prematura

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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

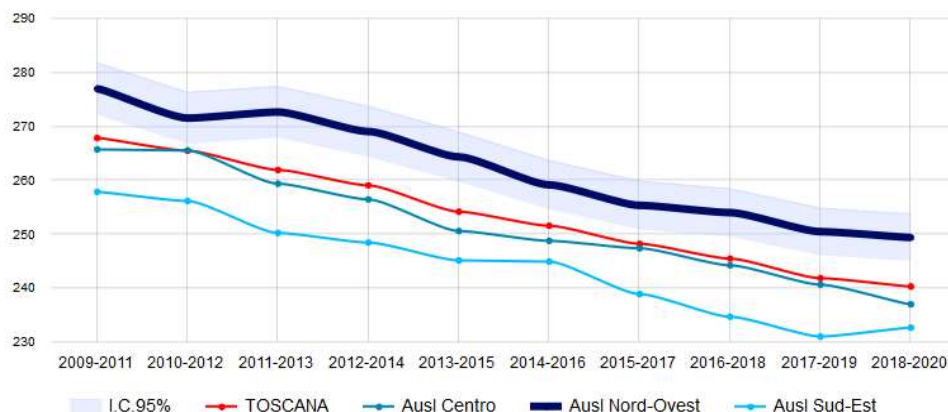


3.12 Mortalità per tumori

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)



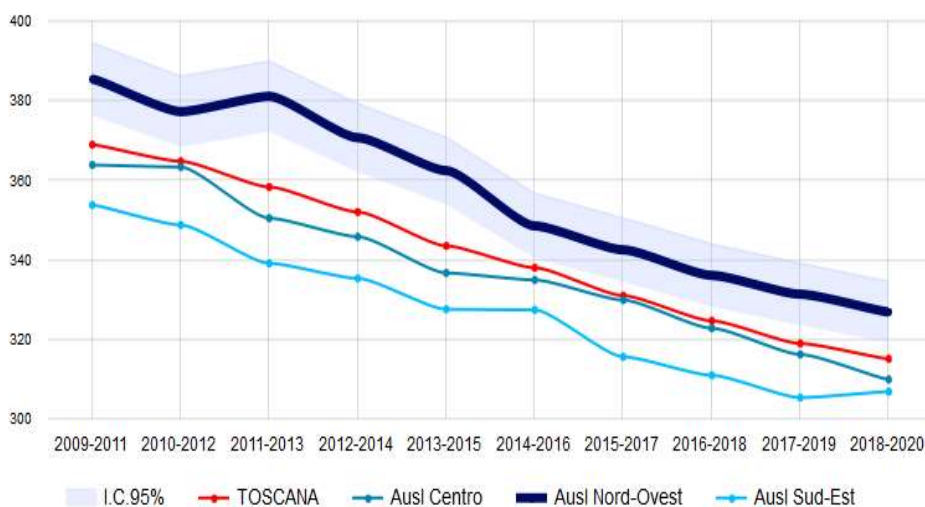
Nell'ultimo triennio, il tasso standardizzato relativo alla ATNO per la mortalità per tutti i tumori mostra un decremento sovrapponibile a quello della media della Regione Toscana, attestandosi, come negli anni precedenti, su valori superiori rispetto a quelli delle altre due Aziende e della media regionale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

Il grafico relativo al solo sesso maschile mostra una diminuzione dei valori del tasso standardizzato per questo parametro riferito ad ATNO.

Mortalità per tumori

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

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

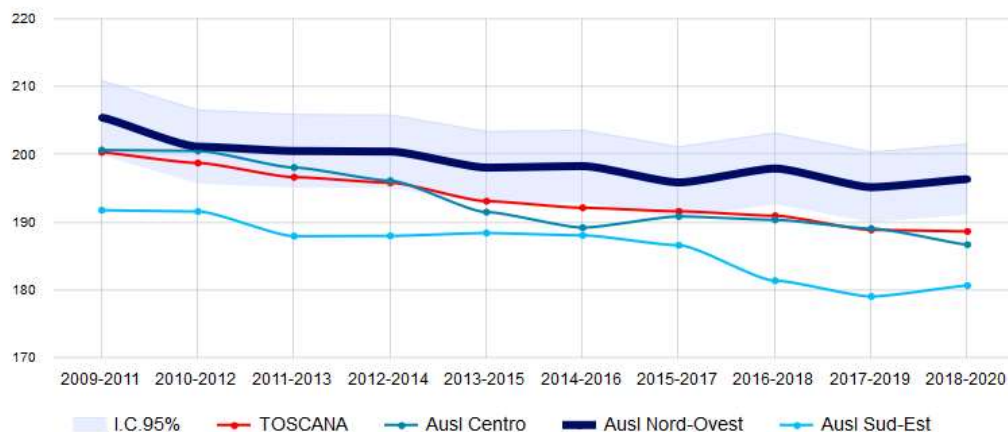


L'indicatore, riferito al solo sesso femminile, vede un aumento del valore del tasso standardizzato nella ATNO nell'ultimo triennio preso in considerazione.

Mortalità per tumori

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



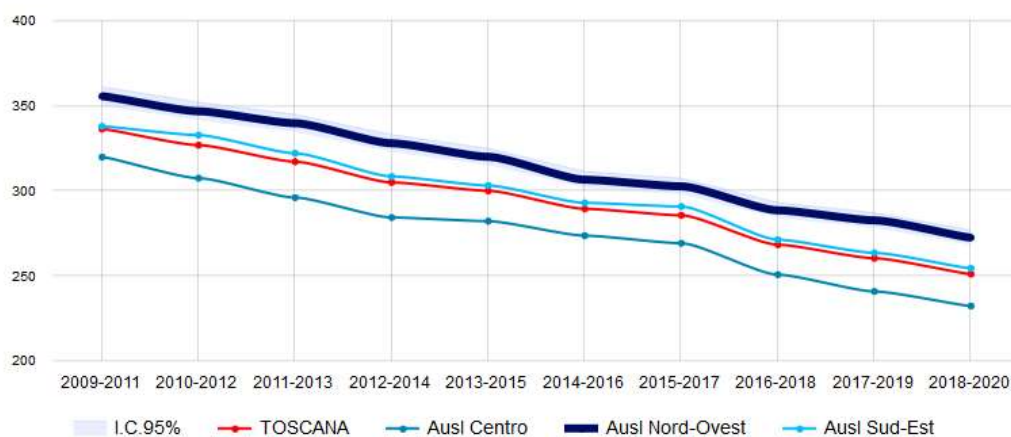
3.13 Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Il grafico di ATNO riferito al totale dei decessi (M+F), pur attestandosi su valori superiori rispetto a quelli delle due altre aziende toscane e della media regionale, segue l'andamento discendente generale anche nell'ultimo triennio esaminato. Stessa osservazione è valida per i grafici relativo ai due sessi.

Mortalità per malattie del sistema circolatorio

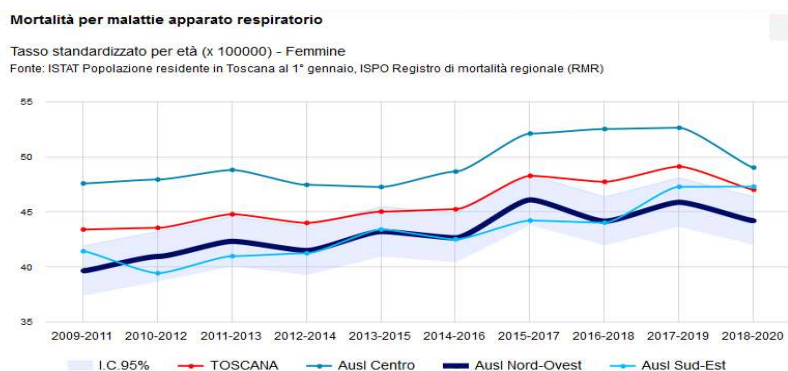
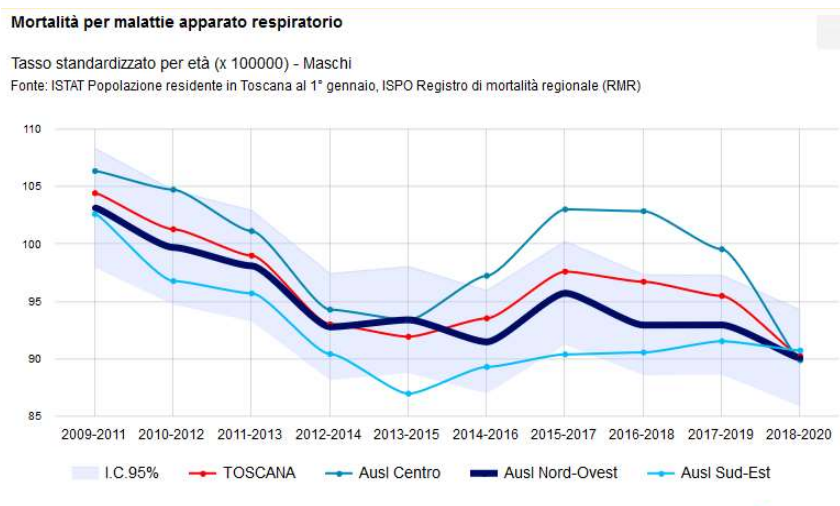
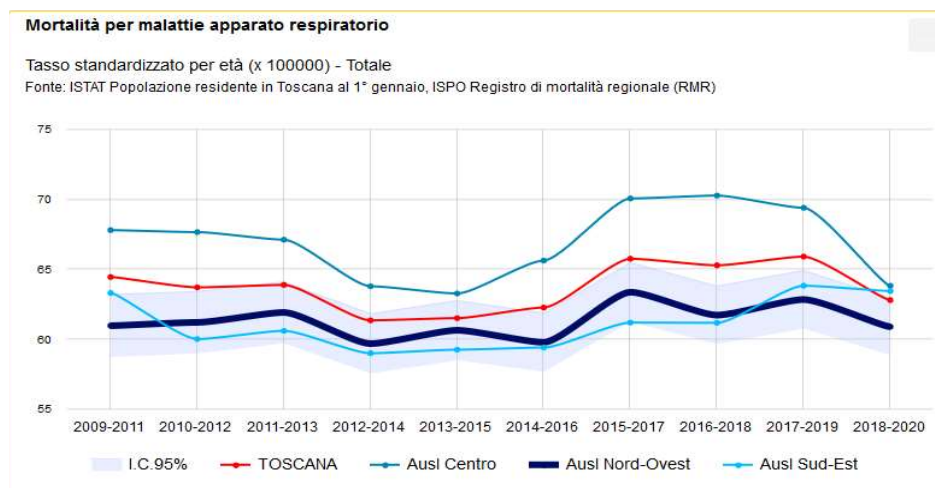
Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

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



3.14 Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio

Nel grafico che esprime il totale dei decessi (M+F) nell'ambito della ATNO, si osserva un'evidente diminuzione del valore del tasso standardizzato per questo indicatore. Analogo atteggiamento si evidenzia nei grafici distinti per sesso. In tutte le rappresentazioni relative a questa causa di morte, il grafico corrispondente ad ATNO si attesta su valori del tasso standardizzato inferiori rispetto a quelli delle altre due Aziende e alla media regionale.



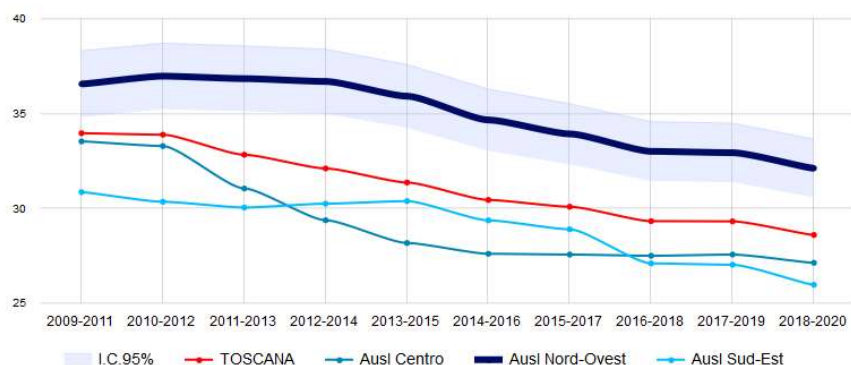
3.15 Mortalità per malattie dell'apparato digerente

Come già nei grafici precedenti, anche in questo relativo al triennio 2018-2020, ATNO si attesta su valori superiori rispetto alle altre due aziende ed alla media regionale per il totale dei decessi (M+F) correlati a questa causa. Si rileva, tuttavia, un decremento proprio in questo ultimo triennio esaminato. Il decremento risulta più evidente per il sesso maschile, mentre il grafico relativo al solo sesso femminile mostra un aumento del valore riferito a questa causa di morte.

Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

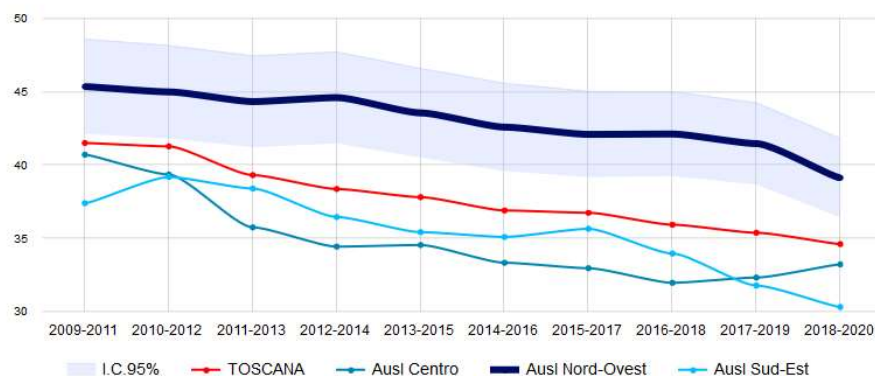
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

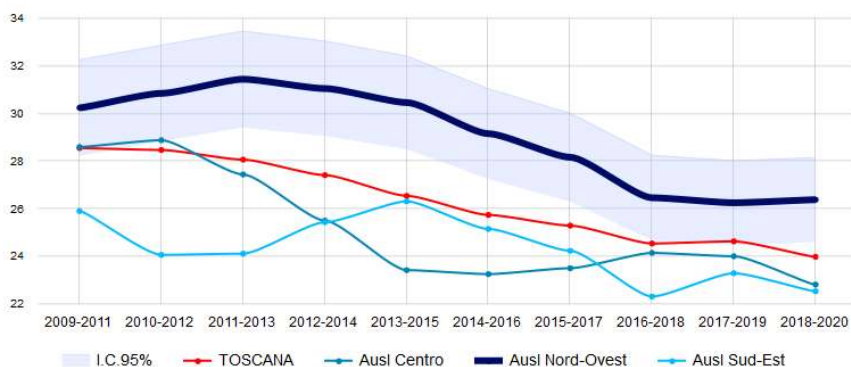
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

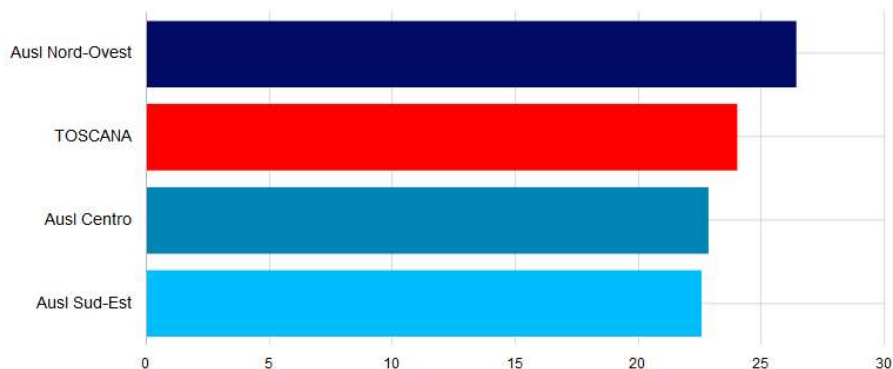
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2018-2020 - Femmine

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



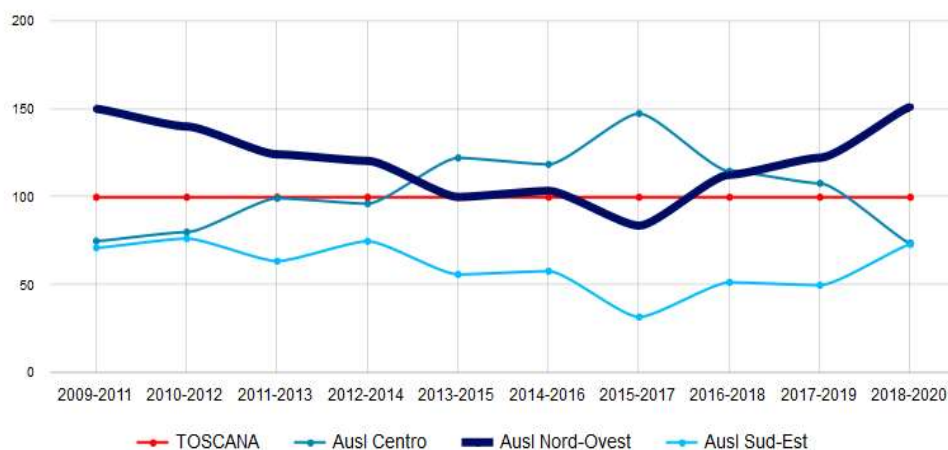
3.16 Mortalità per overdose

In ATNO, la mortalità da questa causa ha visto aumentare l'incremento del suo valore espresso in termini di tasso standardizzato nel triennio 2018-2020, accentuando la tendenza iniziata nel 2016, quando il grafico relativo al totale dei decessi (M+F) ha superato la media di Regione Toscana attestandosi al di sopra dei valori espressi dai grafici delle altre due aziende.

Mortalità per overdose

SMR (x 100) - Totale

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

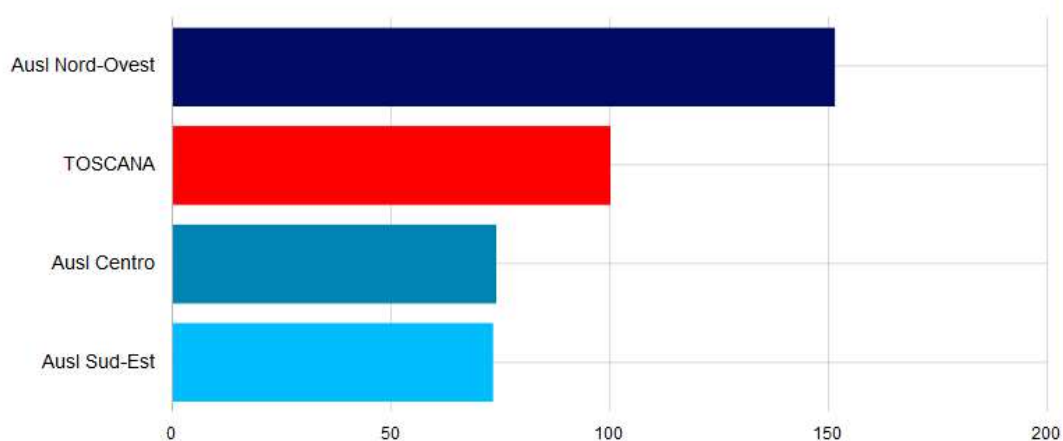


La rappresentazione qui di seguito esprime con più evidenza l'andamento di questo indicatore.

Mortalità per overdose

SMR (x 100) - Periodo 2018-2020 - Totale

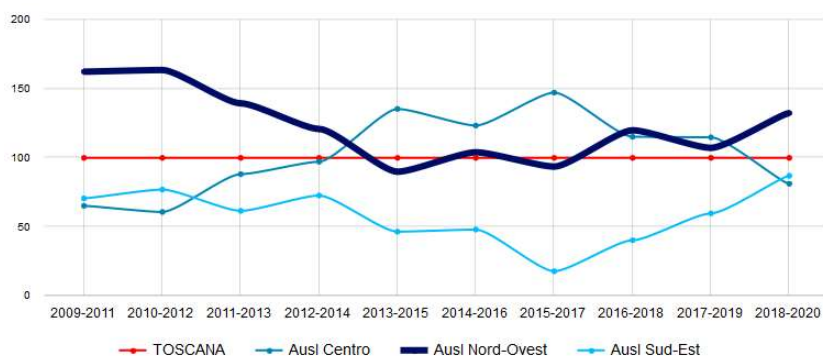
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per overdose

SMR (x 100) - Maschi

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

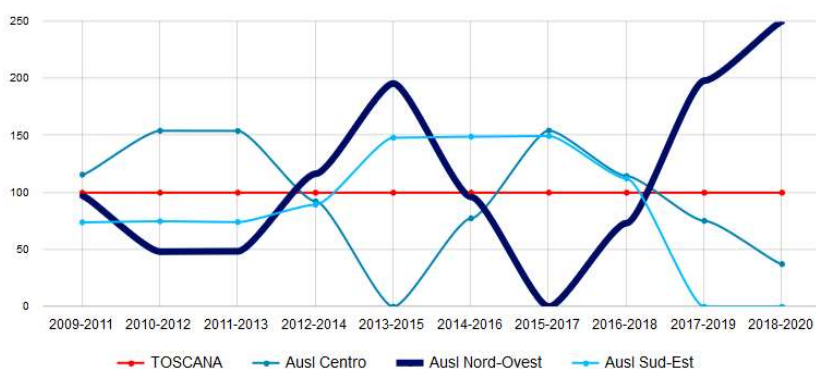


L'incremento del valore che esprime il tasso standardizzato per questa causa di morte si evidenzia nel grafico relativo ai due sessi ed è particolarmente evidente in quello per il solo sesso femminile.

Mortalità per overdose

SMR (x 100) - Femmine

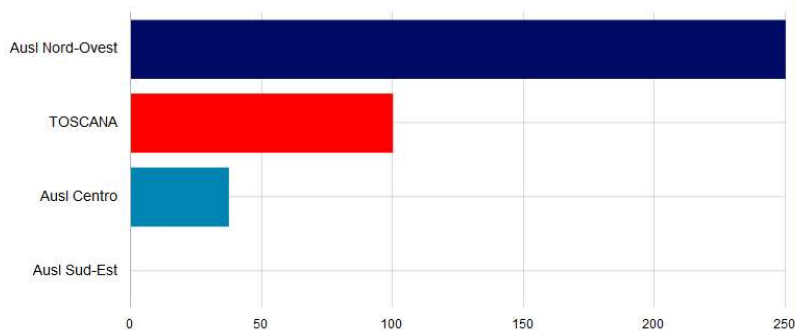
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per overdose

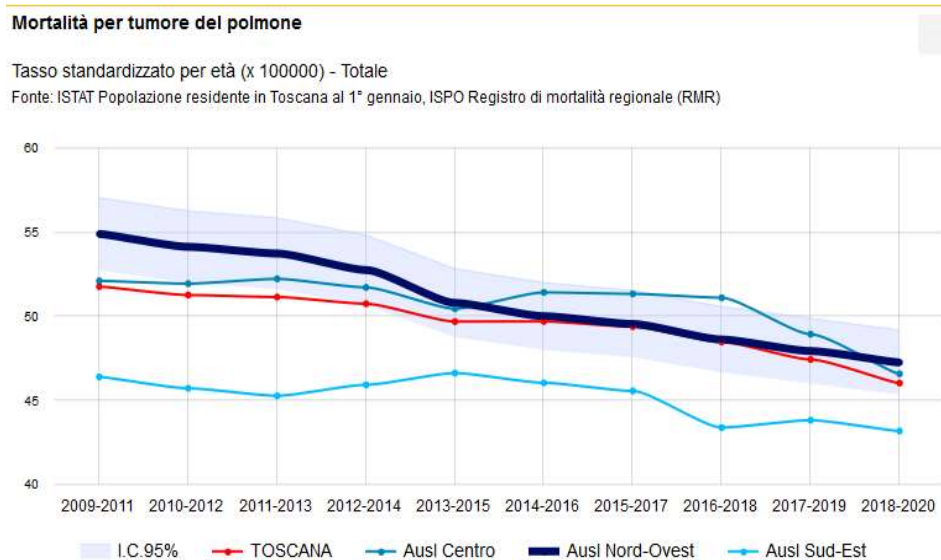
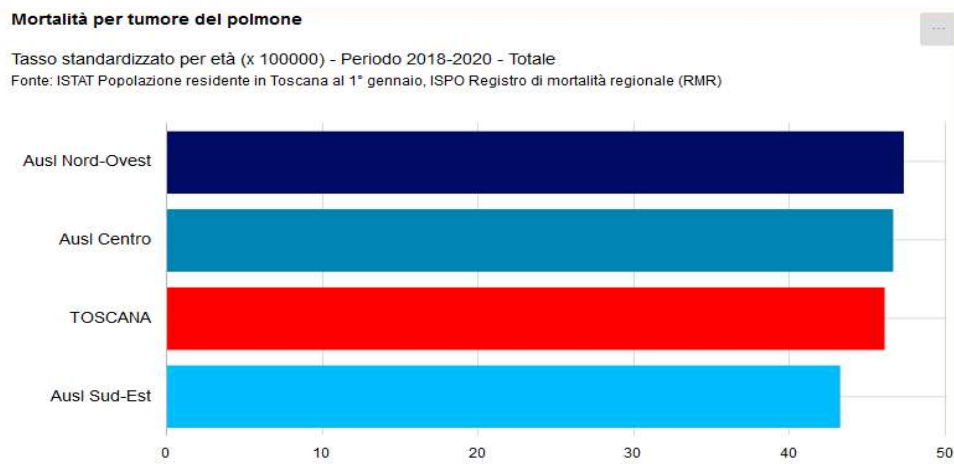
SMR (x 100) - Periodo 2018-2020 - Femmine

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



3.17 Mortalità per tumori del polmone

Il tasso standardizzato relativo a questa causa di morte nel triennio 2018-2020 presenta un valore riferito al totale dei decessi (M+F) più elevato per ATNO rispetto a quello della media regionale.

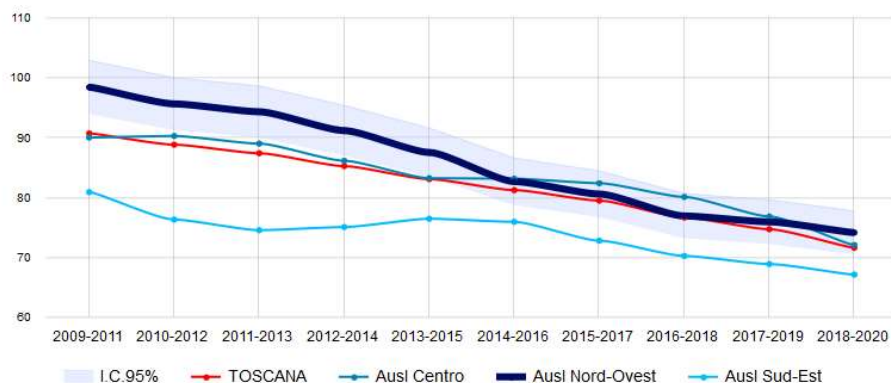


La differenza tra i valori espressi per maschi e femmine è modesta ma più elevata nel sesso maschile.

Mortalità per tumore del polmone

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

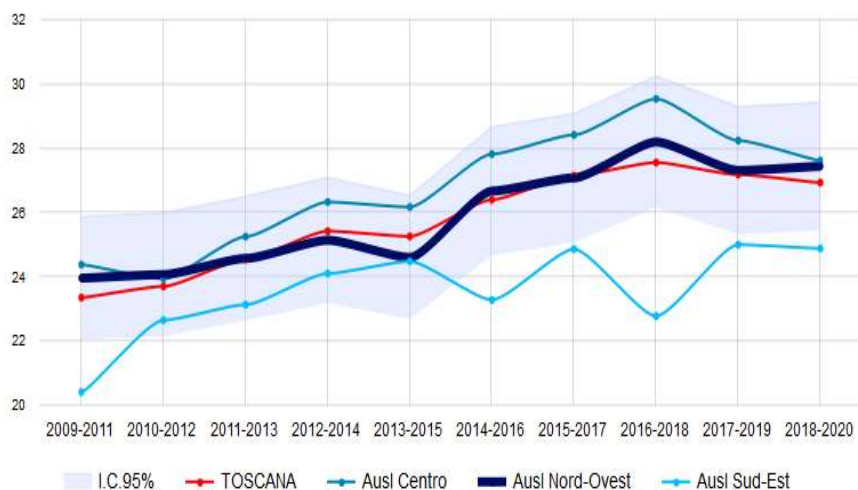
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



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)

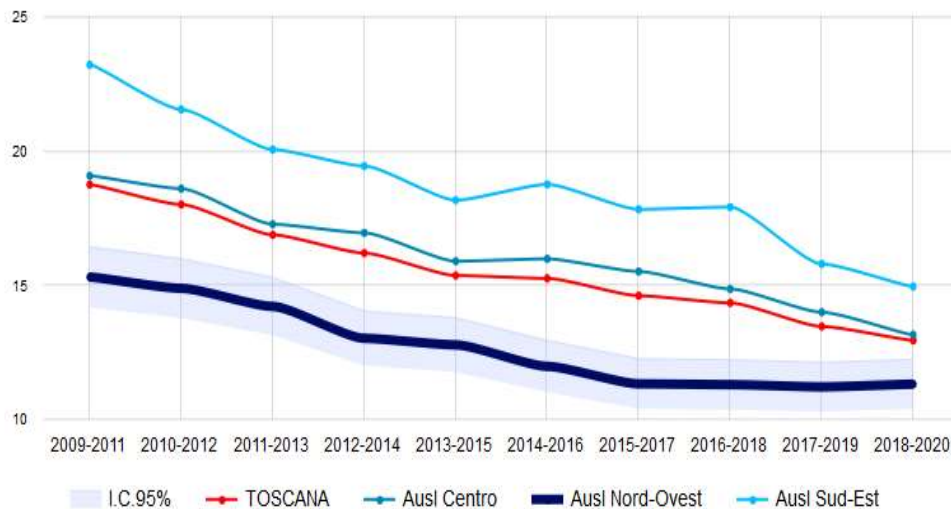


3.18 Mortalità per tumore dello stomaco

Mortalità per tumore dello stomaco

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

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

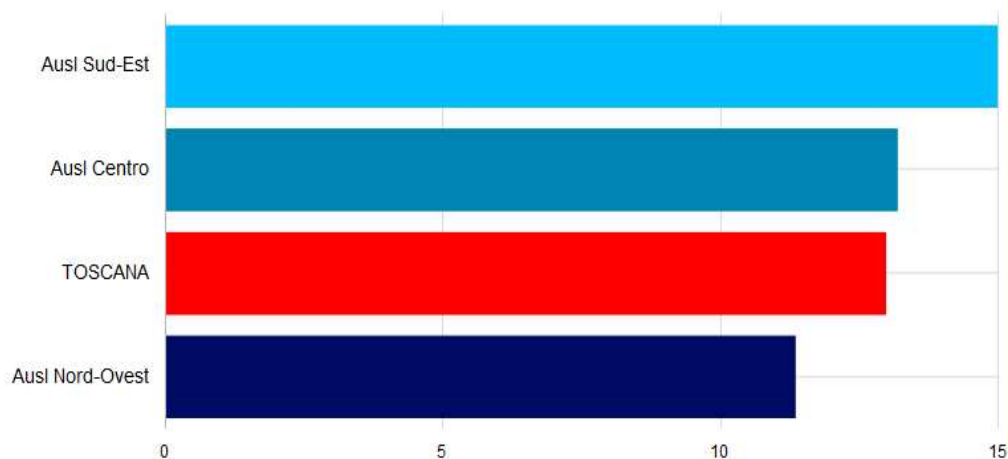


ATNO si attesta sui valori più bassi delle altre due Aziende e al di sotto della media di Regione Toscana, senza particolari differenze tra decessi totali (M+F) e distinti per sesso.

Mortalità per tumore dello stomaco

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2018-2020 - Totale

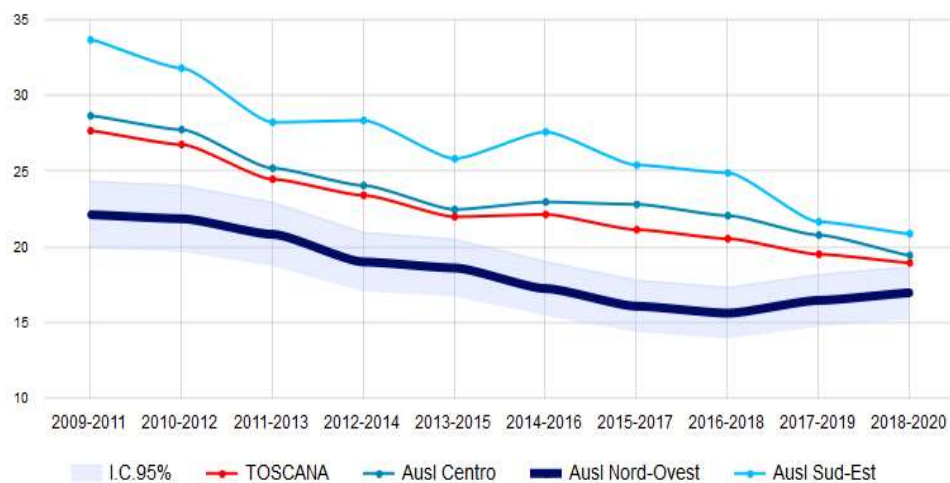
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per tumore dello stomaco

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

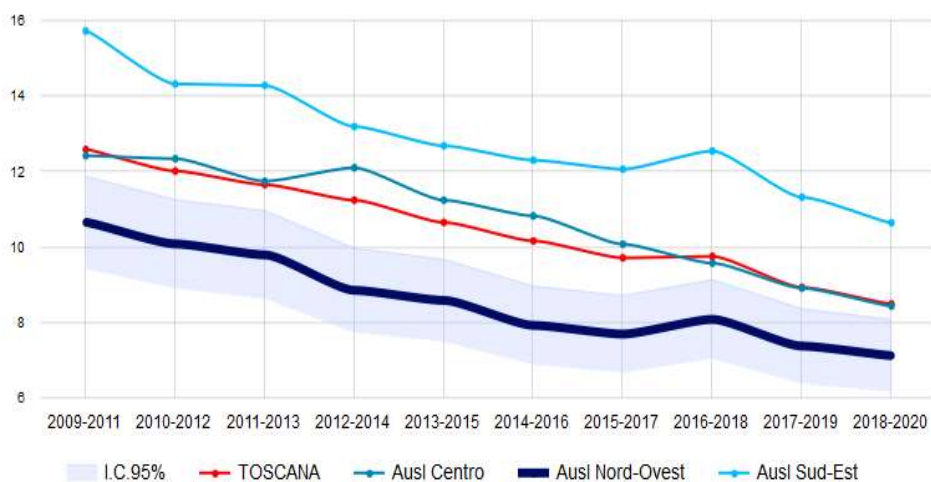
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per tumore dello stomaco

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



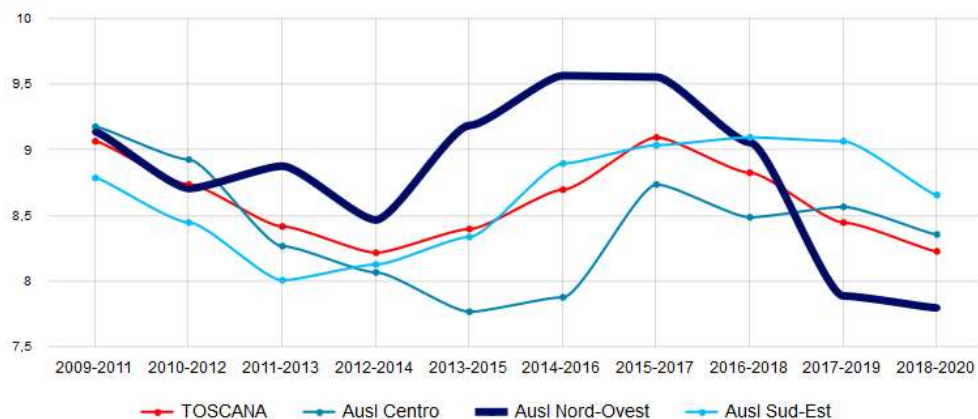
3.19 Mortalità per tumore della vescica

Il grafico mostra un minore decremento rispetto al triennio precedente ma ATNO resta ancora al di sotto della media regionale. Il grafico relativo al solo sesso maschile mostra un plateau nell'intervallo temporale 2018-2020 dopo aver visto un evidente decremento nel triennio precedente. Per il sesso femminile si registra un'ulteriore diminuzione del tasso standardizzato per questa causa di morte pur se in misura notevolmente inferiore rispetto a quanto registrato nel triennio 2017-2019.

Mortalità per tumore della vescica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

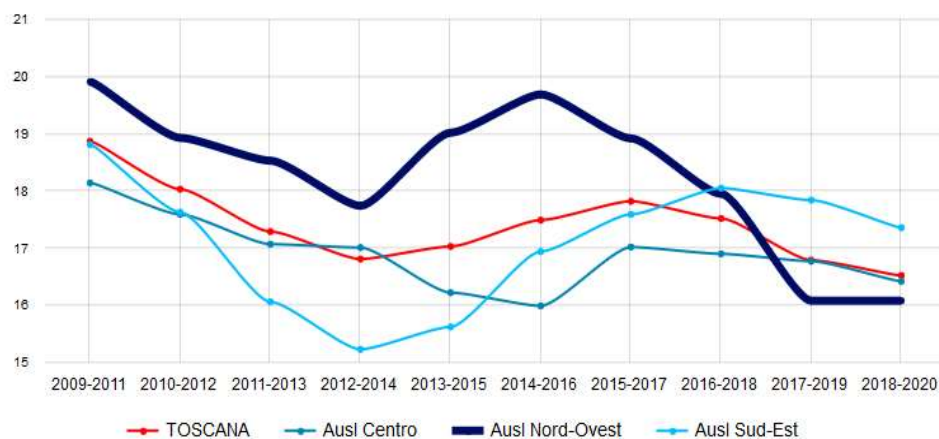
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per tumore della vescica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

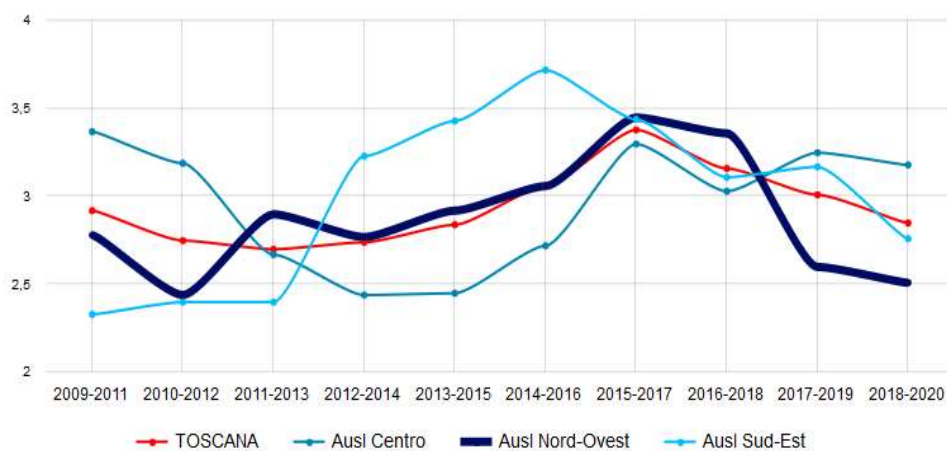
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



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



3.20 Mortalità per tumore della prostata

Dopo un evidente deflessione del grafico relativo a ATNO registrato nel triennio precedente, nell'intervallo temporale 2018-2020 si osserva un modesto incremento per questa causa di morte portando ATNo poco al di sopra della media regionale.

Mortalità per tumore della prostata

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

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



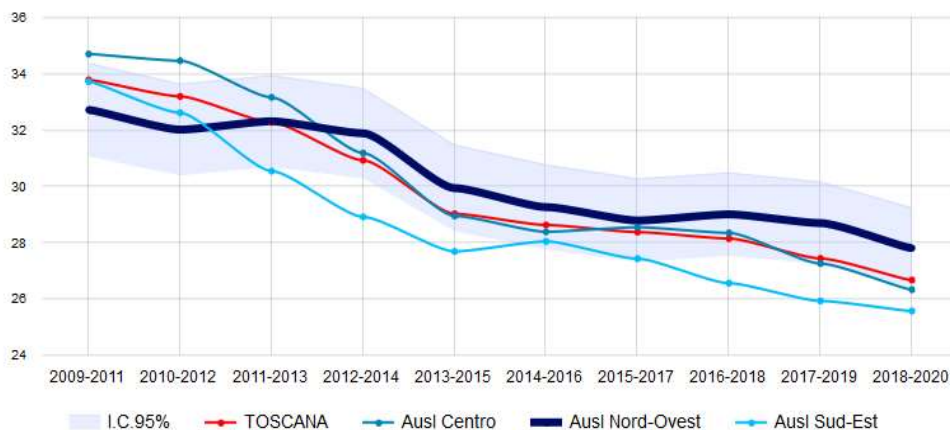
3.21 Mortalità per tumore del colon retto

Nel triennio 2018-2020, il grafico che esprime il valore del tasso standardizzato per questa causa di morte, riferita al totale dei decessi (M+F), registra un decremento per ATNO rispetto al triennio precedente, restando, tuttavia, ancora al di sopra della media di Regione Toscana.

Mortalità per tumore del colon retto

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

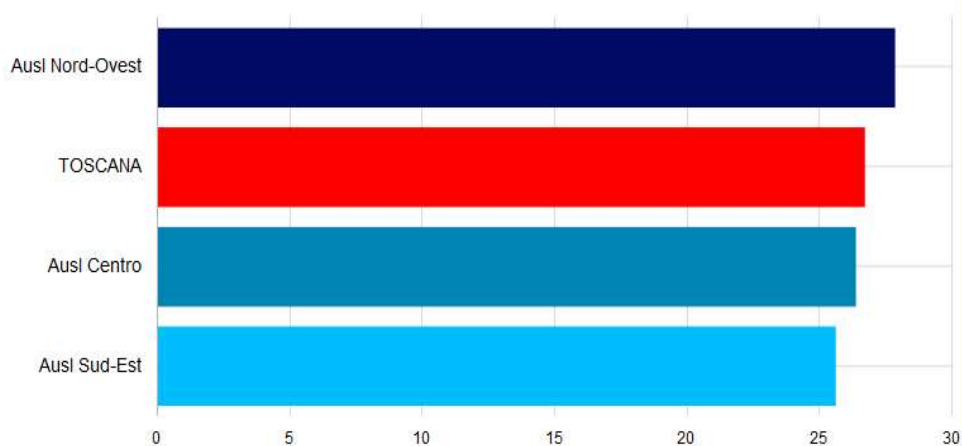
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per tumore del colon retto

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2018-2020 - Totale

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

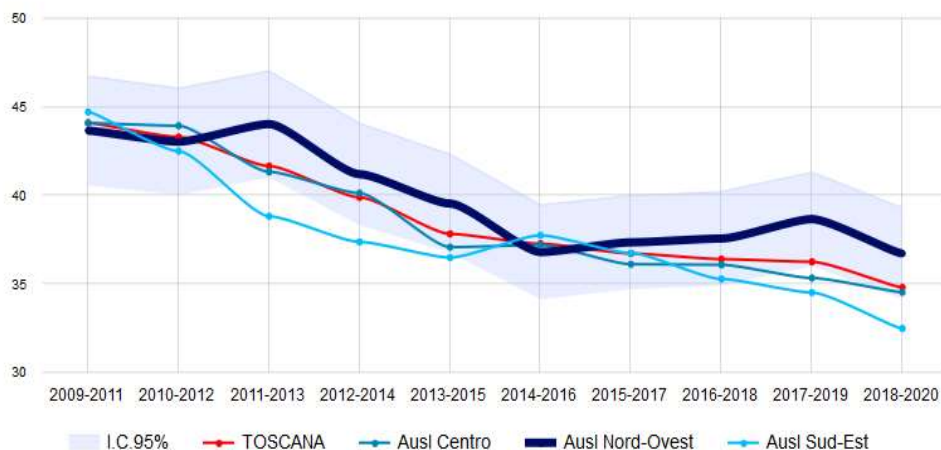


Il decremento riferito a ATNO per questa causa di morte è più evidente per il sesso maschile rispetto a quello femminile che registra una diminuzione dei valori decisamente più modesta.

Mortalità per tumore del colon retto

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

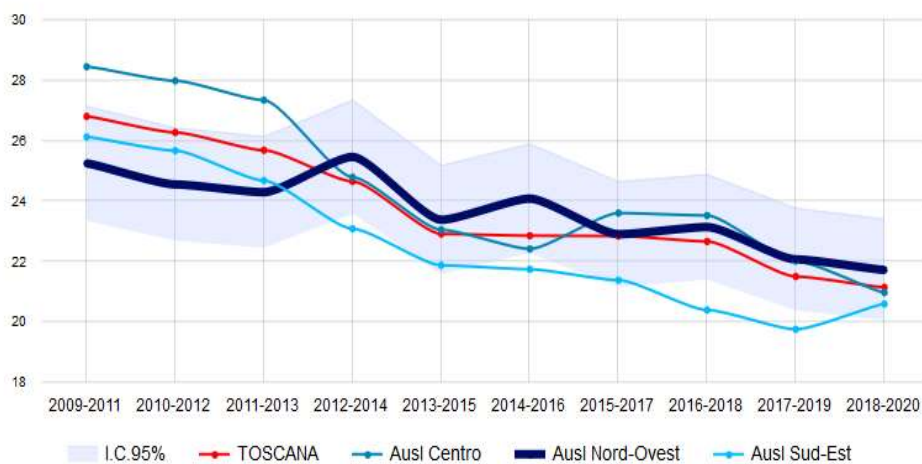
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



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



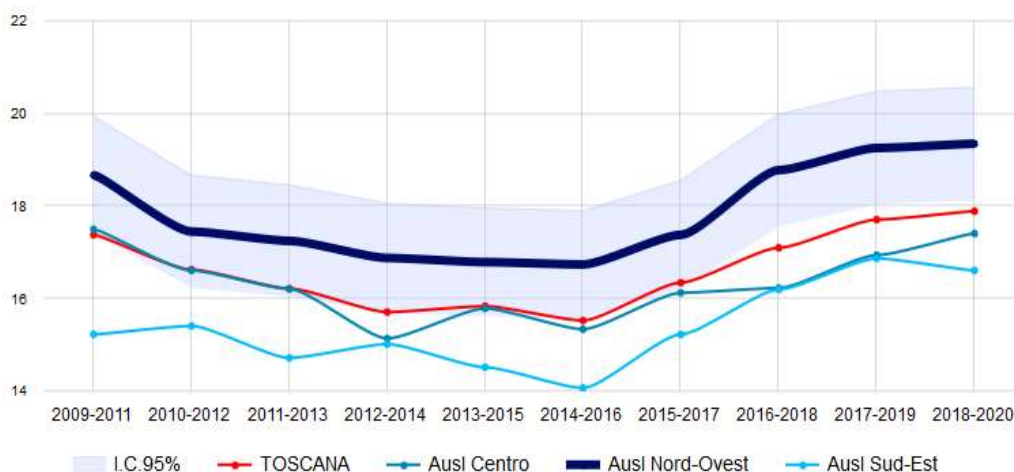
3.22 Mortalità per tumore della mammella

Per quanto questa causa di morte sia decisamente più diffusa per il sesso femminile, esiste un numero di decessi ad essa correlati anche nel sesso maschile. Diseguito riporteremo i grafici relativi ai decessi totali (M+F) e quelli relativi ai due sessi.

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)

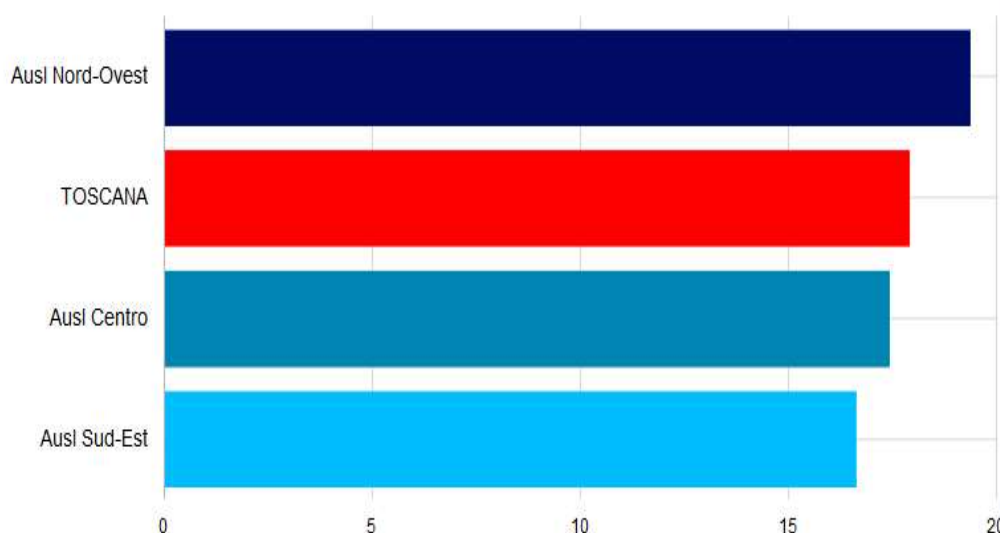


Nel grafico riferito al totale dei decessi (M+F), ATNO si attesta su valori che stanno al di sopra della media di Regione Toscana anche se nel triennio 2018-2020 si registra una crescita minore, rispetto all'intervallo temporale precedente.

Mortalità per tumore della mammella

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2018-2020 - Totale

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

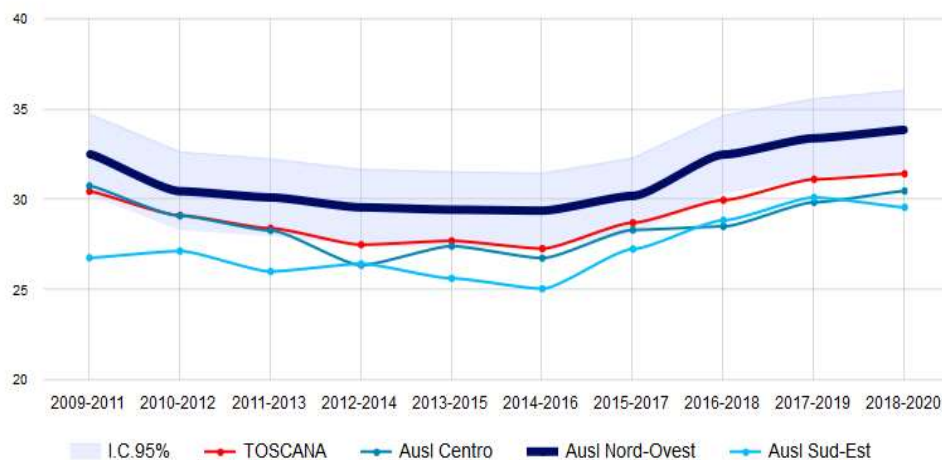


Data la superiorità numerica di casi, essendo il tumore della mammella correlato prevalentemente, anche se non esclusivamente al sesso femminile, il grafico corrispondente è pressoché sovrapponibile a quello visto in precedenza. Per il sesso maschile, nell'ultimo triennio, si registra un decremento del grafico relativo a ATNO.

Mortalità per tumore della mammella

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

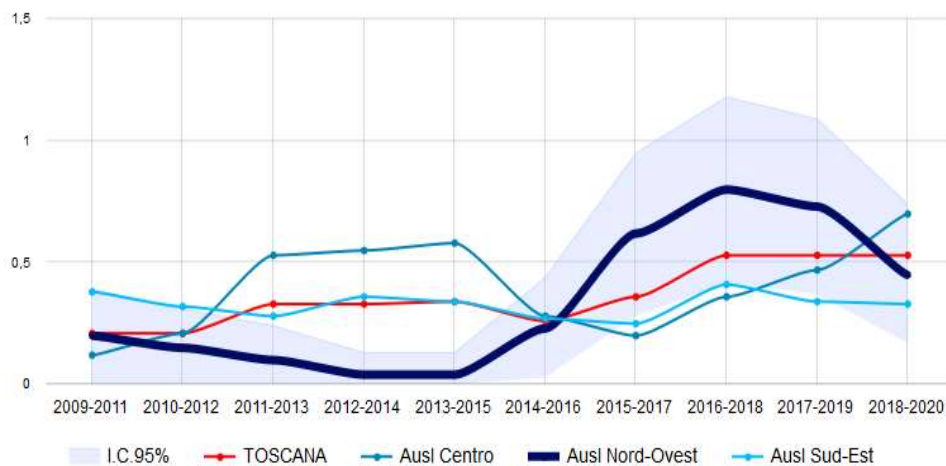
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per tumore della mammella

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

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

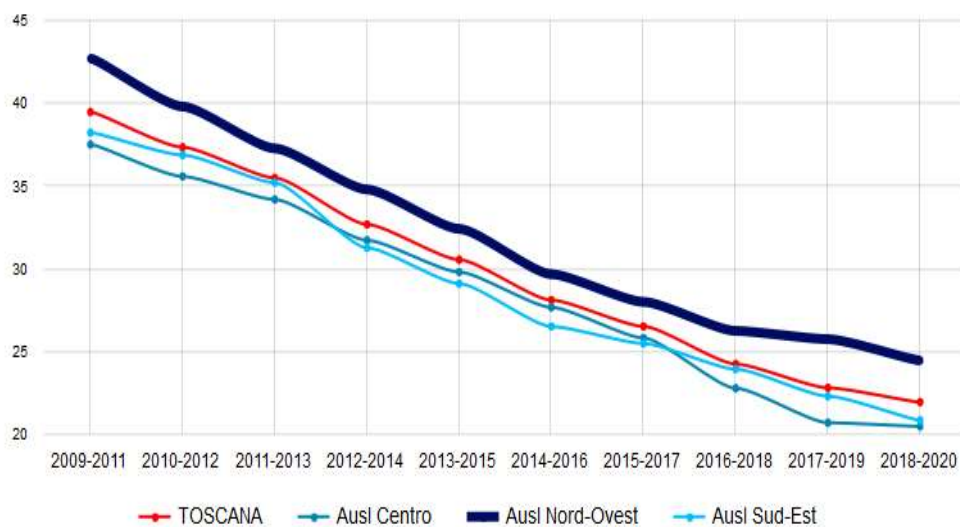


3.23 Mortalità per infarto del miocardio

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

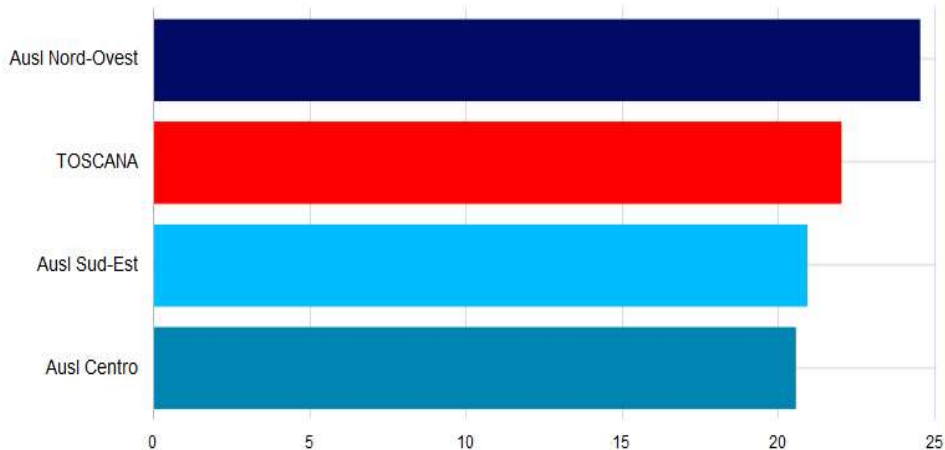


In ATNO, nel triennio 2018-2020, si registra un decremento (lievemente superiore a quello del triennio precedente) del tasso standardizzato relativo ai decessi totali (M+F) per questa causa. Tale deflessione è maggiore per i maschi che per le femmine ma, in tutti i grafici, ATNO si attesta su valori superiori a quelli della media regionale.

Mortalità per infarto del miocardio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2018-2020 - Totale

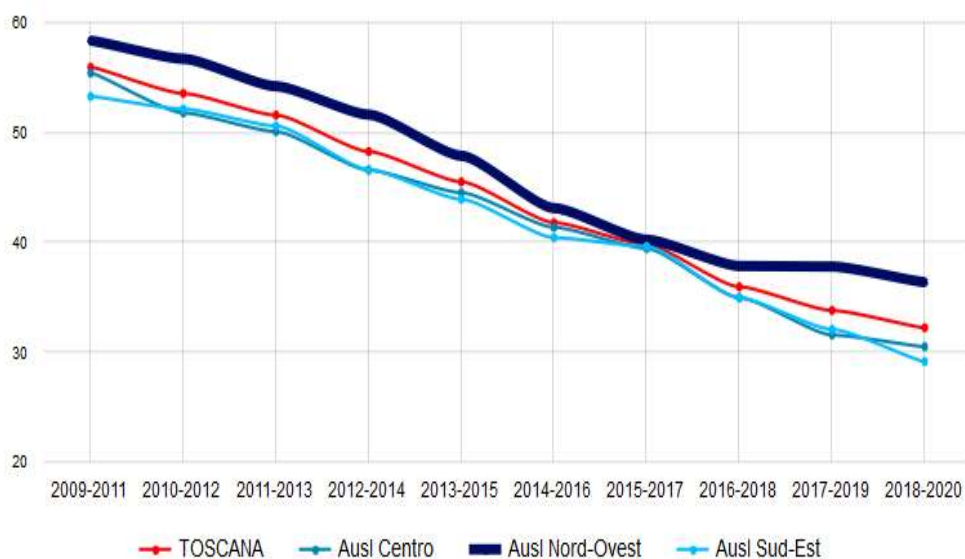
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per infarto del miocardio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

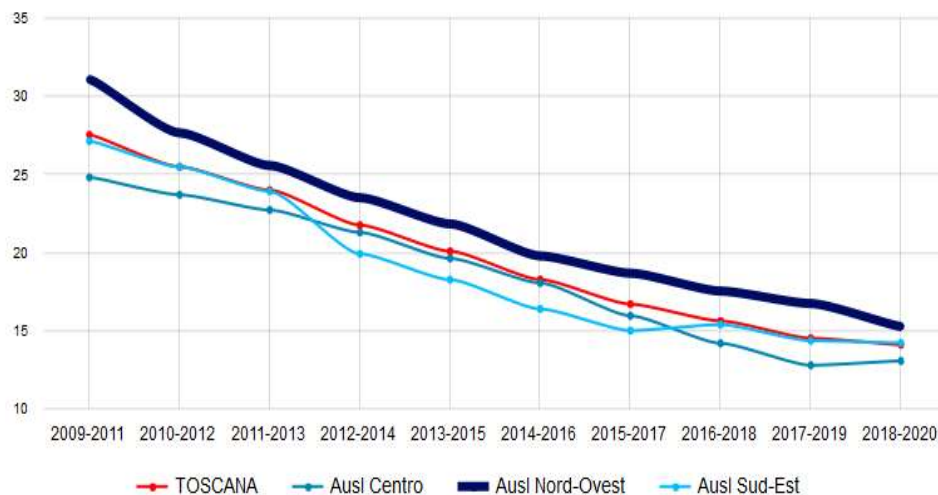
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



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



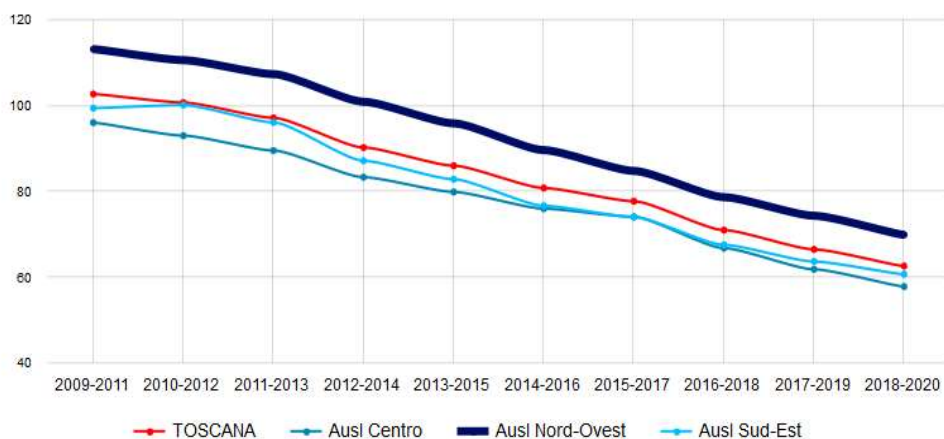
3.24 Mortalità per cardiopatia ischemica

Pur confermando come nei trienni precedenti valori superiori a quelli della media regionale, ATNO, nell'intervallo 2018-2020, registra una maggiore deflessione del grafico relativo ai decessi totali (M+F) per questa causa. Non si apprezzano particolari differenze nei grafici che esprimono lo stesso indicatore riferito ai due sessi.

Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

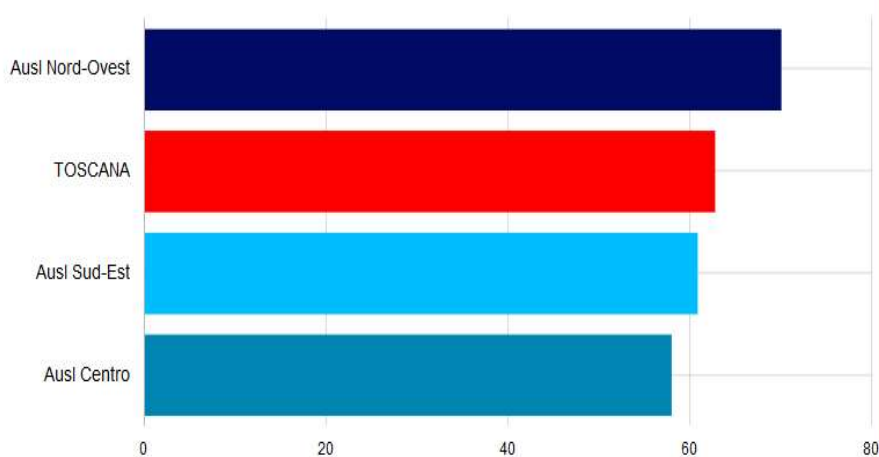
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2018-2020 - Totale

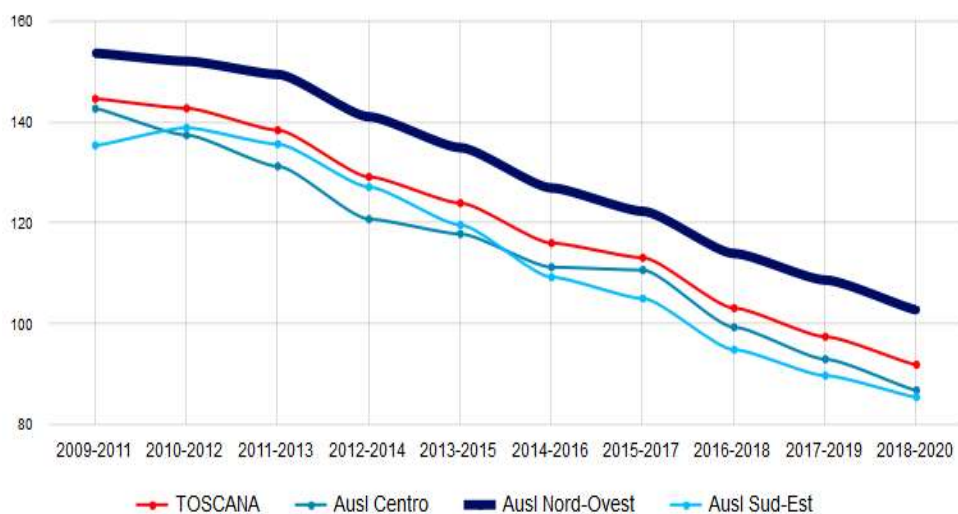
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per cardiopatia ischemica

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

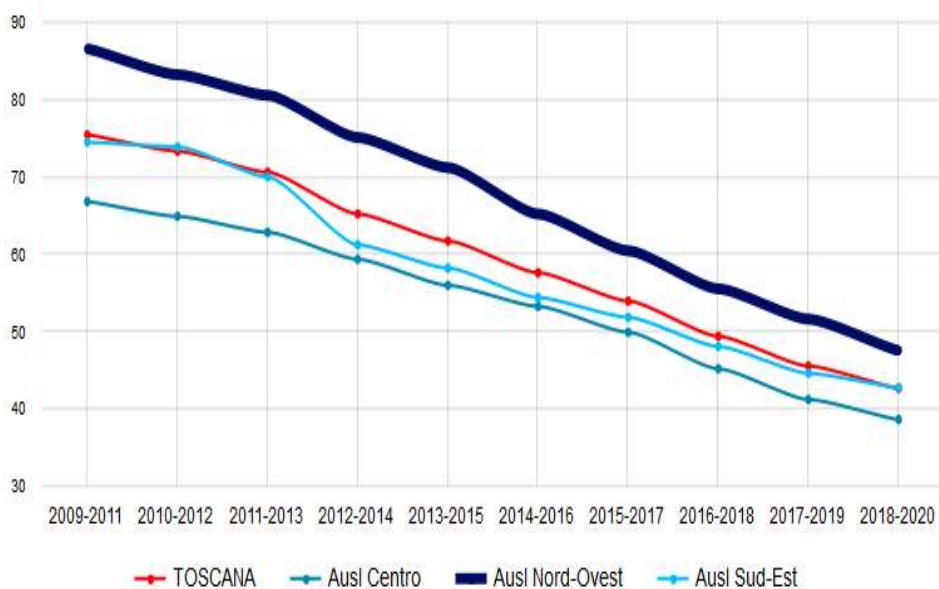
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



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)



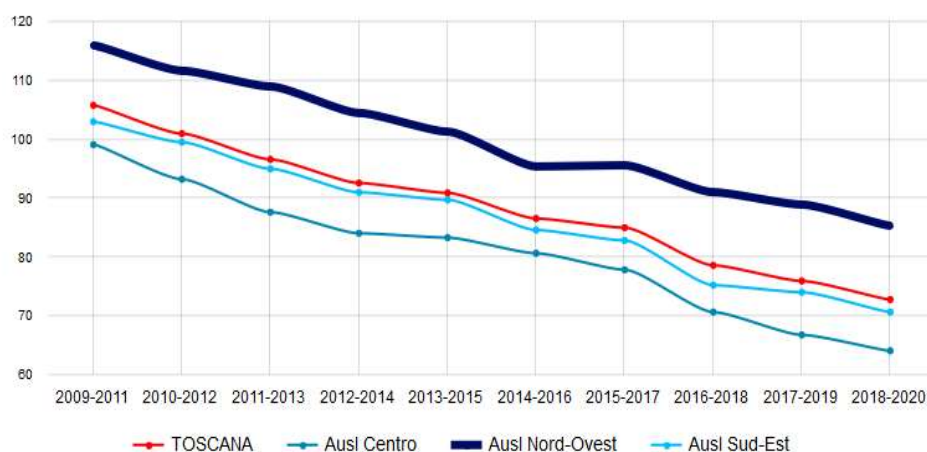
3.25 Mortalità per malattie cerebrovascolari

ATNO, come in tutti i triennim esaminati, continua a superare la media di Regione Toscana e resta al di sopra dei valori espressi dai grafici della altre due aziende.rispetto a questo indicatore. Tuttavia nel triennio 2018- 2020 si registra una deflessione più evidente nel numero totale (M+F) dein decessi attribuibili a questa causa.

Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

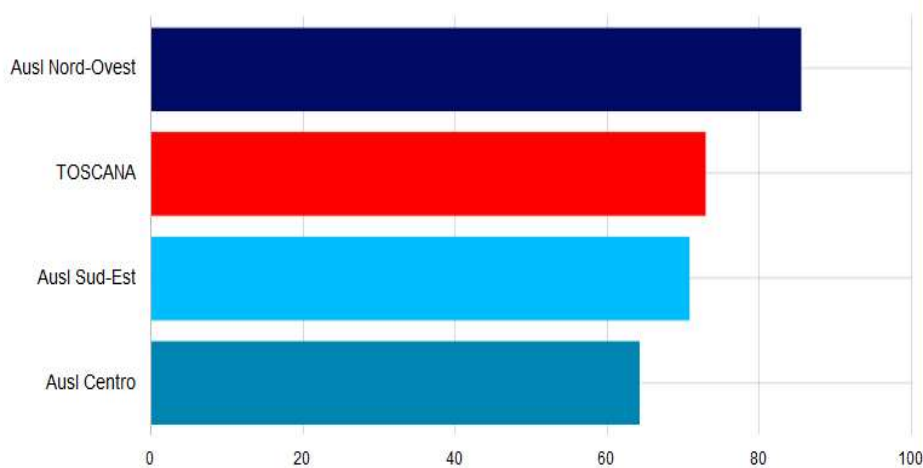
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Periodo 2018-2020 - Totale

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

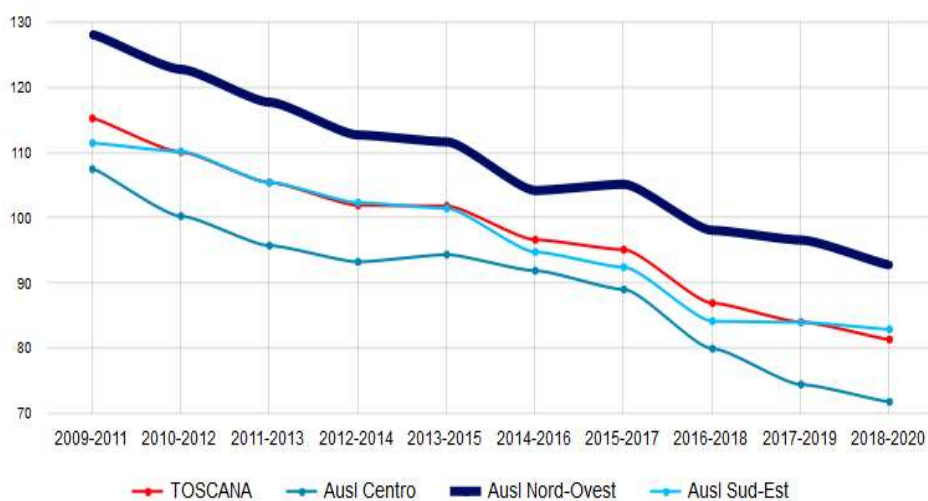


Non si evidenziano particolari differenze rispetto al precedente nei garfici relativi ai due sessi.

Mortalità per malattie cerebrovascolari

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

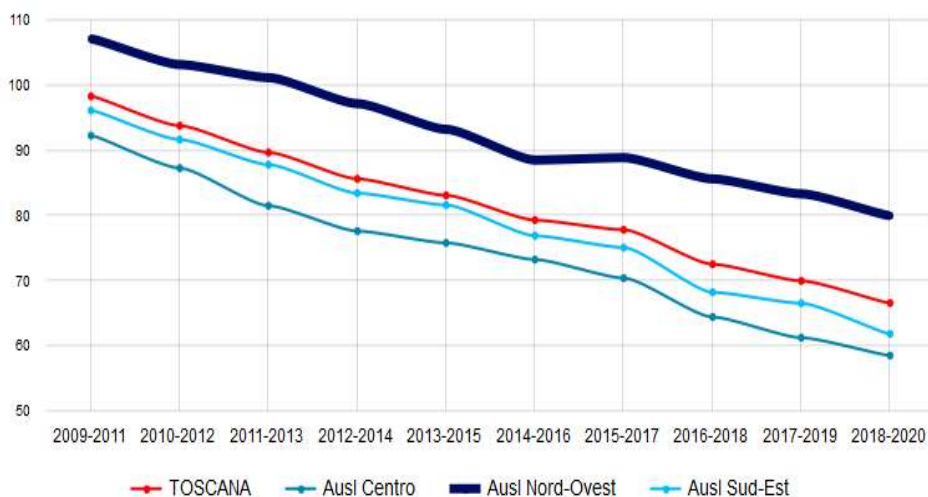
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



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

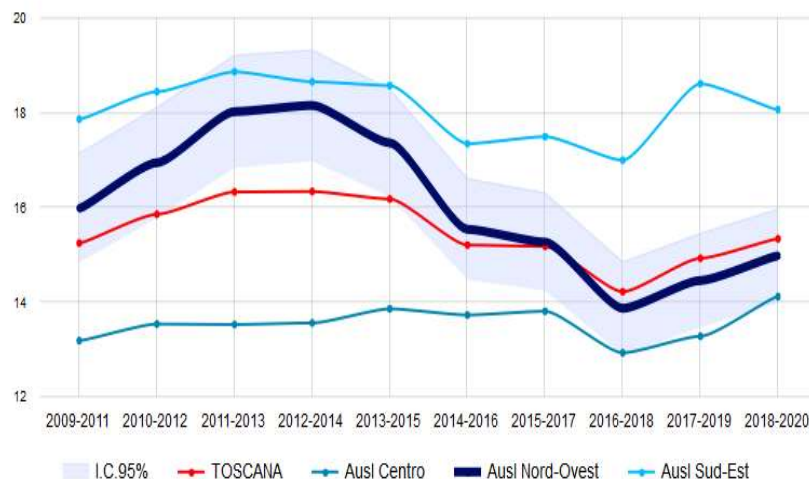


3.26 Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario

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

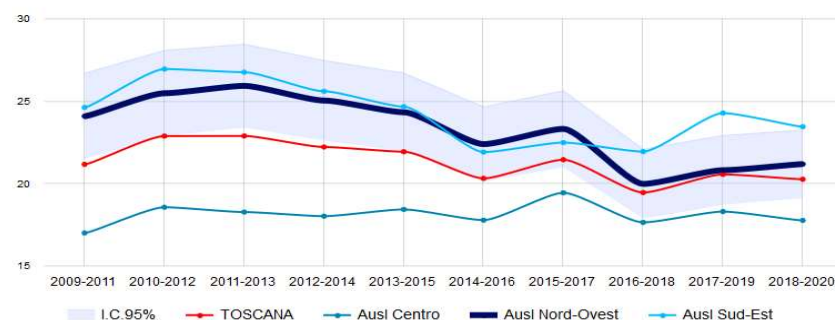


In ATNO, i decessi totali (M+F) attribuibili a questa causa sono aumentati nel triennio 2018-2020 attestandosi, tuttavia, su un tasso standardizzato inferiore a quello della media regionale. Lo stesso vale per la rappresentazione riferita al solo sesso femminile. Il grafico di ATNO relativo al solo sesso maschile per questa causa presenta, invece, valori al di sopra della media di Regione Toscana.

Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

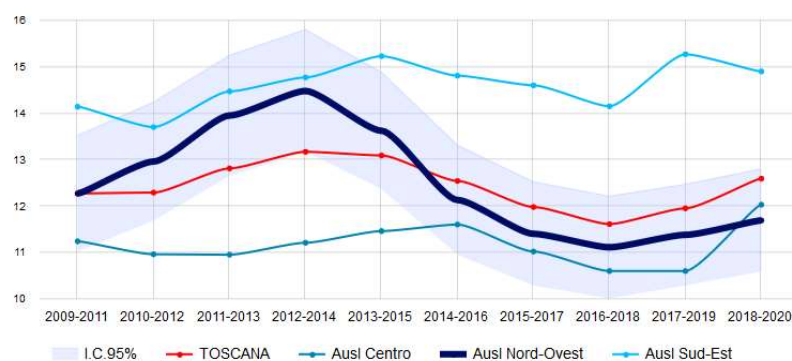
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Mortalità per malattie dell'apparato genito urinario

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



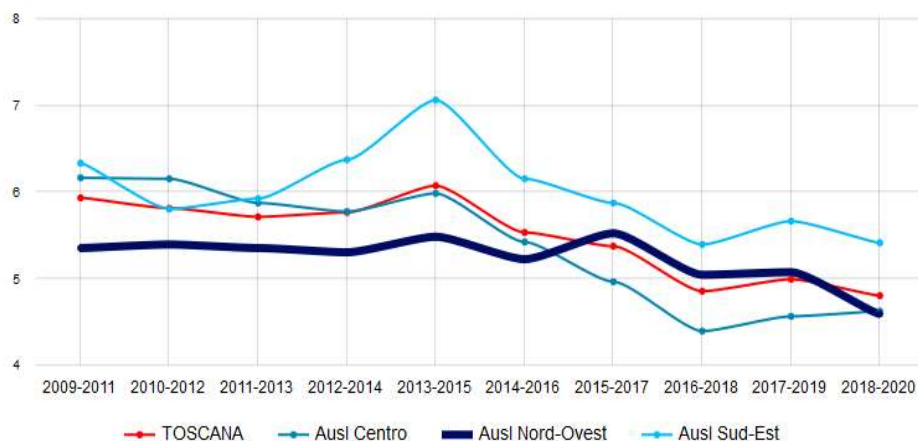
3.27 Mortalità per malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo

Deflessione dei decessi totali (M+F) attribuibili a questa causa in ATNO nel triennio 2018-2020 con valori che scendono al di sotto della media regionale. Esaminando i grafici reattivi ai due sessi, si osserva che il decremento totale è dovuto ad una diminuzione solo nel sesso femminile, mentre per i maschi si registra un aumento dei decessi con superamento della media di Regione Toscana.

Mortalità per malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

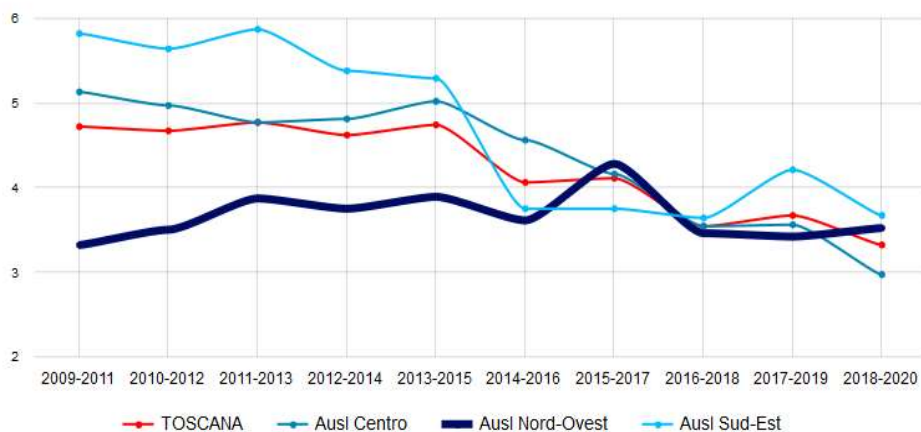
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

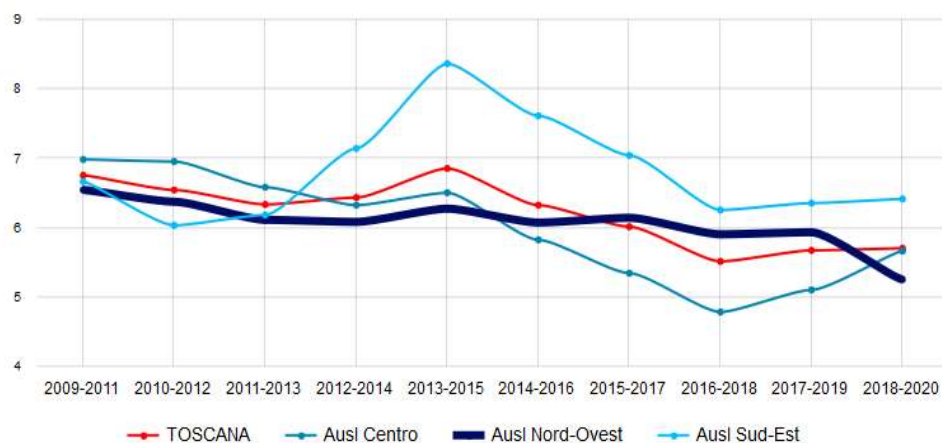
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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



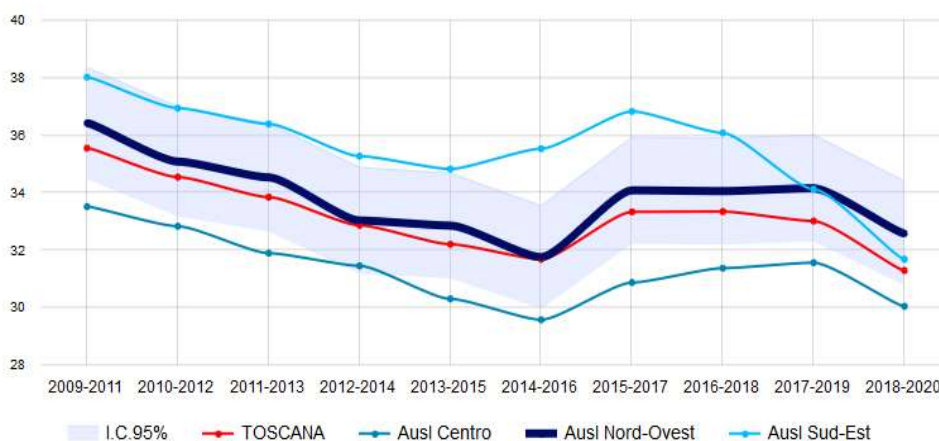
3.28 Mortalità per traumatismi e avvelenamenti

Per quanto tutti i grafici presentati per questa causa registrino una diminuzione dei decessi, ATNO si attesta sempre su valori al di sopra della media regionale. La distinzione per sesso rileva un tasso standardizzato superiore per il sesso femminile.

Mortalità per traumatismi ed avvelenamenti

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

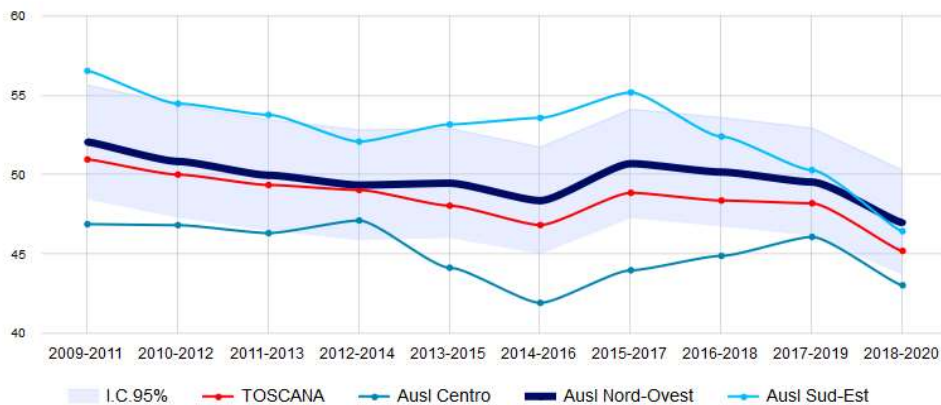
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per traumatismi ed avvelenamenti

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

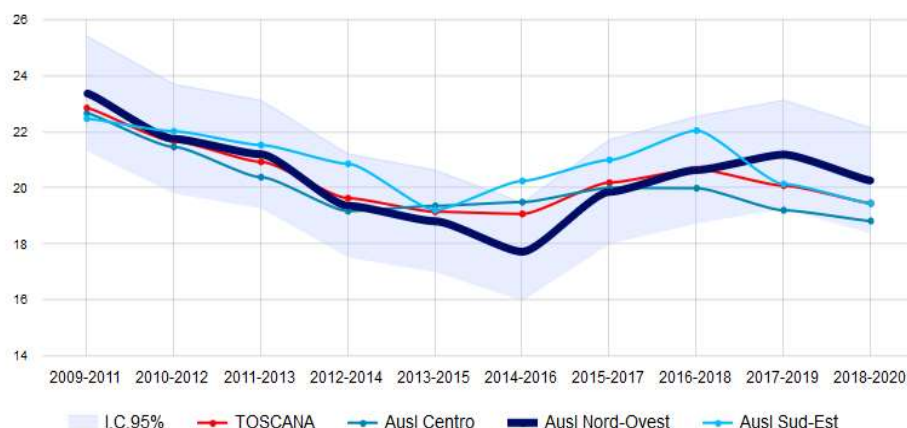
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per traumatismi ed avvelenamenti

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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

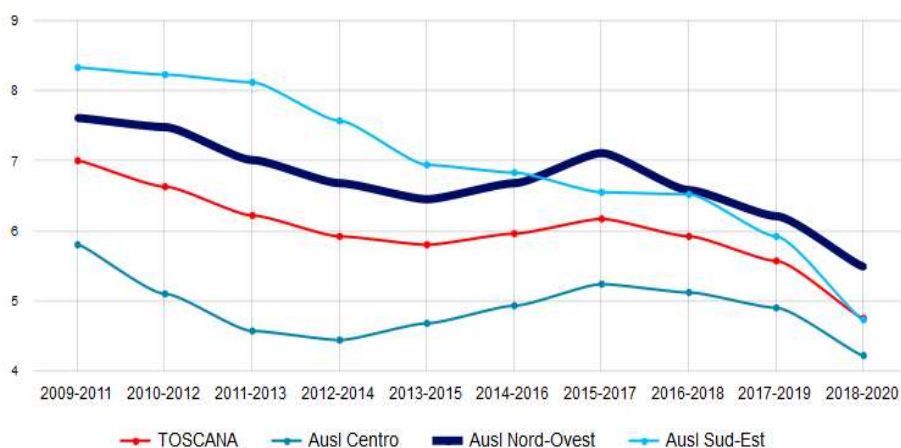


3.29 Mortalità per incidenti stradali

Mortalità per incidenti stradali

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

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

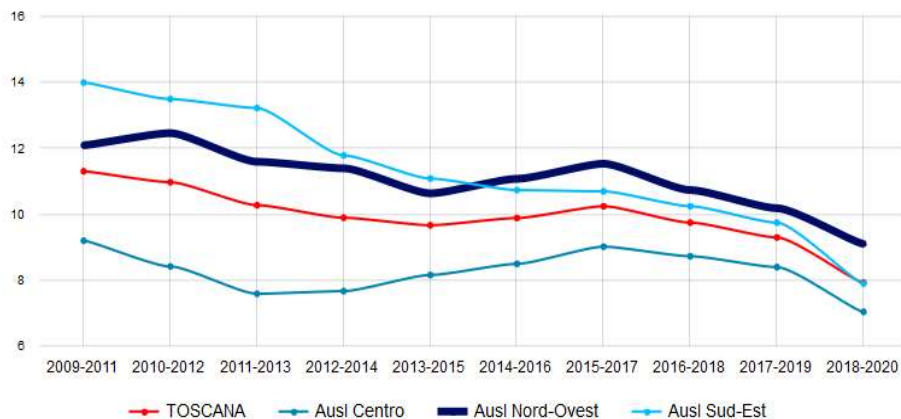


Nell'ultimo triennio 2018-2020 si registra un decremento dei decessi totali per questa causa. Attno si attesta tuttavia su valori superiori a quelli della media regionale.

Mortalità per incidenti stradali

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Maschi

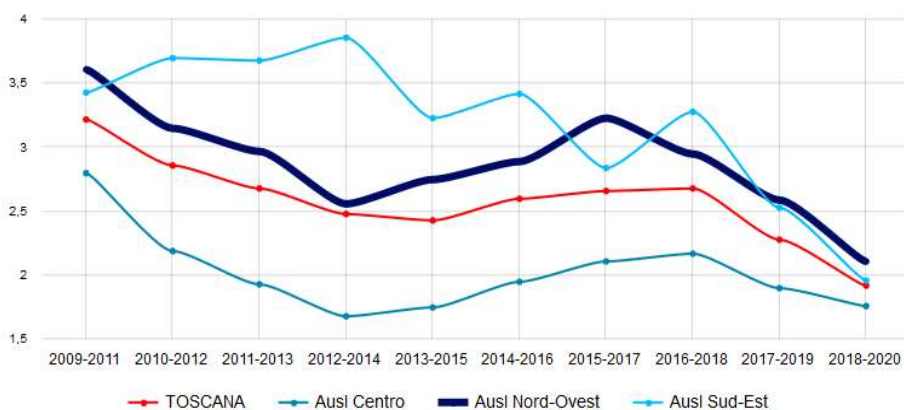
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per incidenti stradali

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Femmine

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

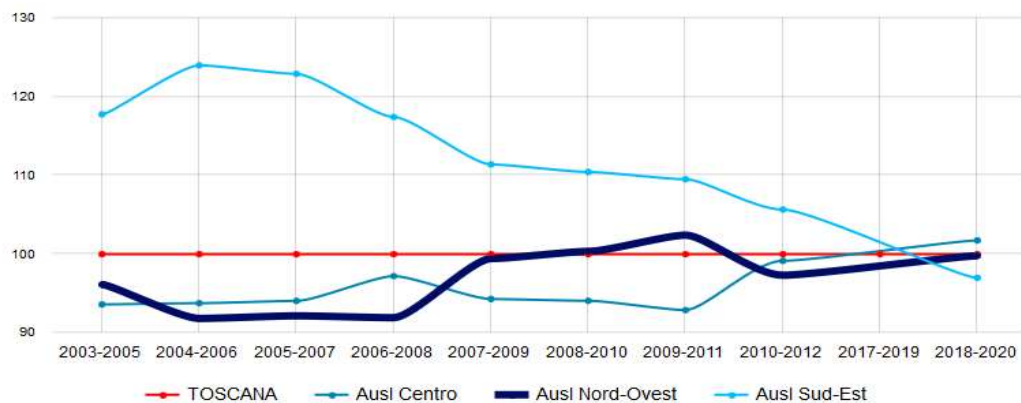


3.30 Mortalità per suicidio

Mortalità per suicidio

SMR (x 100) - Totale

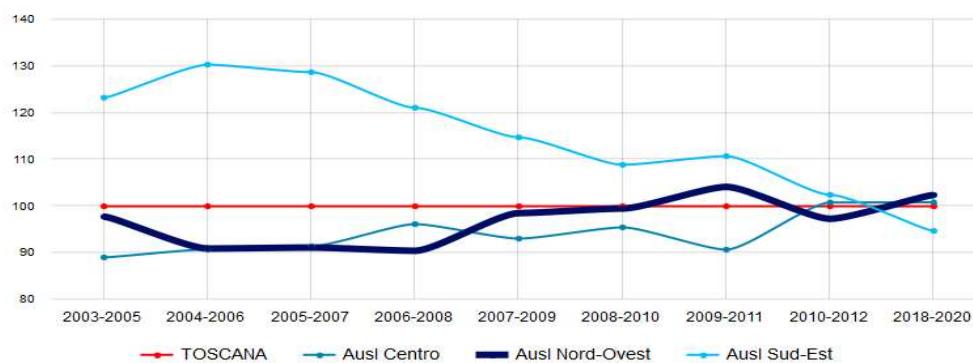
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per suicidio

SMR (x 100) - Maschi

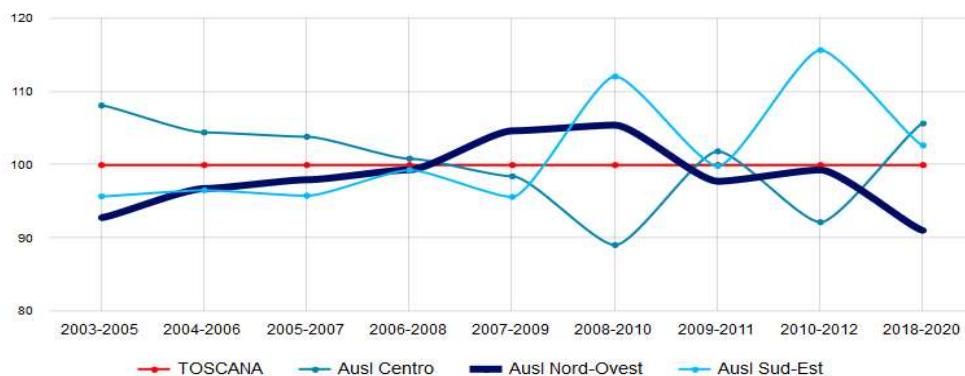
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per suicidio

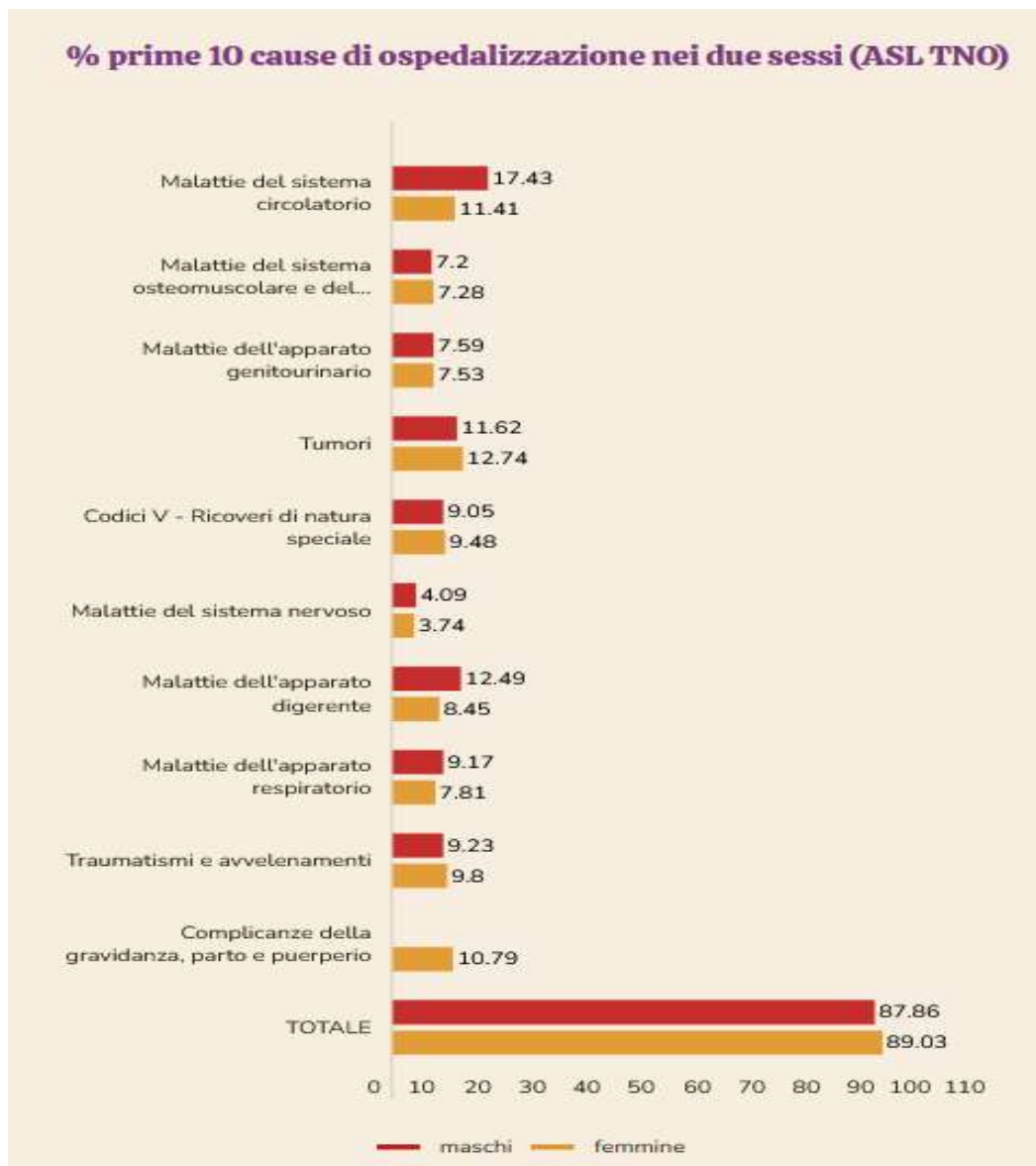
SMR (x 100) - Femmine

Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

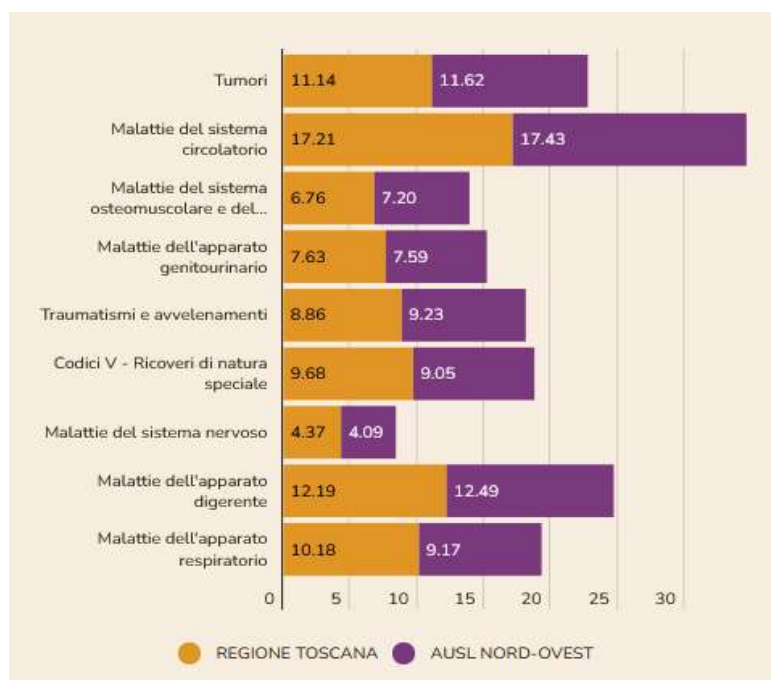


Capitolo 4 - Ospedalizzazione

Distribuzione delle principali cause di ricovero. L'indicatore, solo per l'ultimo periodo calcolato, non include i volumi delle prestazioni erogate fuori regione ai residenti toscani (PASSIVO EXTRAREGIONALE). **Fonte:** RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), **Denominatore:** ricoveri, **Misure disponibili:** Numero, Rapporto (x 100).

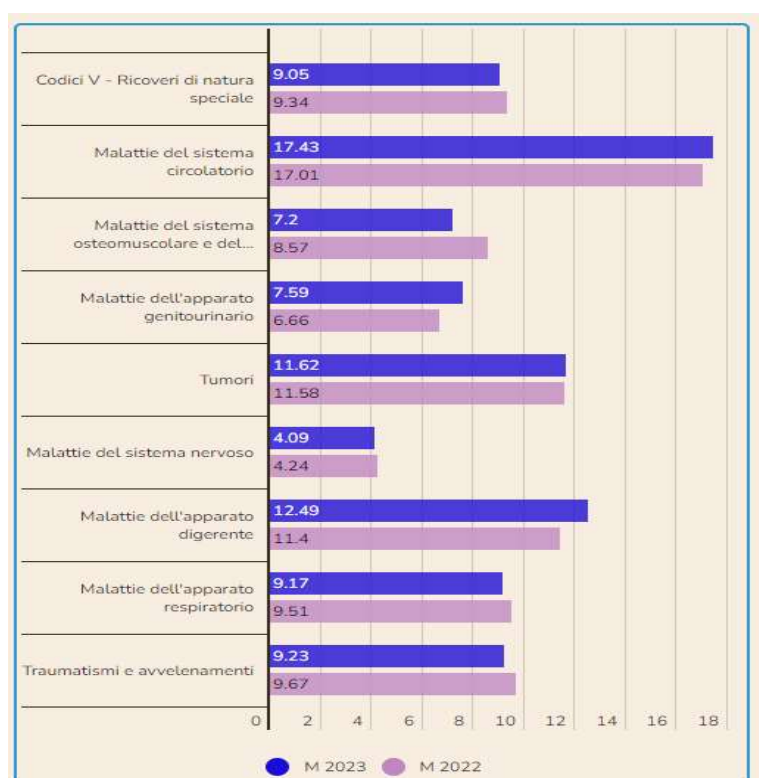


4.1 - Principali cause di ospedalizzazione (maschi)



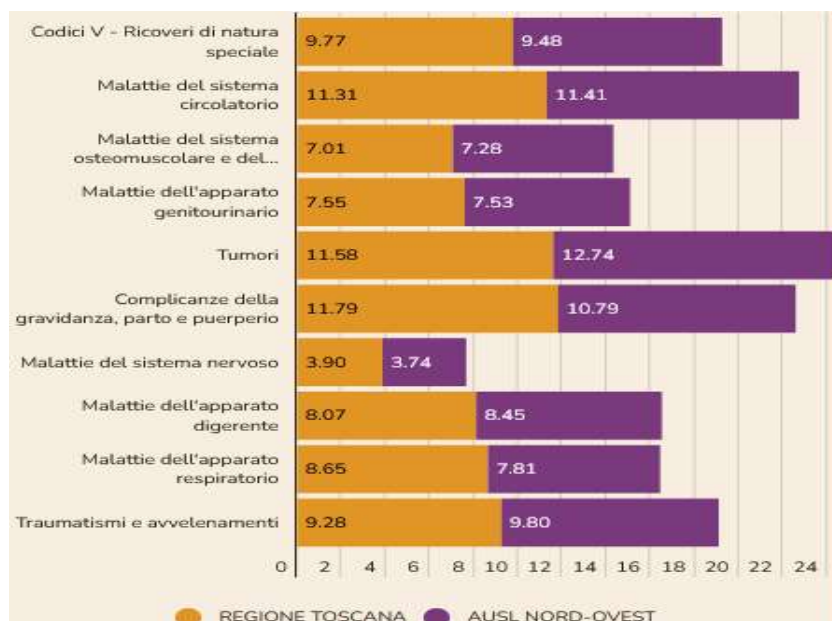
Nella componente maschile notiamo una prevalenza superiore al 10% per ricoveri causati da malattie circolatorie, dell'apparato digerente e per patologie tumorali. Tali cause evidenziano volumi più alti rispetto ai ricoveri osservati in tutto il territorio regionale.

Il confronto con la situazione regionale mostra ricoveri meno presenti per cause respiratorie, del sistema nervoso e per cause di natura speciale.



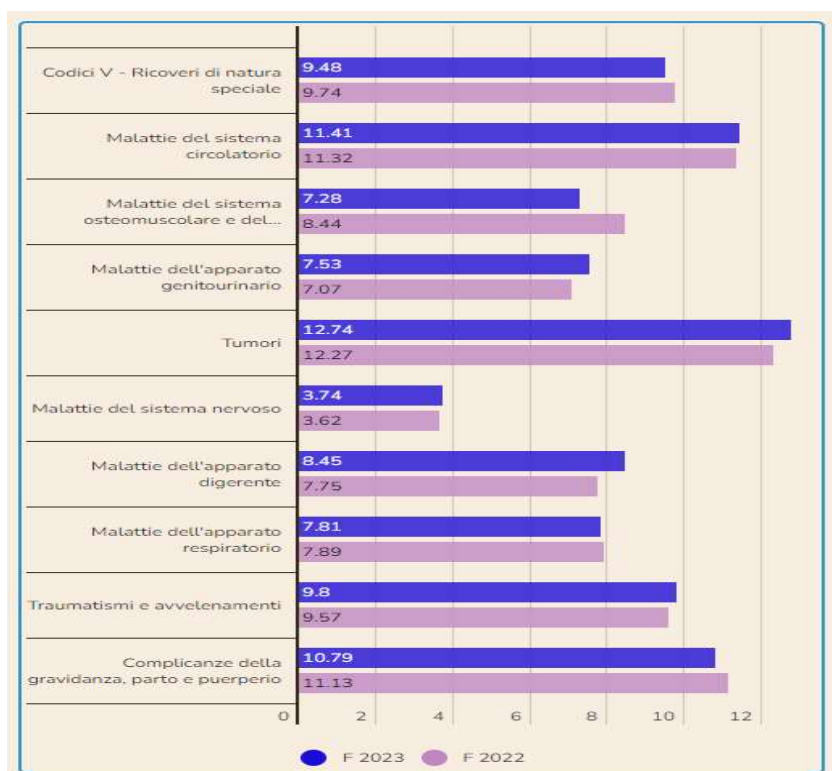
Il confronto dei ricoveri avvenuti negli ultimi due anni di pazienti maschi mostra aumenti recenti per cause circolatorie, genitourinarie e dell'apparato digerente.

4.2 - Principali cause di ospedalizzazione (Femmine)



osteomuscolari, dell'apparato digerente, nonché per traumi ed avvelenamenti.

Fra le femmine notiamo prevalenze di ricoveri superiori al 10% per la causa tumorale, circolatoria e dovuta a complicanze in gravidanza, parto e puerperio. Da notare una marcata differenza nella prevalenza dei ricoveri per tumore nella nostra Asl, rispetto all'ambito regionale. Valori % superiori a quello regionale sono osservabili anche per malattie circolatorie,



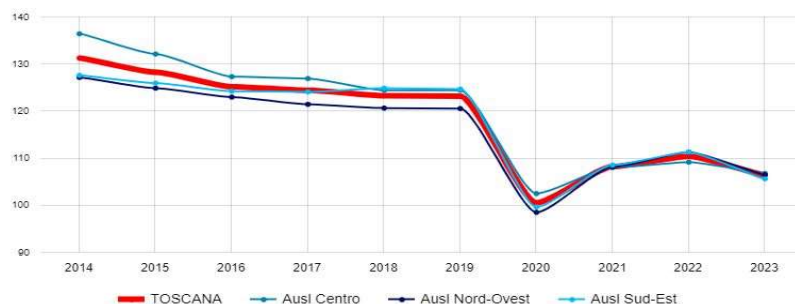
Il confronto dei ricoveri avvenuti negli ultimi due anni di pazienti femmine mostra aumenti nell'ultimo anno per cause circolatorie, genitourinarie, tumorali, nervose, dell'apparato digerente e per traumi ed avvelenamenti.

In definitiva il quadro relativo ai ricoveri per le femmine potrebbe prospettare un peggioramento delle condizioni di salute per queste ultime.

Dimissioni ospedaliere per tutte le cause

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

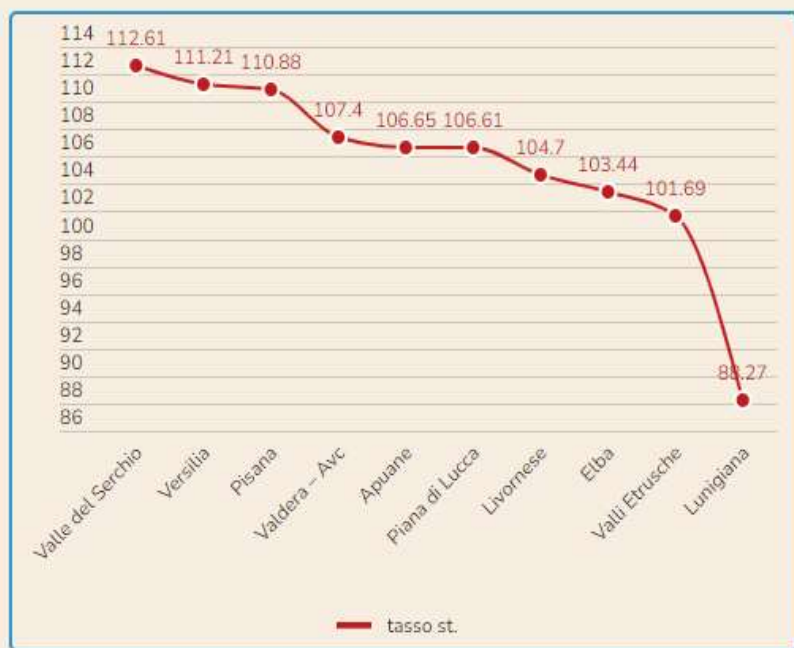
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



L'andamento temporale delle dimissioni ospedaliere dopo la frenata del 2020 causa covid e le riprese degli anni 2021 e 2022 nell'ultimo anno ritorna a scendere.

Tasso standardizzato di dimissione per zona distretto (ASL

TNO)



Il tasso di dimissione standardizzato all'età vede al primo posto le strutture ospedaliere della Valle del Serchio con oltre 112 dimissioni ogni 1000 residenti, seguito dalle 111 dimissioni per la Versilia e le 110 della zona pisana. Da notare le circa 88 dimissioni ogni 1000 residenti della Lunigiana.

4.3 - Soggetti ricoverati per tutte le cause

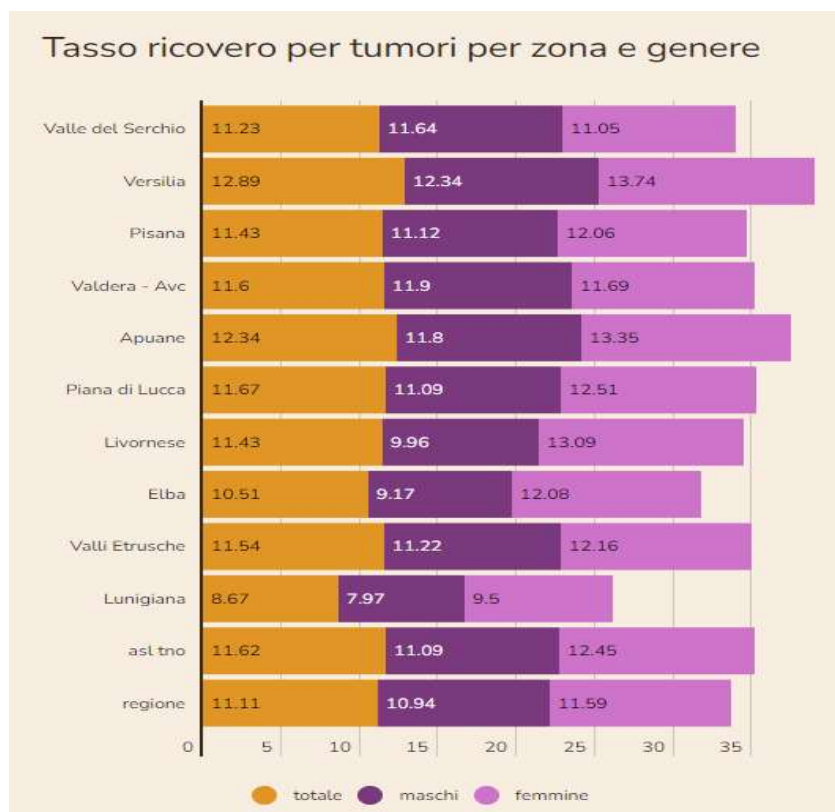
Nota metodologica L'ospedalizzazione è, insieme alla mortalità, una delle due principali fonti utilizzate in epidemiologia per valutare l'impatto delle patologie in una popolazione. La frequenza con cui i residenti sono ricoverati è, salvo alcune eccezioni, una buona misura indiretta (proxy) della diffusione 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 è possibile calcolare tassi specifici per patologia (o grande gruppo di patologia). Rispetto agli indicatori sui volumi di ricoveri (totale dimissioni), gli indicatori sui soggetti ricoverati almeno una volta (per patologia) si avvicinano di più alla somma dell'incidenza delle malattie in un determinato periodo. L'obiettivo è sommare 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.



Nel grafico qui rappresentato viene evidenziato il tasso di ricovero standardizzato per le varie zone distretto, ovvero quanti residenti sono stati ricoverati ogni mille residenti. Esempio ogni mille abitanti della Lunigiana circa 67 sono stati ricoverati almeno una volta nel 2023 per tutte le cause.

Zone Pisana e Versilia presentano i valori più alti di soggetti ricoverati.

4.4 Soggetti ricoverati per tumore



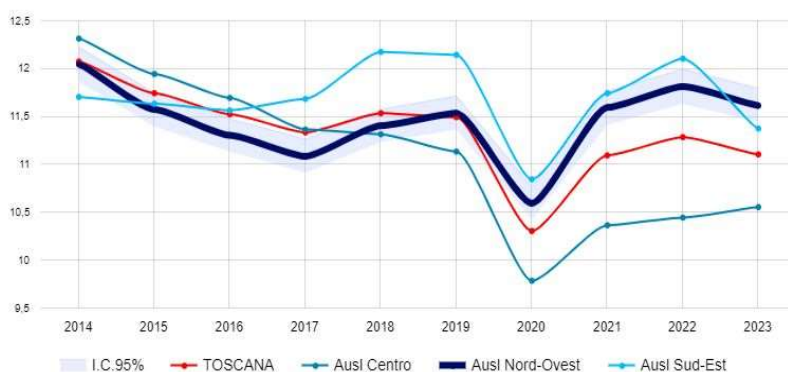
Considerando le prevalenze 2023 in rapporto al totale dei ricoveri per tumore la Versilia con 12,89 ricoveri per tumore ogni mille residenti si riconferma maglia nera su tutte le zone dell'ambito Nord ovest. Superano il dato medio aziendale Versilia, Apuane e Piana di Lucca.

Una comparazione della differenza nei valori femmine-maschi evidenzia la situazione livornese come quella con il valore più alto con 3,13 ricoveri ogni mille femmine in più rispetto ai ricoveri di maschi.

Soggetti ricoverati per tumori

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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

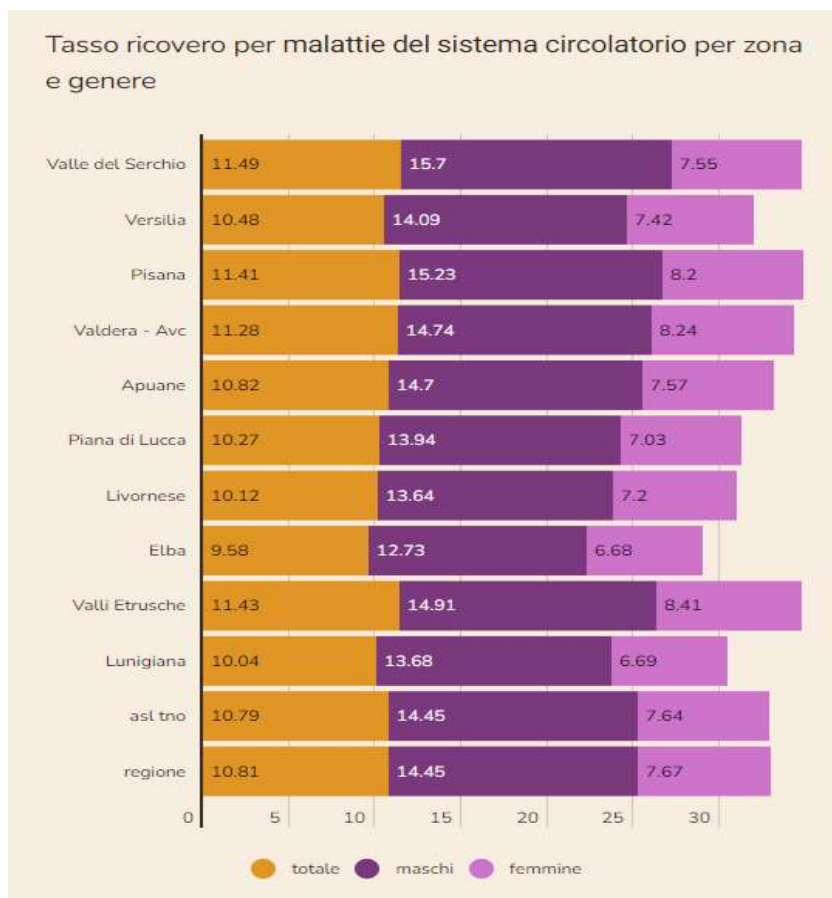


Il grafico qui a lato rappresenta l'andamento dei ricoveri totali per tumore dal 2014. Per la prima volta nello scorso anno la nostra azienda mostra i valori più elevati fra le aziende territoriali regionali.

4.5 - Soggetti ricoverati per le principali tipologie tumorali

Tumore	Tasso ricovero	Tasso M ricovero F	Delta Asl Tno / Regione M	Delta Asl Tno / Regione F	Zone prevalenti (contrassegnate con range di valore più alto nelle mappe Ars)	Trend (M+F)
Polmone	0,76	0,46	-0,01	0,03	Maschi = Valle del Serchio (1,14), Femmine = Pisana (0,71)	aumento
Stomaco	0,16	0,09	-0,04	0	Maschi = Valle del Serchio (0,21); Femmine = Valle del Serchio (0,15)	flessione
Vescica	1,42	0,29	-0,02	-0,04	Maschi = Valle del Serchio (1,62), Femmine = Piana di Lucca (0,44)	flessione
Mammella		1,87		0,18	Femmine = Livornese (2,42) Maschi = Valle del Serchio (0,98),	flessione
Colon retto	0,76	0,54	0,07	0,06	Femmine = Elba (0,9) Maschi = Alta Val di Cecina, Valdera	leggero aumento
Prostata	0,66		-0,19		(0,96)	flessione

4.6 - Soggetti ricoverati per malattie del sistema circolatorio



La nostra azienda è in linea con l'andamento regionale per quanto relativo ai ricoveri per malattie circolatorie. In totale non vengono superati gli 11 ricoveri ogni 1000 residenti, tranne che in alcuni casi come per la zona Valle del Serchio (11,49), Valli etrusche, Pisana e Valdera.

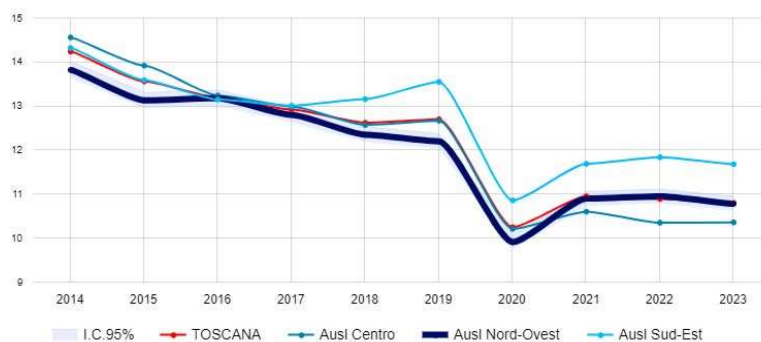
La componente femminile risulta meno presente per tali patologie, con circa 7 ricoveri ogni mille in meno rispetto ai maschi, con una punta di 8,15 ricoveri in meno per le residenti in Valle del Serchio.

L'andamento appare in lieve discesa in sintonia con il dato generale.

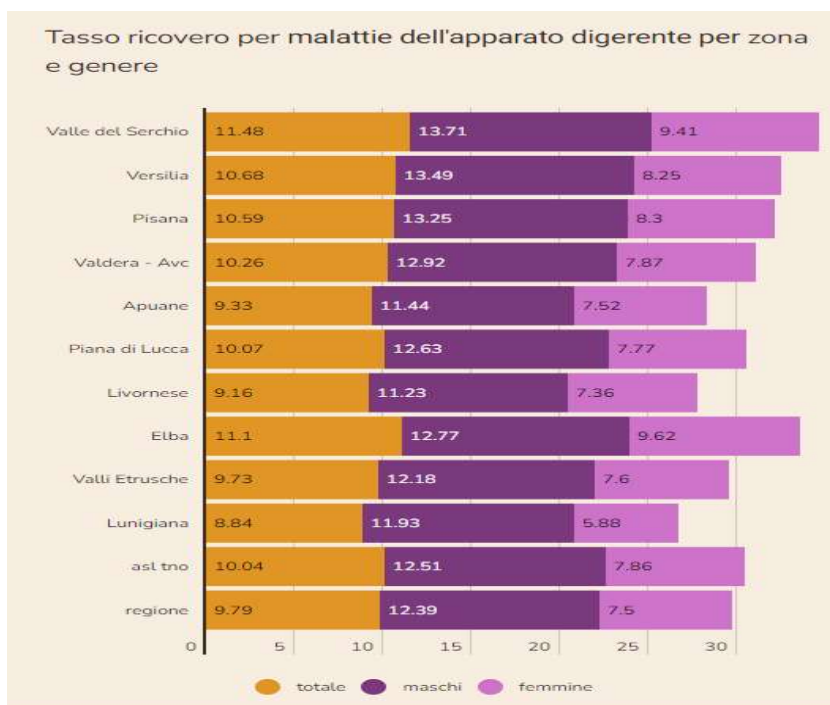
Soggetti ricoverati per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



4.7 - Soggetti ricoverati per malattie apparato digerente

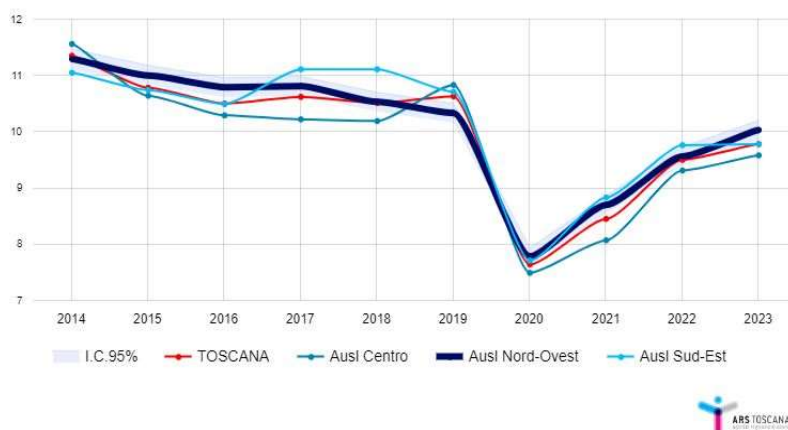


Il valore relativo al tasso di ricovero per malattie dell'apparato digerente vede la Valle del Serchio occupare il primo posto fra le zone dell'ambito Nord ovest con una punta di 13,71 ricoverati fra i maschi.

In ognuna delle zone appare colpita maggiormente la popolazione maschile con una media delle differenze per zona di 4,63 punti. Fra le femmine spicca il valore di 9,62 soggetti ricoverati elbani.

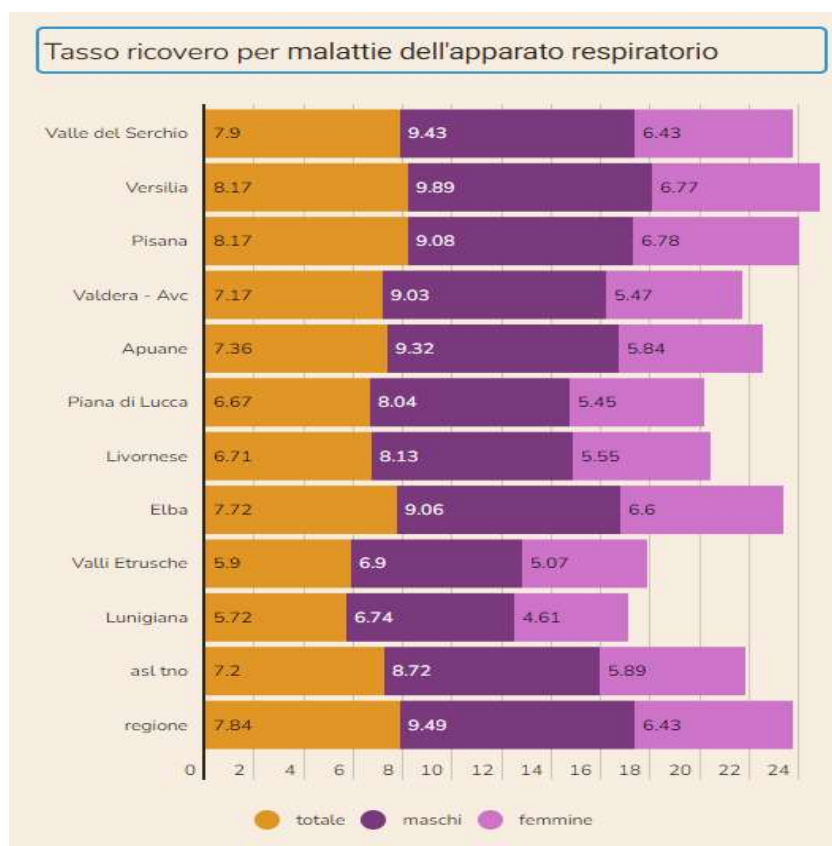
Soggetti ricoverati per malattie apparato digerente

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



L'andamento dei ricoveri per patologie dell'apparato digerente prosegue dal 2020 un trend in ascesa che si prevede possa sfiorare i dati del 2017-2018. Nell'ultimo anno il valore dell'ASL TNO appare quello più alto.

4.8 - Soggetti ricoverati per malattie apparato respiratorio



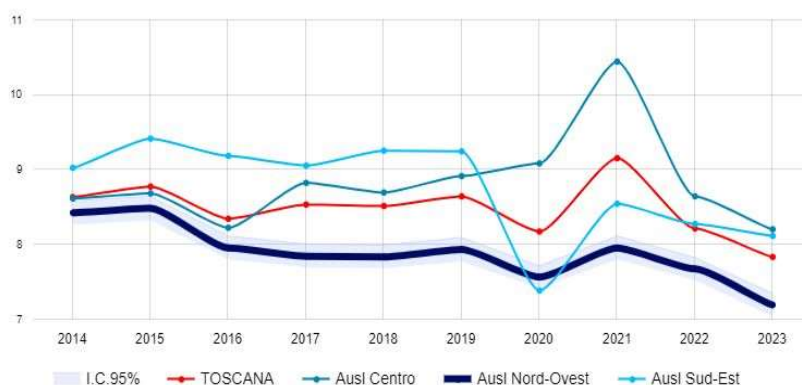
ASL Tno risulta l'ambito con minor numero di ricoveri in regione e quindi con un tasso inferiore a quello regionale di 0.64 punti.

Superano la media aziendale metà della zone della Nord ovest. In particolare le peggiori performance vengono dalle zone Versilia e Pisana. IL confronto fra generi vede favorite le femmine anche per questa tipologia di ricovero con differenza media di 2,7 punti. Per entrambe i generi la Versilia presenta i valori più alti della serie. Prosegue il trend generale di discesa nei ricoveri per patologie respiratorie che caratterizza l'andamento fin dall'inizio della serie storica, con una spinta ancor più potente da parte di ASL Tno già dal 2018.

Soggetti ricoverati per malattie apparato respiratorio

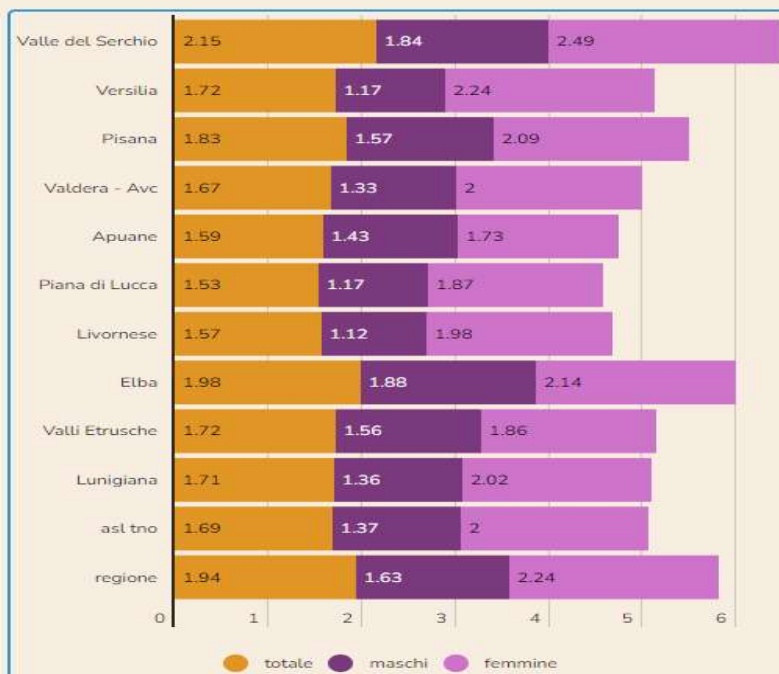
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



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

Tasso ricovero per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo per sesso e per zona

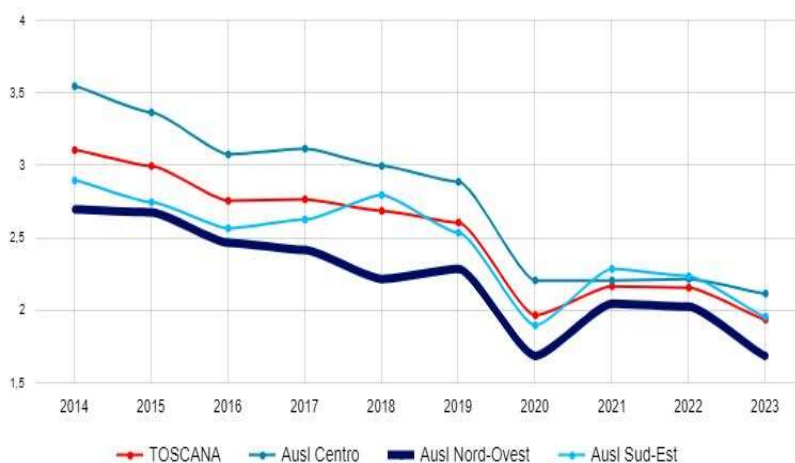


L'analisi sul totale dei casi (M+F) mostra una minore prevalenza per la nostra Asl rispetto al quadro regionale, con un quarto di punto in meno. Il valore più alto è quello della Valle del Serchio con tasso di ricovero di 2,16 soggetti ogni mille residenti. L'analisi per sesso vede una più alta prevalenza delle femmine con una media di 0,6 ricoveri in più rispetto ai maschi.

Soggetti ricoverati per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

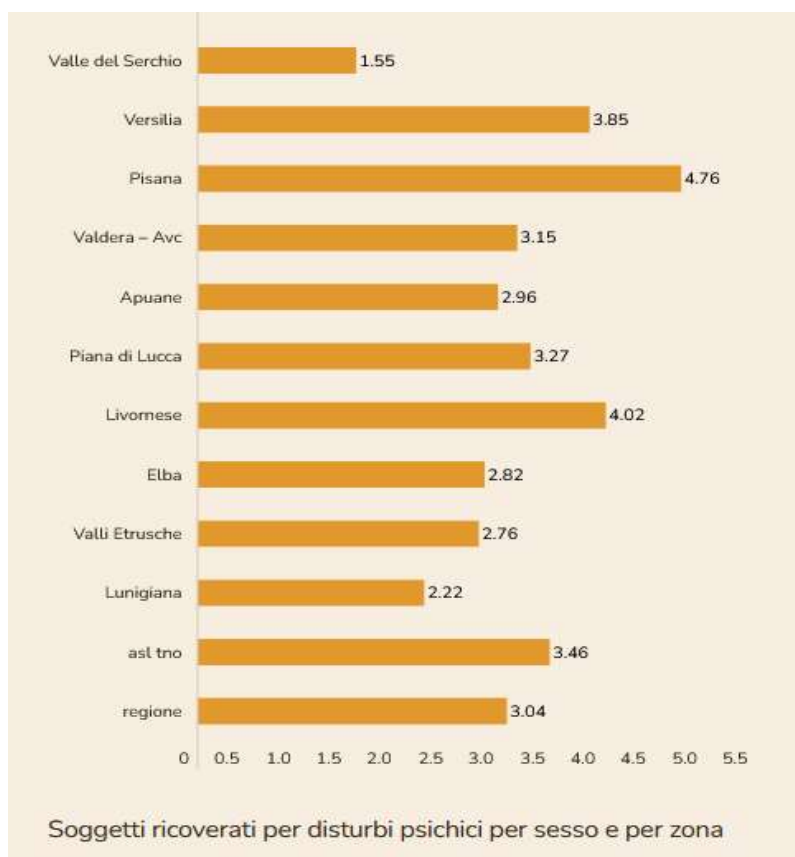
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Il grafico mostra un andamento generale in flessione, quale prosecuzione di un trend storico che pare ormai consolidato. Tale trend appare più accentuato per il nostro territorio.

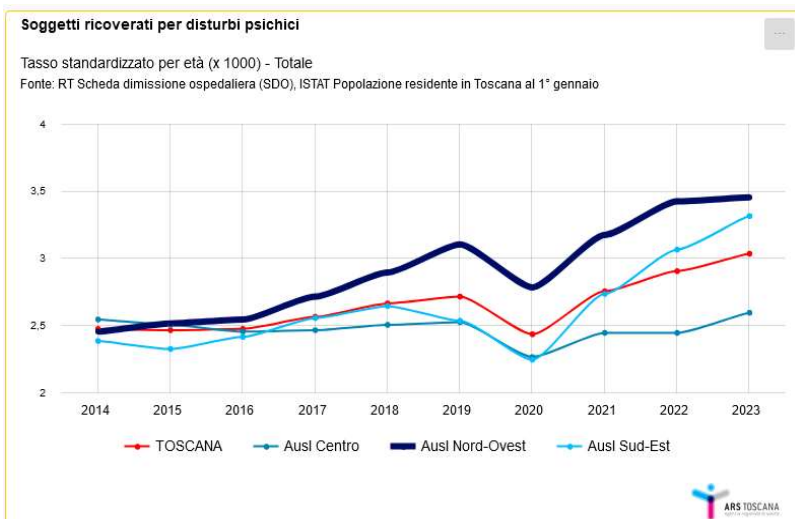


4.10 Soggetti ricoverati per disturbi psichici

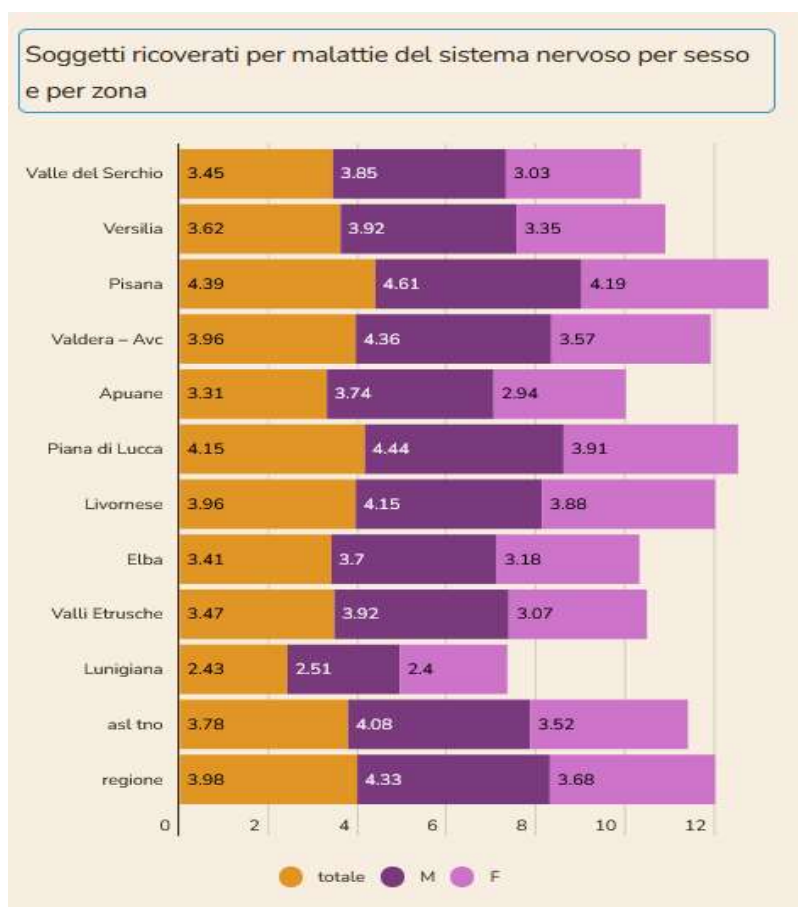


Nel complesso i ricoveri per disturbi psichici presentano i valori più alti a livello regionale con grande variabilità fra le zone dell'area Nord ovest, passando dal valore di 1,55 della Valle del Serchio a 4,76 della zona pisana.

Il trend assume due configurazioni distinte: da un lato persistono i valori più elevati da parte del nostro ambito territoriale, dall'altro continua l'aumento che dal 2016 contraddistingue tali ricoveri, pur con la parentesi del 2020 dovuta al covid.



4.11 - Soggetti ricoverati per malattie del sistema nervoso

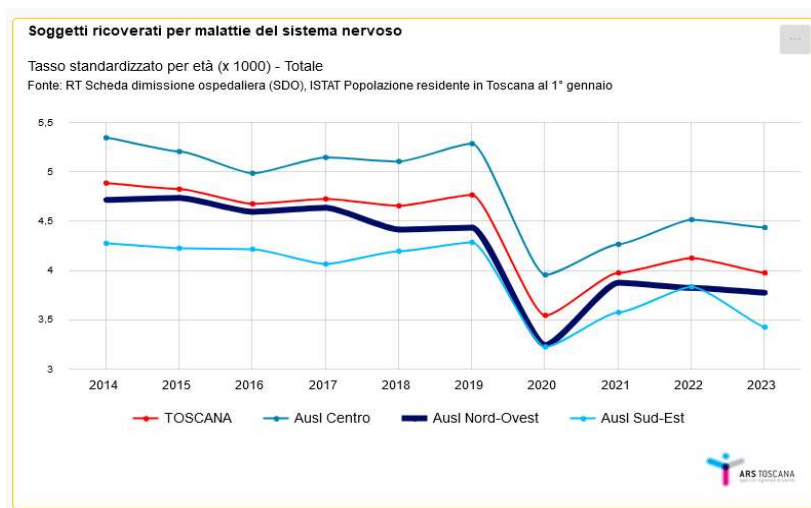


Valori inferiori a quelli regionali risultano per i ricoveri per malattie del sistema nervoso per l'area nord ovest.

Valori superiori alla media sono rilevabili per le zone Pisana, Piana di Lucca, Valdera / Avc e Livornese.

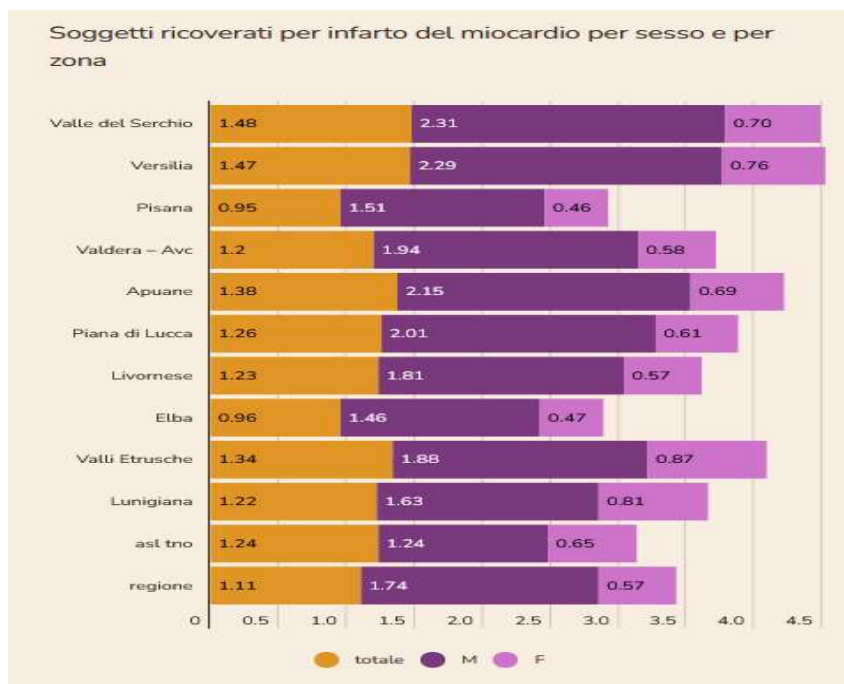
In particolare la zona Pisana presenta i valori più elevati nei due sessi (4,61 per i maschi e 4,19 per le femmine).

In generale la componente maschile si presenta ovunque come prevalente.

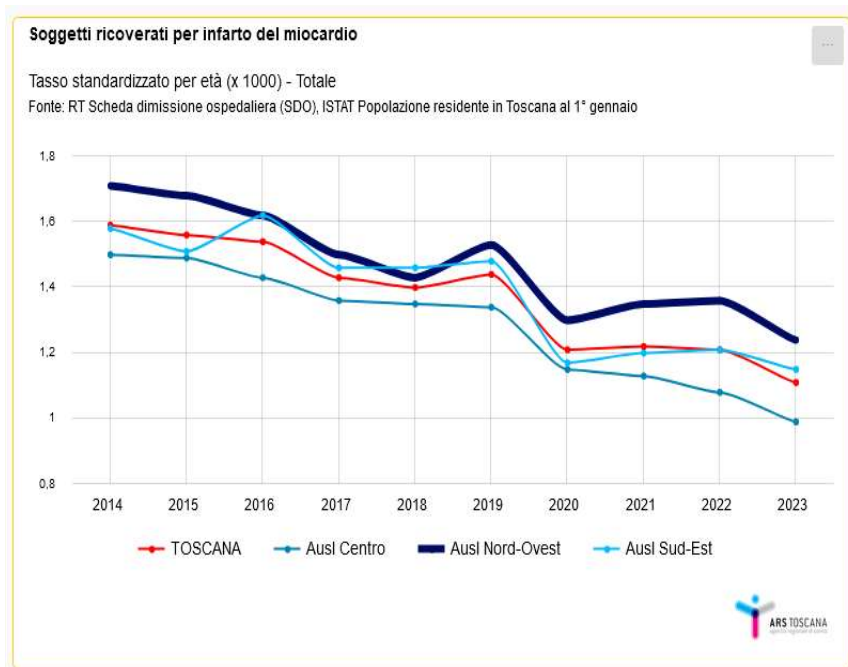


Il trend per la presente tipologia di ricovero è in leggera flessione dopo i due precedenti anni di innalzamento post covid

4.12 - Soggetti ricoverati per infarto del miocardio

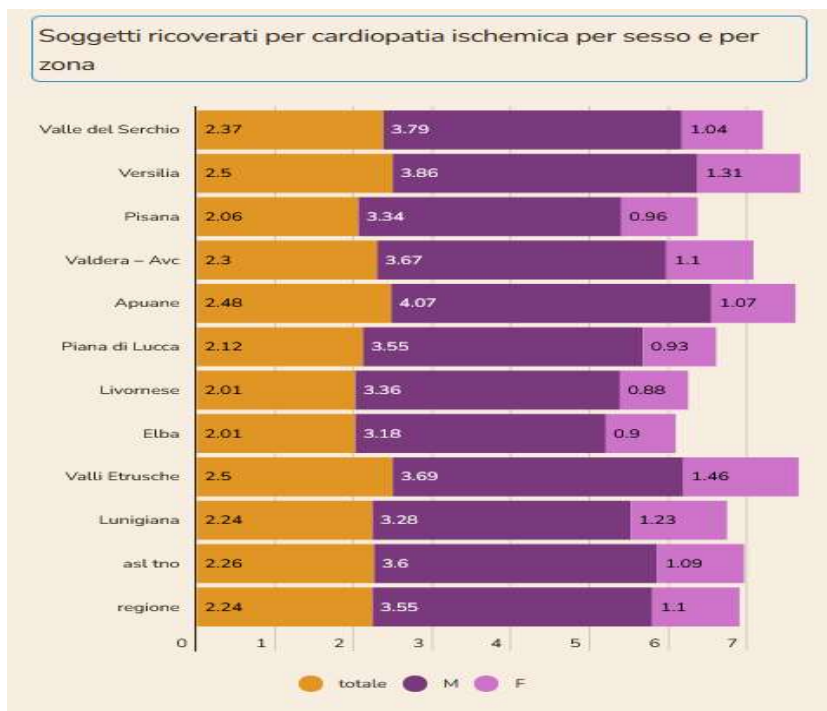


L'ambito territoriale Nord Ovest presenta un tasso di ricovero più alto della media regionale. Soprattutto i maschi riportano ovunque valori più elevati rispetto alle femmine.

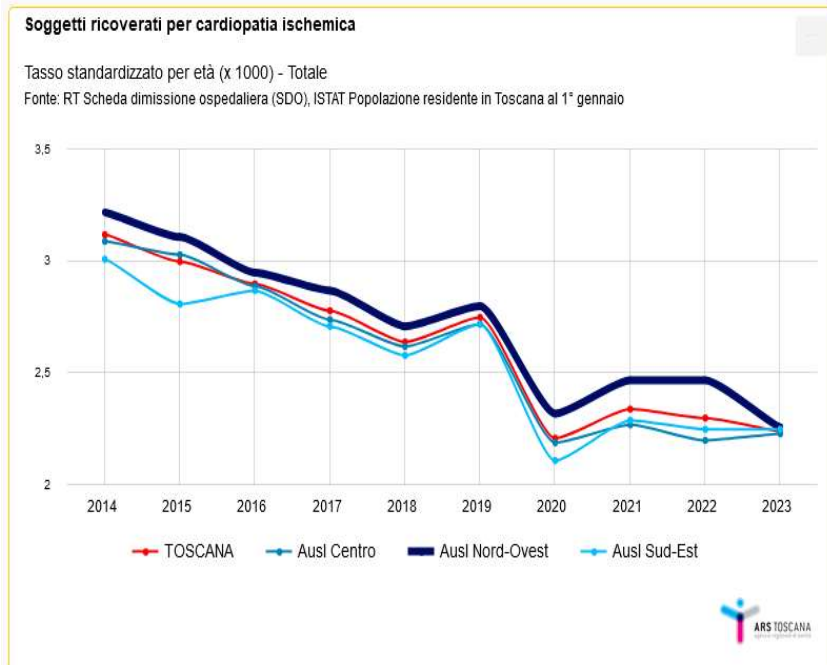


L'andamento risulta per tutti in flessione dall'inizio della serie storica, ma i valori dell'ambito Nord Ovest restano ancora al di sopra della media regionale.

4.13 - Soggetti ricoverati per cardiopatia ischemica

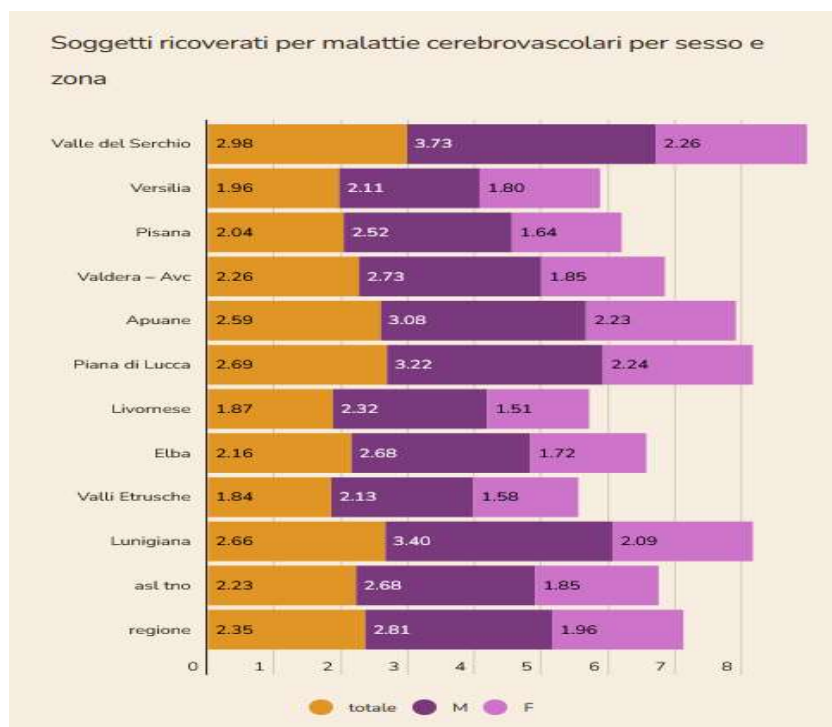


L'ambito Nord Ovest sta poco al di sopra della media regionale dei ricoveri per ischemia, dove prevalgono i maschi sul sesso opposto. Tra questi ultimi la zona Apuana è quella con la maggiore prevalenza (4,07 ricoveri su mille), mentre fra le femmine Valli etrusche presenta la quota più alta.

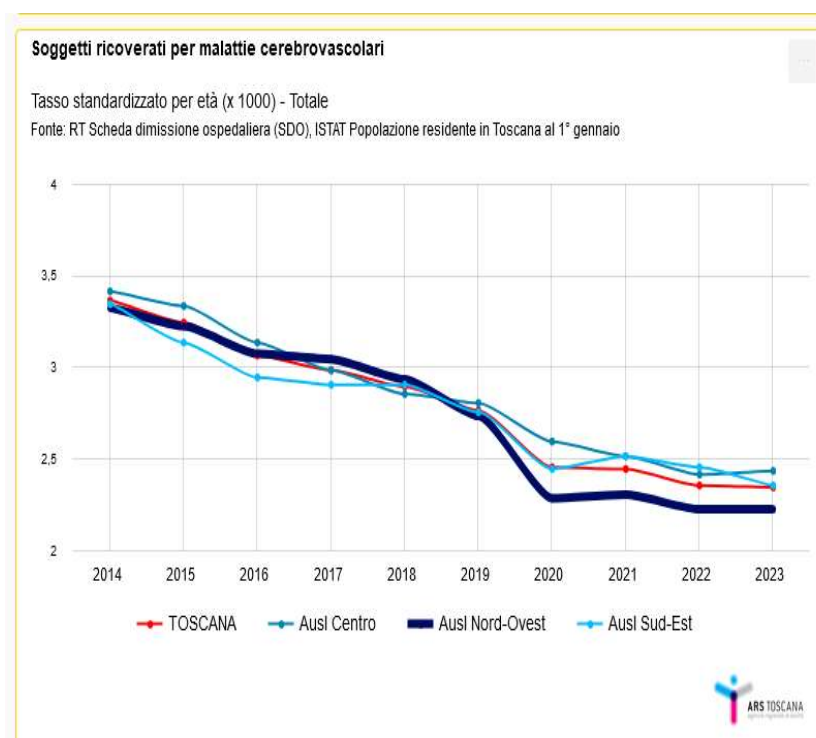


Tendenza generale alla flessione dei ricoveri da inizio della serie storica con prevalenza fino all'ultimo anno da parte dell'ASL Tno.

4.14 - Soggetti ricoverati per malattie cerebrovascolari

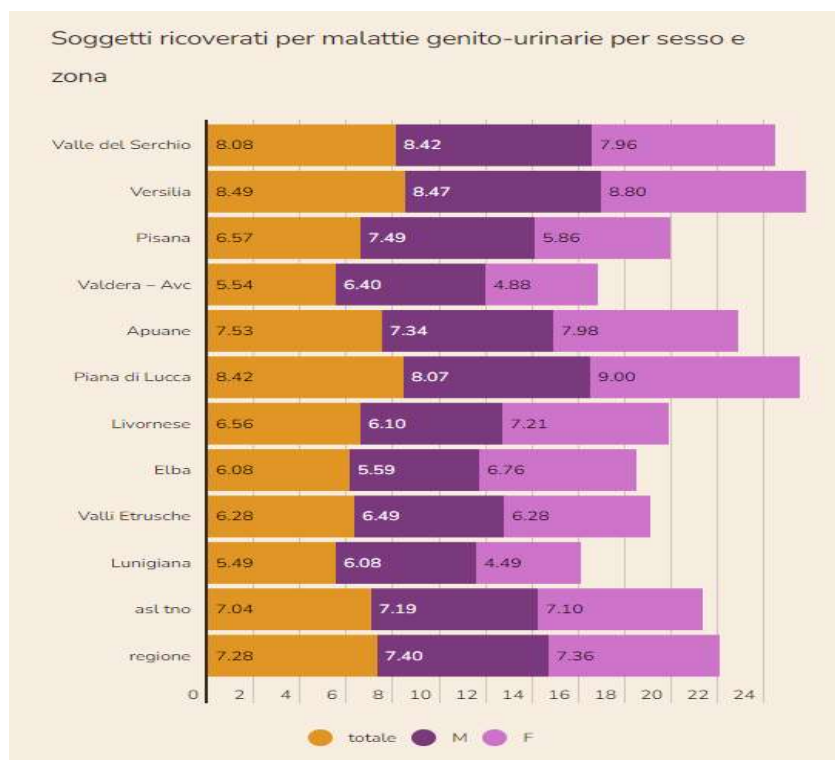


Per queste patologie l'ASL Tno presenta volumi inferiori alla media regionale. Anche in questo caso la prevalenza maschile è chiara. Per quanto riguarda le zone vediamo che è presente in entrambi i sessi una forte prevalenza della zona Valle del Serchio e su scala minore anche la zona Lunigiana.



Anche per queste patologie continua la costante flessione nei ricoveri. Il trend è ancor più accentuato per la nostra azienda dal 2020.

4.15 - Soggetti ricoverati per malattie apparato genito urinario



L'ospedalizzazione per malattie dell'apparato genito urinario vede il nostro ambito nord ovest leggermente sotto la media regionale. Non vi è una chiara predominanza fra i due sessi nelle dieci zone: metà delle zone prevalgono i maschi e nell'altra metà le femmine.

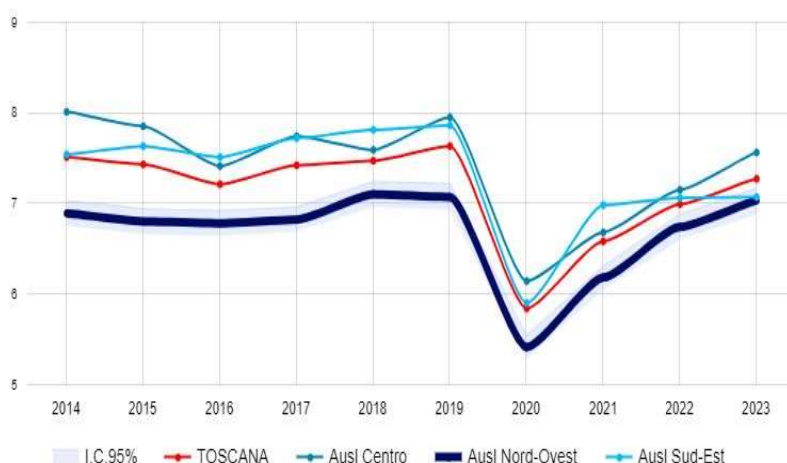
In generale superano il dato aziendale tutte le zone nord (Versilia, Piana di Lucca, Valle del Serchio e Apuane) eccetto la Lunigiana.

Per i maschi oltre alle zone predette, si aggiunge anche la zona pisana, mentre per le femmine alle zone nord si aggiunge quella livornese, al posto della pisana.

Soggetti ricoverati per malattie apparato genito urinario

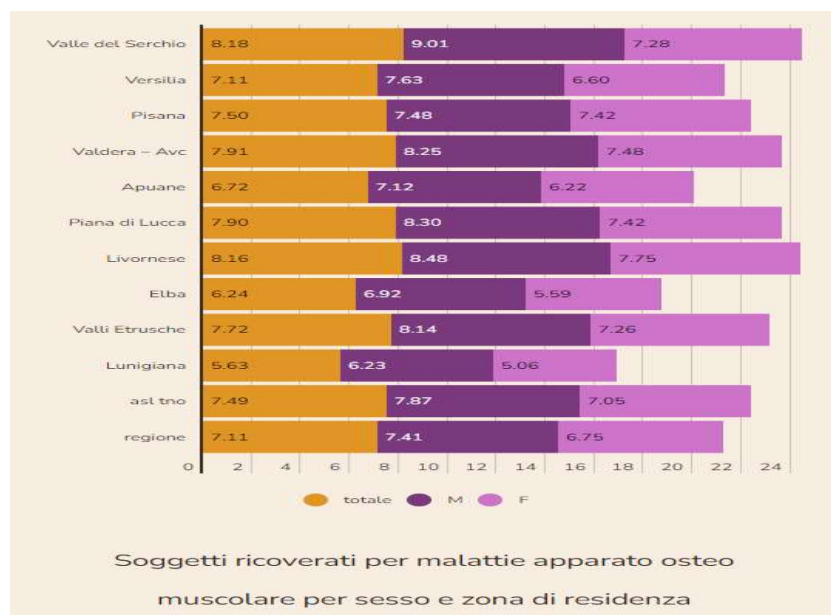
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



Il trend è in ascesa dal 2020 dopo anni di volumi di attività sempre costanti e con Asl Tno sempre con volumi inferiori agli altri ambiti territoriali regionali.

4.16 - Soggetti ricoverati per malattie apparato osteo muscolare

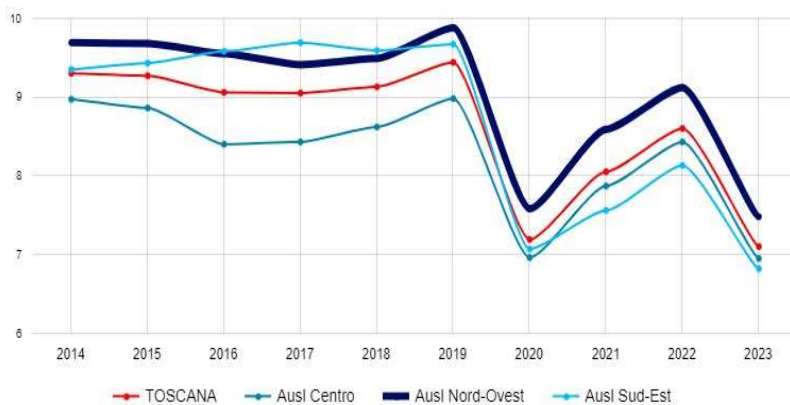


Il ricorso al ricovero per questo gruppo di patologie è a prevalenza maschile. Superano la media aziendale (7,49) sei delle dieci zone, con punte del 9,01 fra i maschi della Valle del Serchio e di 7,75 per le femmine della zona Livornese.

Soggetti ricoverati per malattie apparato osteo muscolare

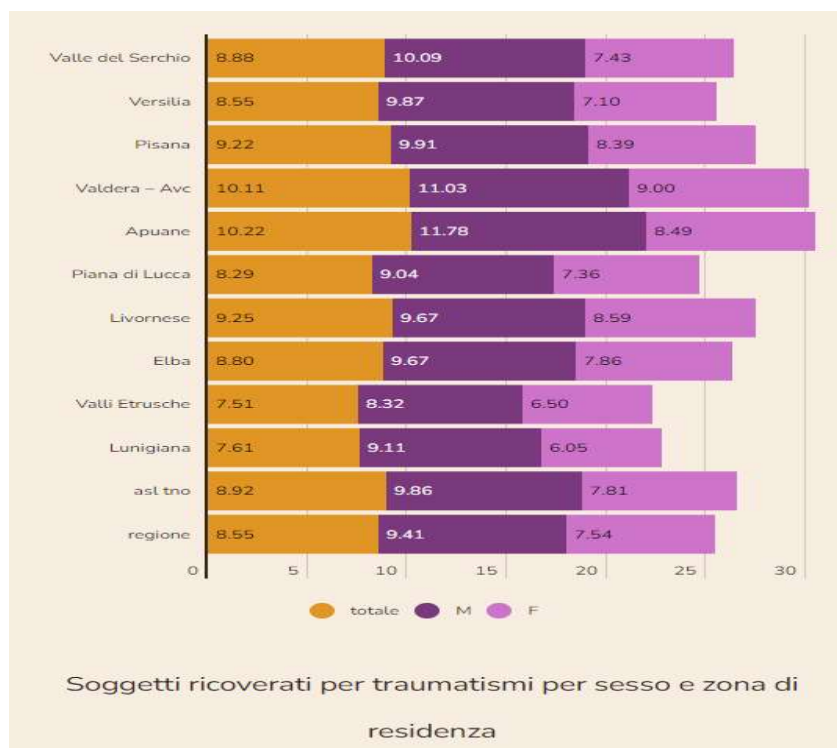
Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



Recente trend in flessione del numero dei ricoveri dopo una serie di anni con costante volume dal 2014 al 2019 e ripresa dal 2020 al 2022.

4.17 - Soggetti ricoverati per traumatismi



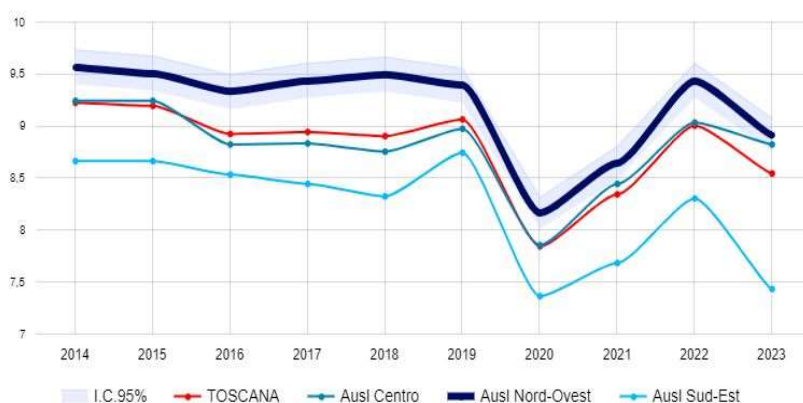
I ricoveri per trauma sono a prevalenza maschile. In generale dati sopra la media aziendale (8,92 ricoveri ogni mille residenti) sono osservabili per le zone Apuane. Valdera e Pisana con 9-10 ricoveri ogni mille residenti. Fra i soli maschi superano il dato aziendale Apuane (11,78), Valdera (11,03), Valle del Serchio (10,09) e zona Pisana (9,91).

Fra le femmine il dato più alto si raggiunge in Valdera con 9 ricoverate su mille.

Soggetti ricoverati per traumatismi

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

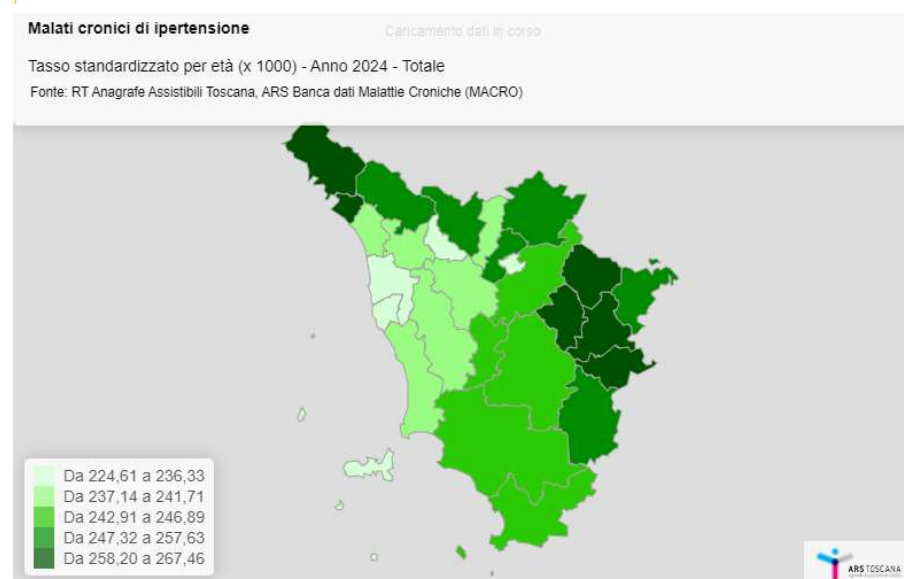
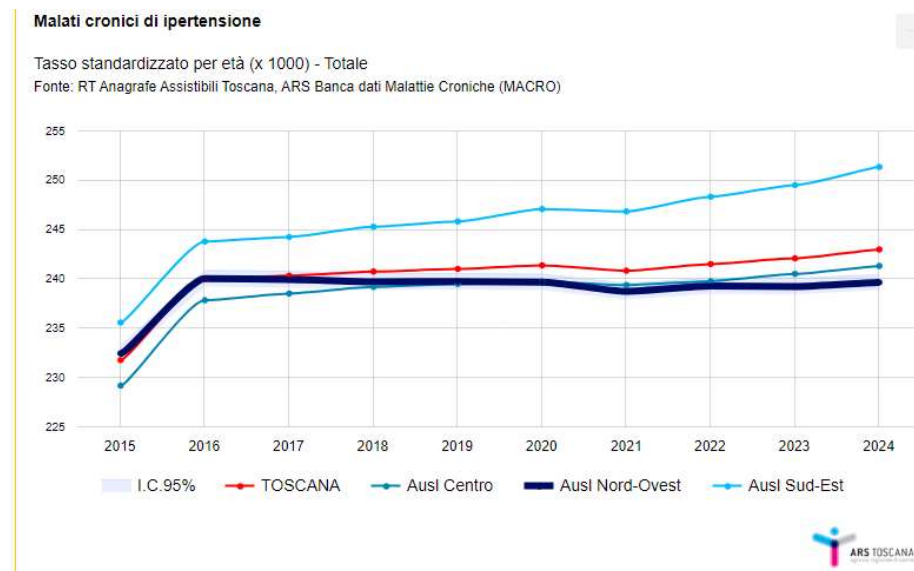
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Trend simile all'indicatore precedente con recente flessione dopo una serie di anni con andamento a valori costanti, netta flessione con il 2020 e risalita negli anni 2020-2022.

Capitolo 5 – Alcune patologie di particolare interesse

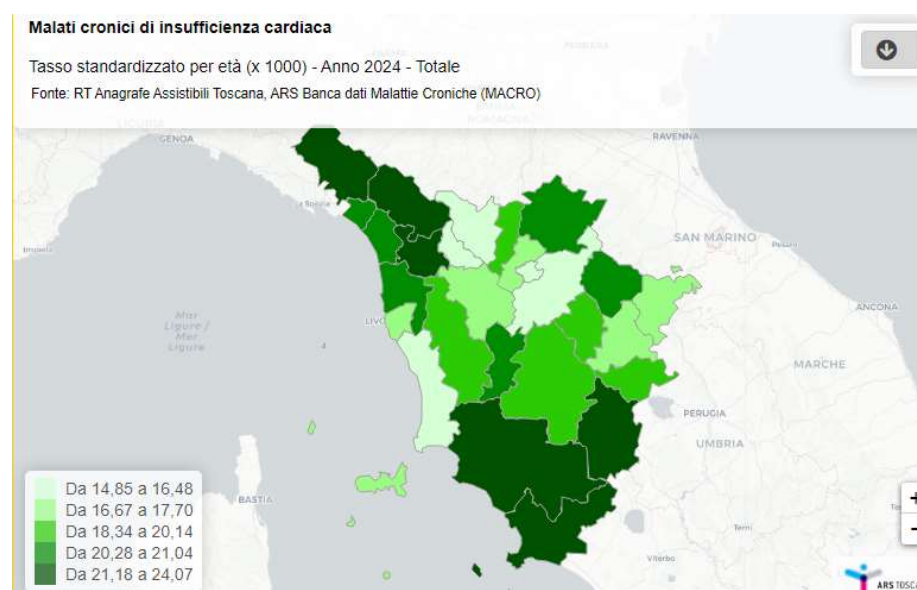
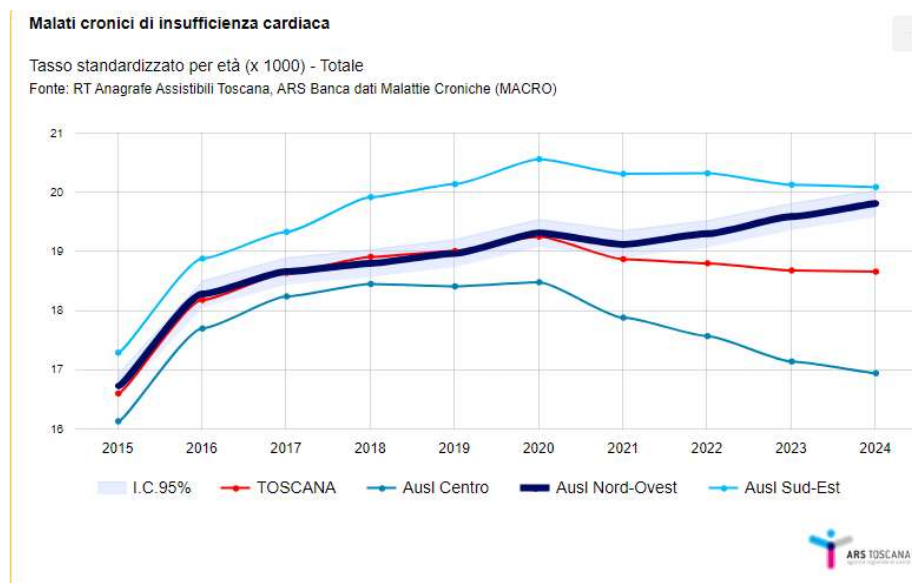
5.1 - Malati cronici di ipertensione



Al 1 Gennaio 2024 non si sono registrate importanti variazioni del numero di ipertesi.

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

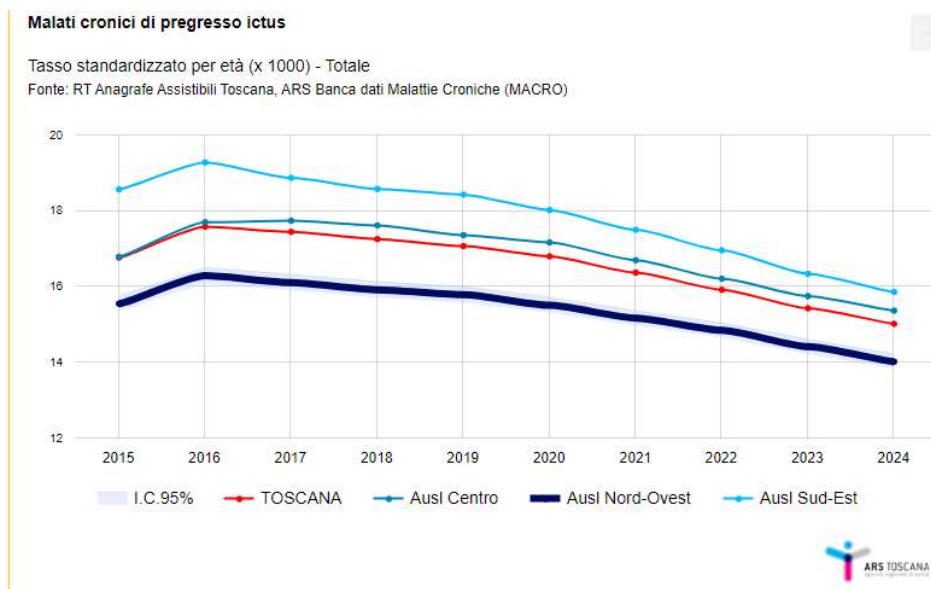
5.2 - Malati cronici di insufficienza cardiaca



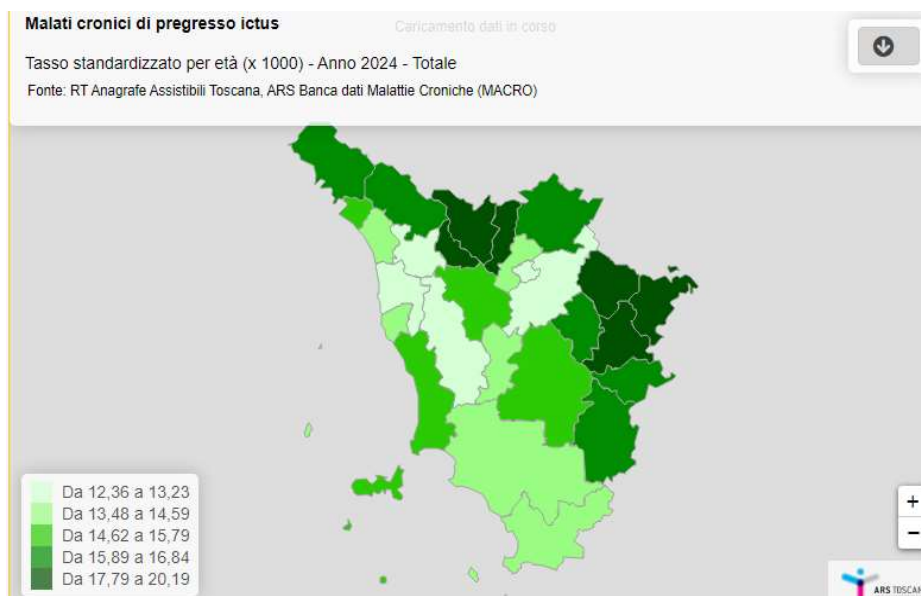
Per quanto riguarda l'insufficienza cardiaca, negli ultimi anni l'ATNO ha un trend che, rispetto all'andamento regionale negli ultimi anni, mostra una tendenza all'aumento della prevalenza.

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

5.3 - Malati cronici di pregresso ictus

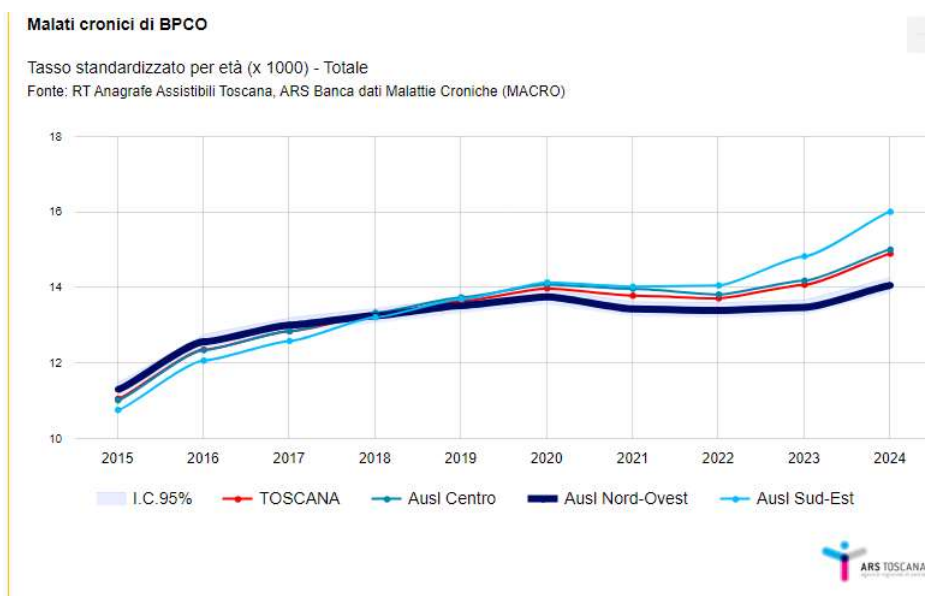


L'ictus rappresenta la principale causa di disabilità, la seconda di demenza e la terza causa di morte nella popolazione, con elevati costi sanitari e sociali. La prevalenza dei malati cronici di ictus continua ad essere in decremento a livello regionale dal 2017 e l'ATNO mantiene il più basso valore di prevalenza a livello regionale.

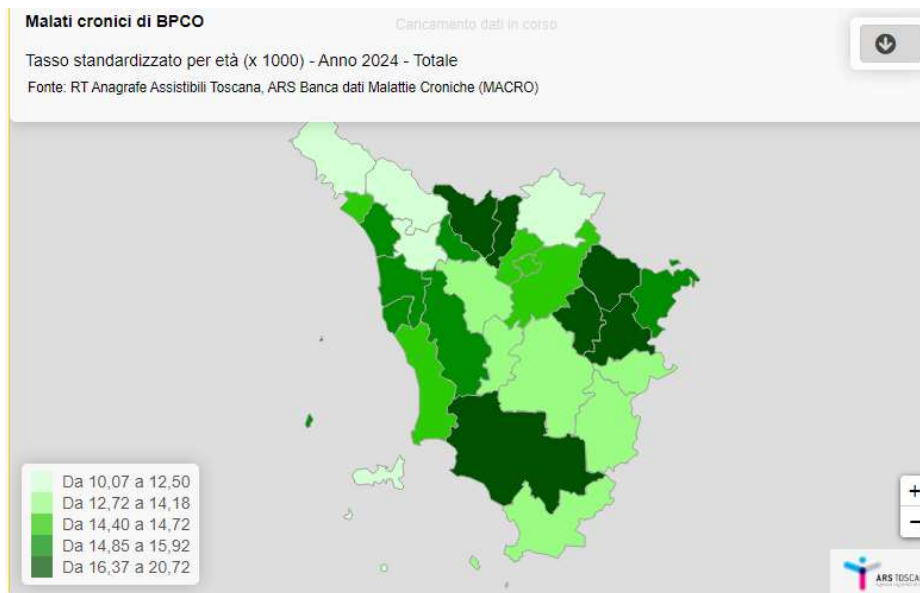


Le zone con i valori più alti sono: la Valle del Serchio e la Lunigiana; mentre quelle a bassa prevalenza la Pisana, la Piana di Lucca e l'Alta val di Cecina – Valdera.

5.4 - Malattie respiratorie e BPCO



La prevalenza dei malati di BPCO è stata in costante e progressivo aumento sia a livello regionale che aziendale fino al 2020 con una ripresa al 1 Gennaio 2024 seppur il valore aziendale si mantiene lievemente inferiore rispetto alla media regionale.



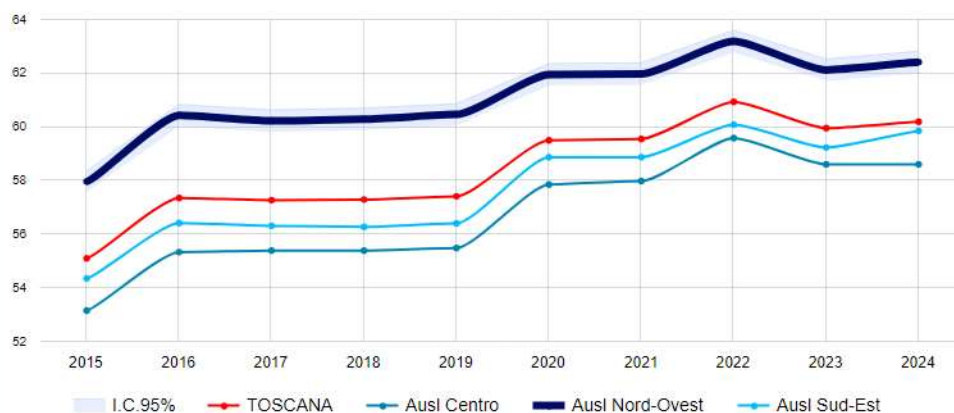
Le zone con i valori più alti sono: la Pisana, la Alta val di Cecina – Valdera, Versilia e la Livornese; mentre quelle a bassa prevalenza l'Elba, la Lunigiana, la Valle del Serchio e la Piana di Lucca.

5.5 - Malati cronici di diabete

Malati cronici di diabete mellito

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



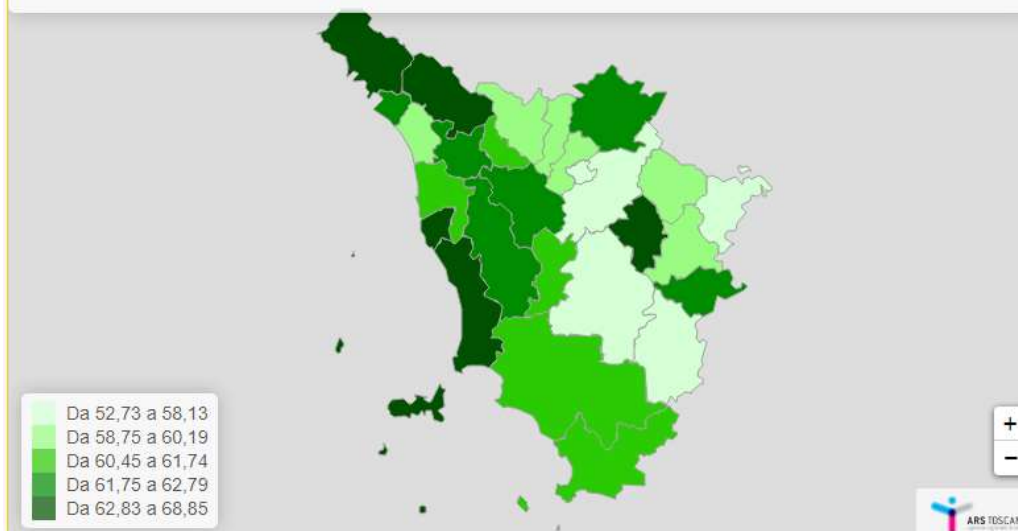
Per il diabete si è osservato nell'ultimo decennio un aumento della prevalenza in tutta la Regione Toscana compresa l'ATNO che rimane al di sopra del valore regionale. Al 01/01/2024 la prevalenza della malattia è sostanzialmente invariata a livello aziendale e regionale.

Malati cronici di diabete mellito

Caricamento dati in corso

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

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



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

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).

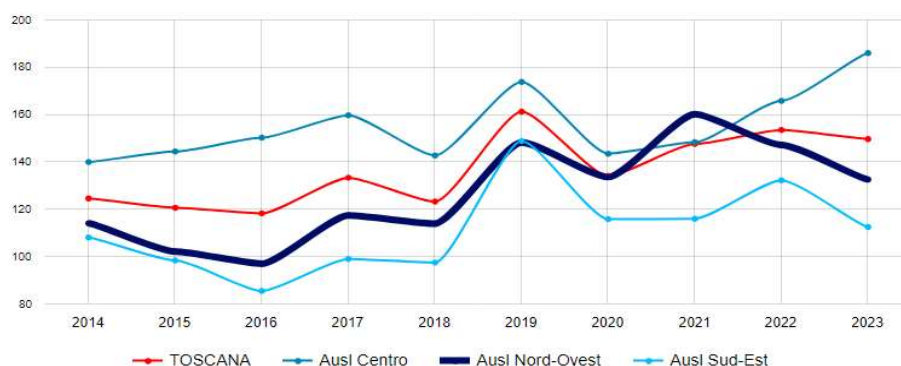
5.6.1 - Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 giorni dalla dimissione

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 2023 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 1 (inversione di tendenza rispetto all'anno precedente) e 2, mentre è più basso nella ex-ASL 12.

Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 gg dalla dimissione

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



Ricoveri ripetuti in psichiatria entro 30 gg dalla dimissione

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2023 - Totale

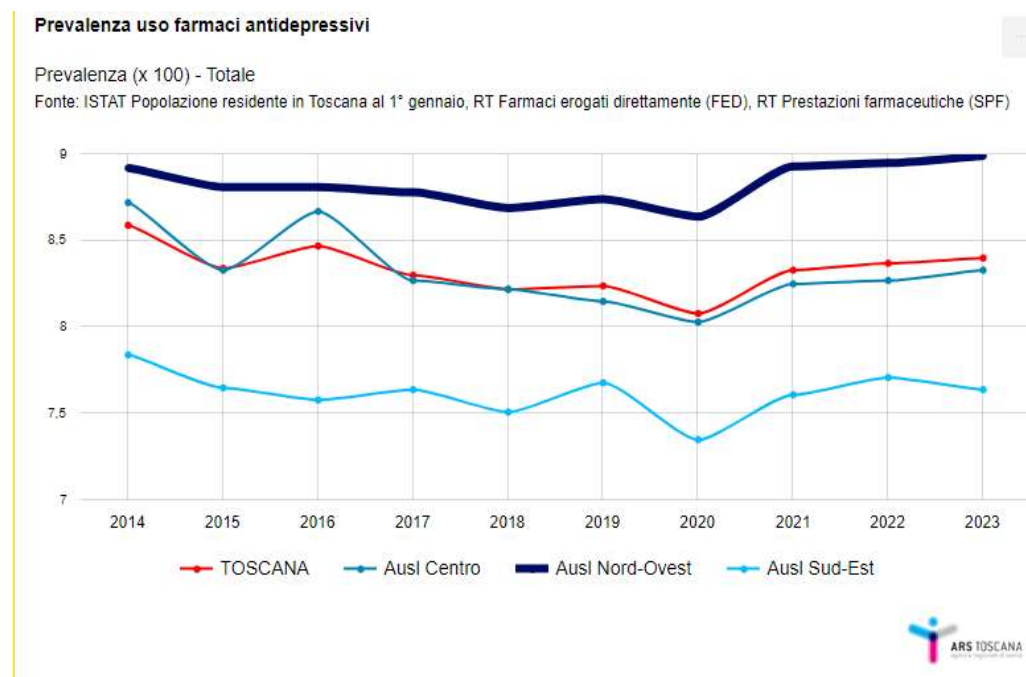
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	1.695	148,37	149,88	142,01	157,76
AUSL CENTRO	853	189,05	186,21	172,35	200,07
AUSL NORD-OVEST	537	125,56	132,84	119,91	145,77
ex ASL 1 - Massa e Carrara	107	184,48	173,33	138,40	208,26
ex ASL 2 - Lucca	120	154,84	140,15	112,77	167,54
ex ASL 5 - Pisa	149	112,03	134,86	108,39	161,34
ex ASL 6 - Livorno	98	99,49	98,71	74,57	122,85
ex ASL 12 - Viareggio	63	103,79	98,03	72,48	123,59
AUSL SUD-EST	305	115,75	112,76	99,41	126,10



5.6.2 - Prevalenza d'uso farmaci antidepressivi

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



Nel 2023 la frequenza della popolazione residente in trattamento con farmaci antidepressivi (codice ATC: N06A) resta in linea in tutta la Regione e anche in ATNO che rimane comunque al di sopra del valore regionale.

Capitolo - 6 La salute dei gruppi di popolazione

6.1 - Soggetti ricoverati per parto

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



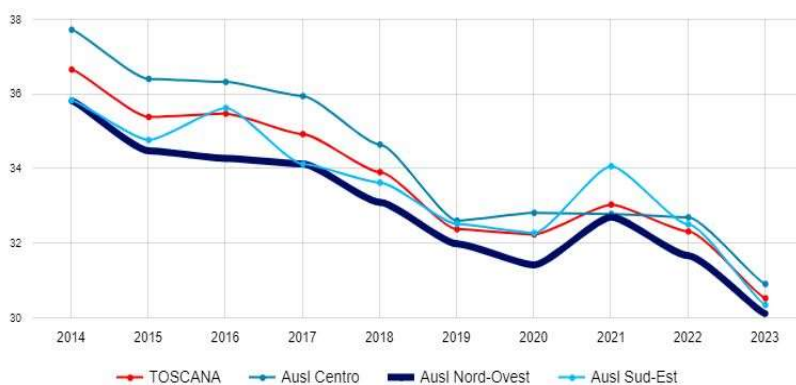
La zona della Valdera / Alta val di Cecina presenta la punta per i ricoveri per parto (34,11 parti ogni mille donne residenti).

La zona Elba registra all'opposto la quota più bassa per questi ricoveri (25,91). Superano la media aziendale le zone della Valle del Serchio e della piana di Lucca, nonché la Livornese e le Valli etrusche.

Soggetti ricoverati per parto

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Femmine

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



La nostra asl mantiene la quota più bassa di ricoveri per parto ormai da un decennio.



6.2 - Dimissioni ospedaliere per parto cesareo

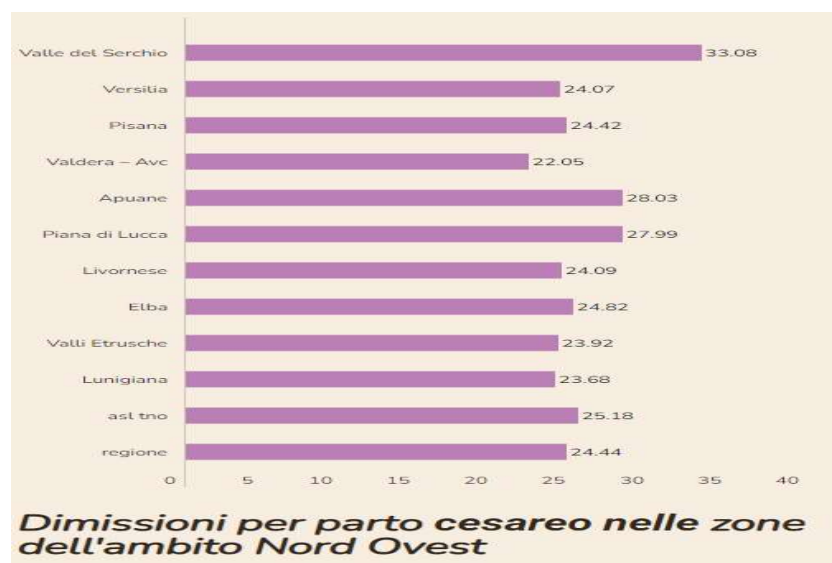
La proporzione di Taglio Cesareo (TC) misura il livello di accesso e di utilizzo di un intervento ostetrico efficace e salvavita in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. Tuttavia, è un intervento associato a rischi materni e perinatali sia immediati che a lungo termine. La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

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

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

La proporzione di TC in Italia è la più alta in assoluto tra i 17 Paesi europei dell'Area Euro e si verifica una variabilità tra le regioni, con un gradiente crescente di ricorso al TC dal Nord al Meridione.

Per queste ragioni la proporzione di TC sul totale dei parti continua a essere uno degli indicatori di salute riproduttiva e di qualità dell'assistenza più utilizzati a livello internazionale e continuamente monitorati a livello nazionale e regionale.

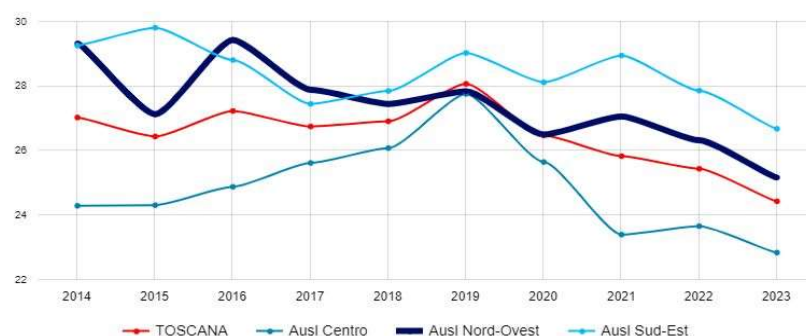


Le zone che superano il valore medio aziendale risultano quelle della Valle del Serchio, Apuane e Piana di Lucca. La quota più alta con 33,08 dimissioni ogni mille viene rilevata per la Valle del Serchio.

Dimissioni ospedaliere per parto cesareo

Rapporto (x 100) - Femmine

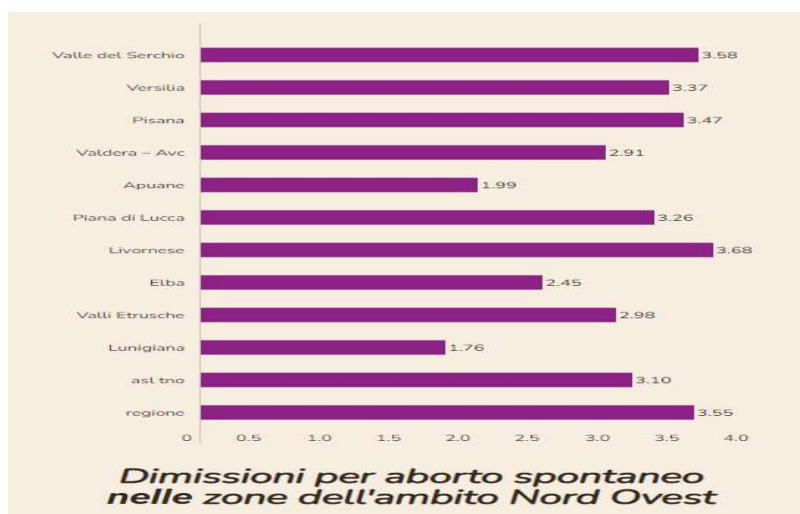
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



L'andamento decennale mostra una flessione lenta e costante anche se con quantità inferiori all'area sud est, ma superiori alla media regionale.

6.3 - Ospedalizzazione per aborto spontaneo

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

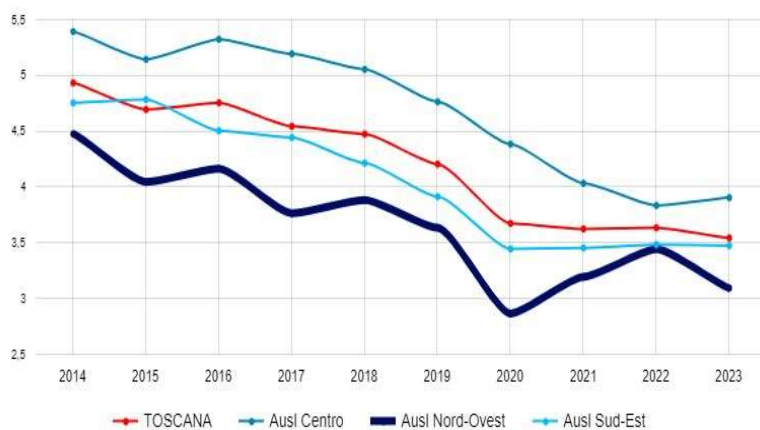


Riguardo questo indicatore c'è da dire che area pisana, Versilia, Valle del Serchio e Piana di Lucca superano la media aziendale, oltre alla zona livornese che ha il primato per il 2023 su tutte le zone, con 3,38 ricoveri per aborto spontaneo ogni mille residenti.

Ospedalizzazione per aborto spontaneo

Tasso grezzo (x 1000) - Femmine

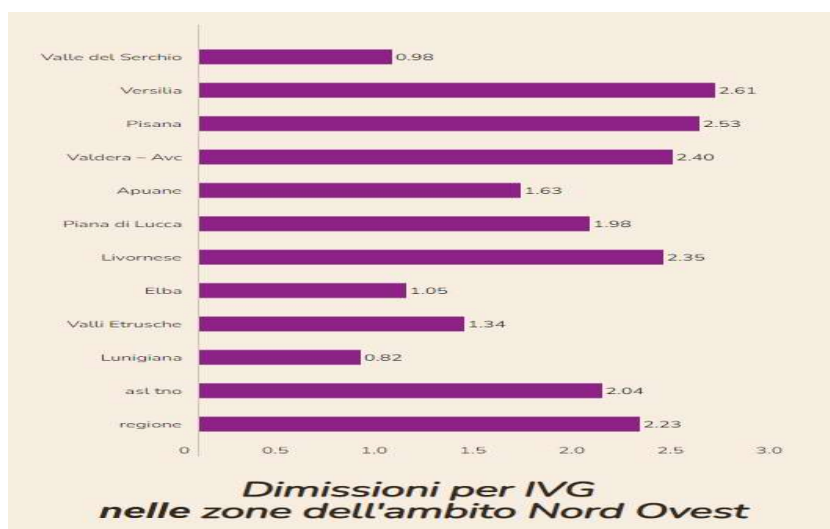
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



In merito al trend decennale del fenomeno si osserva come il dato relativo all' ASL TNO sia sempre risultato sotto quello della media regionale e delle altre due ASL territoriali.

6.4 - Dimissioni ospedaliere per Interruzione Volontaria di Gravidanza

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, dall'uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall'offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. Grazie agli sforzi fatti in questi anni per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate e a diffondere l'informazione sulla procreazione responsabile, in particolare dai consultori familiari verso la popolazione immigrata o minorenni, il fenomeno delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) è in diminuzione in Toscana, così come in Italia.

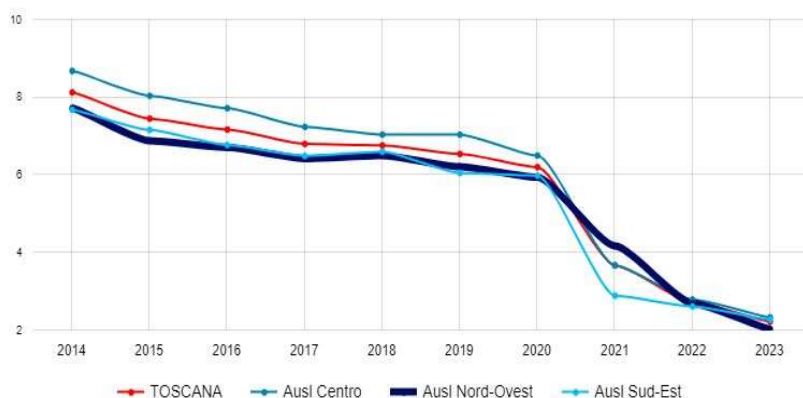


Superano il dato medio aziendale le zone della Versilia, pisana, Valdera – Avc e livornese. La zona col peggior dato è ancora quella della Versilia con 2,61 dimissioni ogni mille donne residenti in età fertile.

Dimissioni ospedaliere per Interruzione Volontaria di Gravidanza

Tasso grezzo (x 1000) - Totale

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



L'ASL TNO è di nuovo l'ambito territoriale con il dato più basso. In generale continua la netta flessione delle dimissioni per IVG che era già presente, ma che accelera dal periodo covid fino ad oggi.

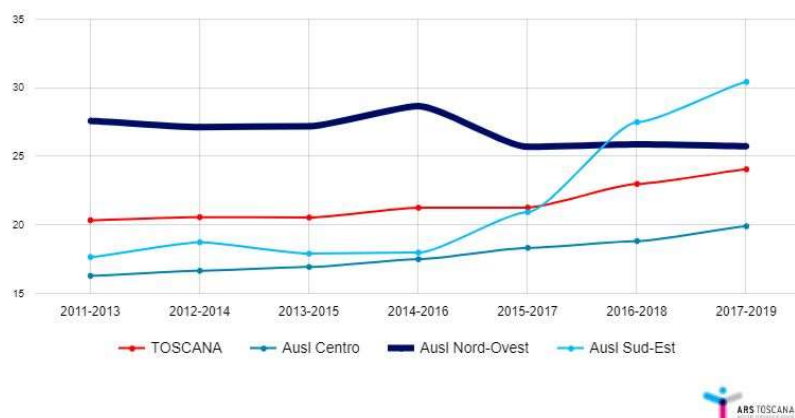
6.5 - Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita

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

Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita

Totale

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



Nelle pagine seguenti presenteremo gli indicatori più aggiornati (triennio 2021-2023), accanto ad indicatori indispensabili per la loro importanza descrittiva.

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

Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita | AUSL NORD-OVEST | Indicatori socio-sanitari in Toscana

Residenza	Numero soggetti	Numero malformazioni	Tasso
REGIONE TOSCANA	1720	2348	24,09
ex ASL 1 - Massa e Carrara	75	97	24,66
ex ASL 2 - Lucca	158	194	36,19
ex ASL 5 - Pisa	181	266	26,49
ex ASL 6 - Livorno	119	183	19,08
ex ASL 12 - Viareggio	67	86	23,95

6.6 - Mortalità infantile

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

Tasso grezzo (x 1000) - Periodo 2018-2020 - Totale
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)

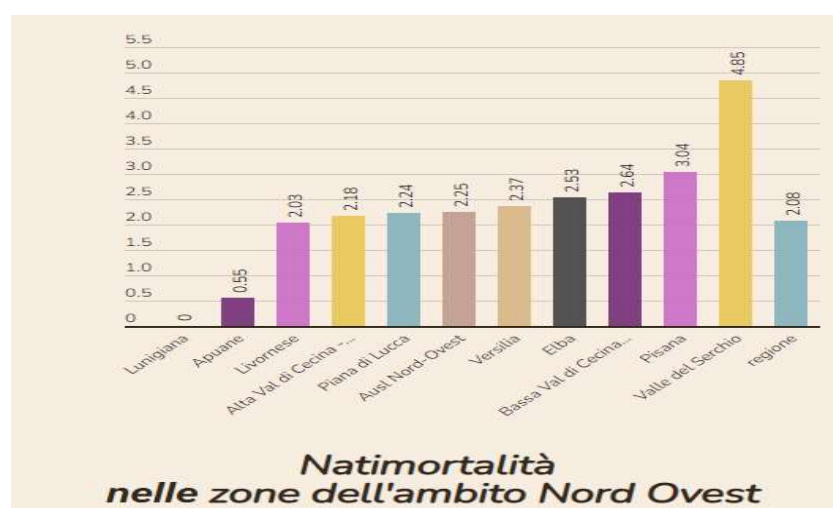
Residenza	Deceduti	Tasso grezzo	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	123	1,66	1,37	1,95
AUSL CENTRO	52	1,53	1,12	1,95
AUSL NORD-OVEST	40	1,66	1,15	2,18
ex ASL 1 - Massa e Carrara	7	2,13	0,55	3,70
ex ASL 2 - Lucca	6	1,34	0,27	2,42
ex ASL 5 - Pisa	13	1,83	0,84	2,83
ex ASL 6 - Livorno	11	1,72	0,70	2,73
ex ASL 12 - Viareggio	3	1,06	0	2,26
AUSL SUD-EST	31	1,92	1,25	2,60



6.7 - Natimortalità

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



aziendale ed a quella regionale la Valle del Serchio con il valore di natimortalità di 4,85. Livornese, Apuane e Lunigiana risultano le migliori della graduatoria.

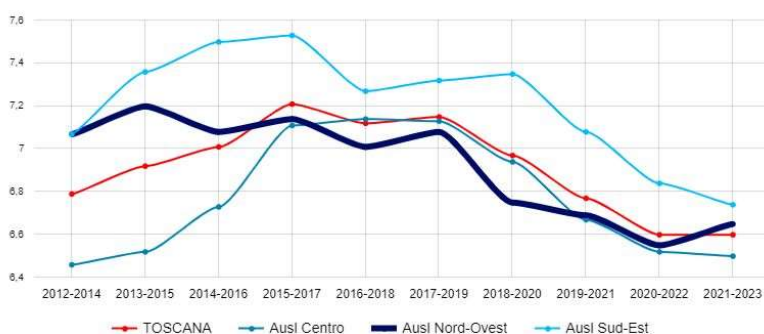
6.8 – Nati vivi di peso alla nascita basso

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

Nati vivi di peso alla nascita basso

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)



Dati triennio 2021-2023:

Ausl Sud Est Tasso =6,74

Ausl Nord Ovest Tasso = 6,65

Ausl Centro Tasso =6,50

Regione Tasso = 6,60

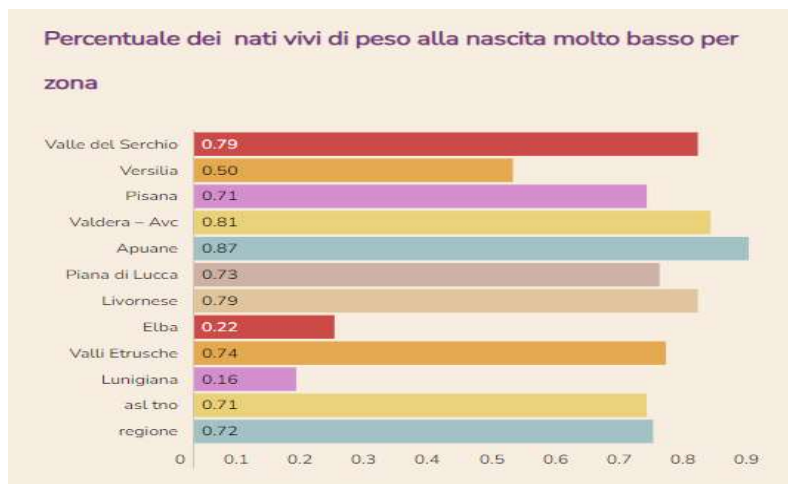
Percentuale dei nati vivi di peso alla nascita basso per zona



L'articolazione del dato percentuale per zona distretto vede le zone Versilia, Pisana, Piana di Lucca e Apuane con dati superiori dalla media aziendale (6,65% dei nati vivi sono sottopeso).

La situazione migliore è quella dell'Elba che presenta la più bassa percentuale con il valore del 5,38%.

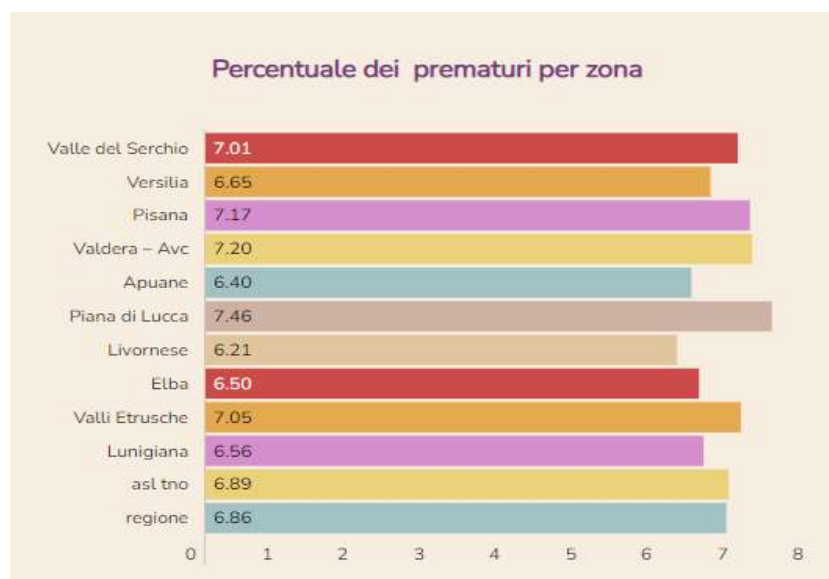
6.9 - Nati vivi di peso alla nascita molto basso



La proporzione x 100 nati vivi di bambini con peso alla nascita molto basso, se confrontato per zona, vede sette delle dieci zone con valori al di sopra del limite medio aziendale (0,71%). Le migliori situazioni vedono Lunigiana ed Elba con proporzioni rispettivamente di 0,16 e 0,22%.

Residenza	Nati peso molto basso	Proporzione
REGIONE TOSCANA	453	0,72
AUSL NORD-OVEST	144	0,71
ex ASL 1 - Massa e Carrara	19	0,71
ex ASL 2 - Lucca	28	0,74
ex ASL 5 - Pisa	46	0,75
ex ASL 6 - Livorno	39	0,73
ex ASL 12 - Viareggio	12	0,50

6.10 - Nati vivi prematuri

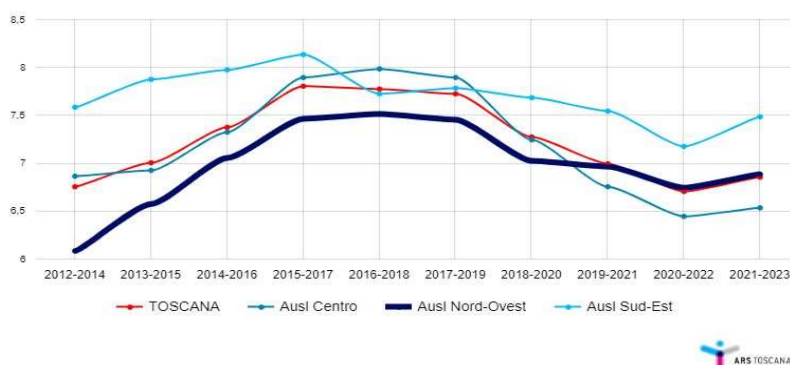


La metà delle zone supera il valore percentuale medio aziendale (> 6,89%).

La zona col valore maggiore è quella della Piana di Lucca che nel triennio 2021-2023 registra il dato del 7,46% di nati vivi prematuri.

Nati vivi prematuri

Proporzione (x 100) - Totale
Fonte: RT Certificato assistenza al parto (CAP)

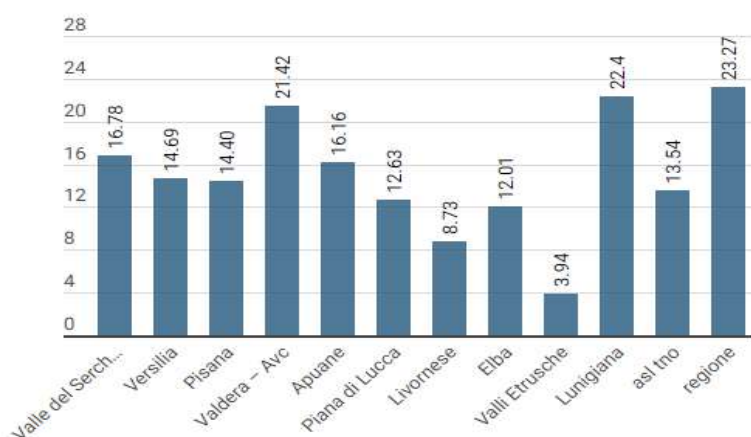


Nell'ultimo periodo si registra una leggera risalita nella nascita di prematuri. La ASL TNO presenta valori molto vicini alla media regionale.

6.11 - Anziani assistiti in domiciliare diretta

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

% anziani assistiti in domiciliare diretta per zona (Anno 2022)



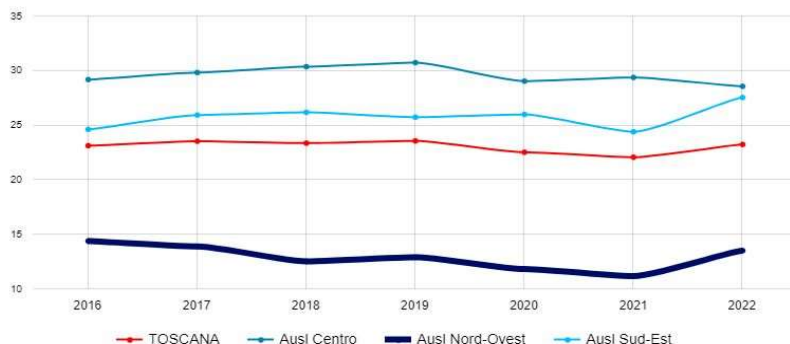
Il confronto tra zone e con il valore medio regionale fornisce un dato con valori più bassi per la nostra azienda, con l'unica eccezione della zona Lunigiana (22,4 anziani su cento assistiti in ADI) che si avvicina al dato regionale.

Il dato aziendale supera alcune zone dell'ambito meridionale quali livornese, Elba e Valli etrusche.

Anziani assistiti in domiciliare diretta

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



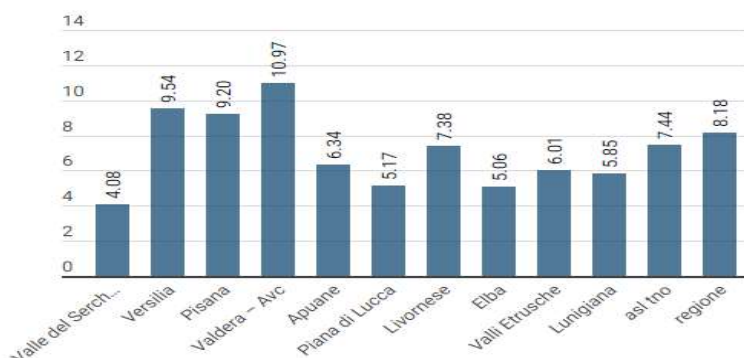
Per la Zona Livornese i dati sono provvisori. La serie storica 2016-2020 è in corso di revisione e rielaborazione



Dal grafico che compara asl territoriali e dato regionale si evince chiaramente la posizione della nostra area vasta con un miglioramento che ci riporta quasi ai valori del 2016 dopo anni di flessione costante.

6.12 – Anziani in residenza sanitaria assistenziale permanente

% anziani assistiti in residenza sanitaria assistenziale permanente per zona (Anno 2022)



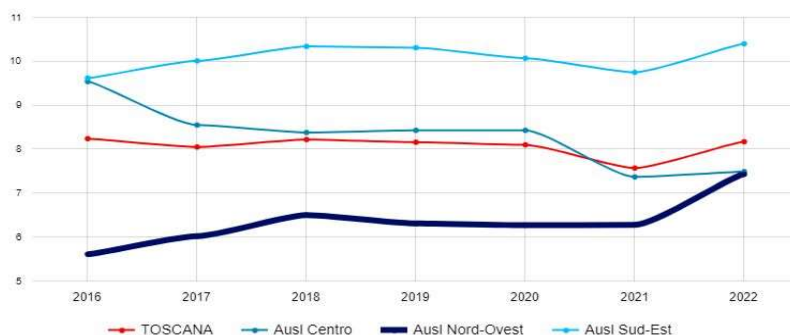
Anche per i ricoveri in residenza sanitaria la nostra azienda resta, seppur lievemente, al di sotto del dato medio regionale.

Superano il dato medio aziendale Versilia, Pisana e Valdera/Avc quest'ultima registrando il dato più alto fra tutte le zone (circa 11 anziani su cento sono assistiti in residenze permanenti).

Anziani assistiti in Residenza Sanitaria Assistenziale permanente

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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

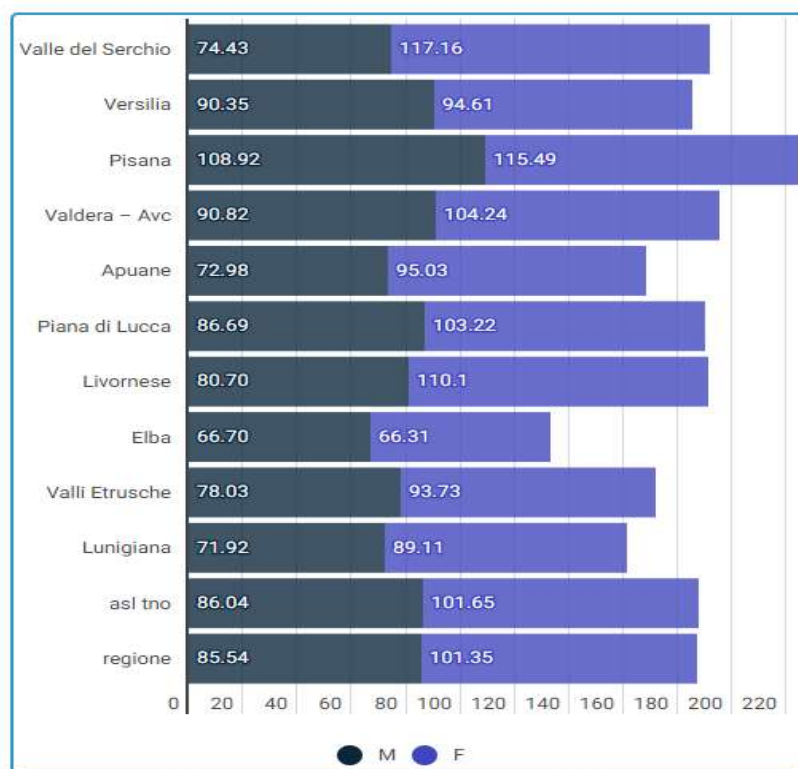


Per la Zona Livornese i dati sono provvisori. La serie storica 2016-2020 è in corso di revisione e rielaborazione



Pur restando sempre al di sotto del dato medio regionale, la nostra Asl dal 2021 inizia una risalita che la porta ad uguagliare la Asl centro.

6.13 - Dimissioni ospedaliere di cittadini non italiani residenti



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

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

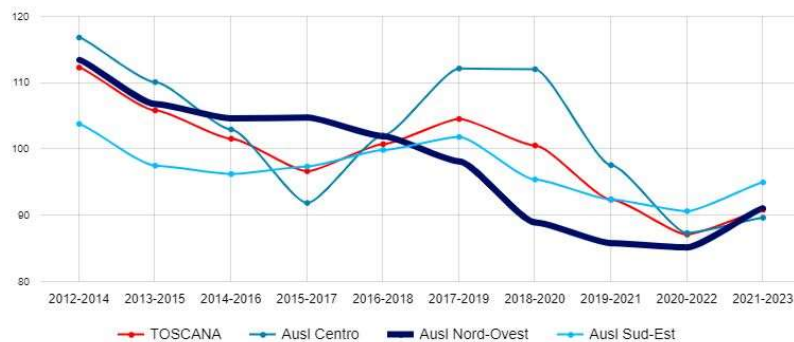
Popolazione straniera in Toscana: al 1° gennaio 2019, in Toscana risultano residenti 417.382 persone straniere corrispondenti all'11,1% del totale dei residenti (la media nazionale è dell'8,7%). A questi dobbiamo aggiungere la quota di stranieri regolari i quali, pur essendo domiciliati in Toscana, non sono residenti e la quota di irregolari (circa 1,2%).

Il grafico illustra il tasso di ricovero per sesso e zona di residenza. Si osservi la differenza tra i valori delle donne e quelle degli uomini. In particolare per la zona Valle del Serchio tale differenza è la più alta per tutta la distribuzione. Solo l'Elba presenta una differenza molto lieve a favore dei maschi.

Dimissioni ospedaliere di cittadini non italiani residenti

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Totale

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



Il trend in flessione dal primo triennio della serie dopo il periodo covid presenta un generale rialzo.

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

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

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

Per quanto riguarda lo screening per il tumore del collo dell’utero, nella nostra Regione il protocollo prevede un invito triennale a Pap-test rivolto alle donne di età compresa tra i 25 ed i 33 anni e un invito quinquennale ad HPV test per le donne dai 34 ai 64 anni. Infine, lo screening per il tumore del colon-retto coinvolge uomini e donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni: il test di prima scelta è la ricerca del sangue occulto fecale che permette di individuare l’eventuale presenza nelle feci di sangue invisibile a occhio nudo.

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

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

7.1.1 - Screening per i tumori della cervice uterina

Nel 2022, sono state stimate circa 2.500 nuove diagnosi di neoplasia della cervice uterina (1,3% di tutti i tumori incidenti nelle donne). Questa neoplasia è più frequente nella fascia d'età giovanile (4% dei casi, quinta neoplasia più frequente). La sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è pari al 68%.

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

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

L'acquisizione dell'infezione è necessaria per sviluppare il tumore, tuttavia vi sono anche altri fattori che contribuiscono come il fumo di sigaretta, un inizio precoce dell'attività sessuale e partner sessuali multipli, condizioni di immunodeficienza, la presenza in famiglia di parenti stretti con questo tumore, l'uso prolungato di contraccettivi orali, una dieta povera di frutta e verdura, l'obesità.

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

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

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

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

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

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

7.1.2 - Screening per i tumori della mammella

I dati del report "I numeri del cancro in Italia 2023" confermano che il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne, con 55.900 nuove diagnosi. Negli ultimi decenni si è assistito ad un costante aumento delle diagnosi, accompagnato, però, da una riduzione della mortalità.

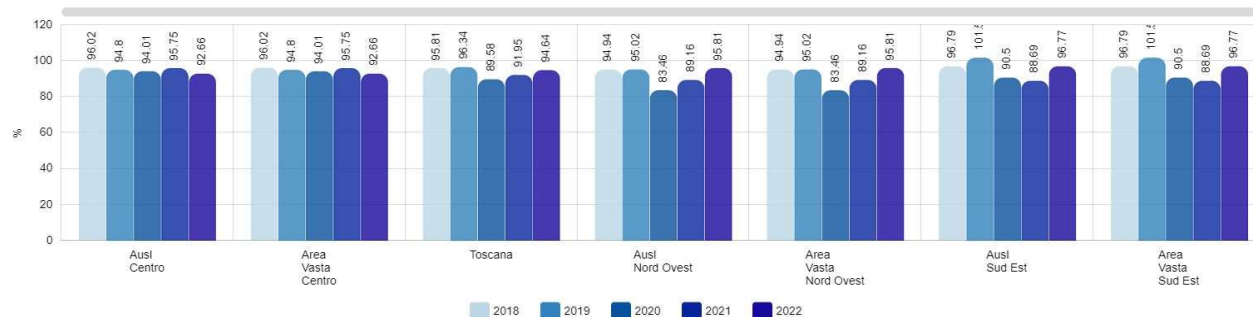
Ciò è stato possibile anche grazie alla sempre più ampia diffusione della diagnosi precoce, che ha permesso di aumentare il numero di tumori identificati ai primi stadi di sviluppo della malattia, quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace, permettendo di ottenere sopravvivenze a 5 anni molto elevate.

Il test impiegato per lo screening del tumore della mammella è la mammografia eseguita ogni due anni a partire dal 50° anno di età

e fino al 69°. Recentemente la Regione Toscana ha deciso di allargare l'invito dai 45 ai 74 anni.

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

B5.1.1 Estensione dello screening mammografico
Trend

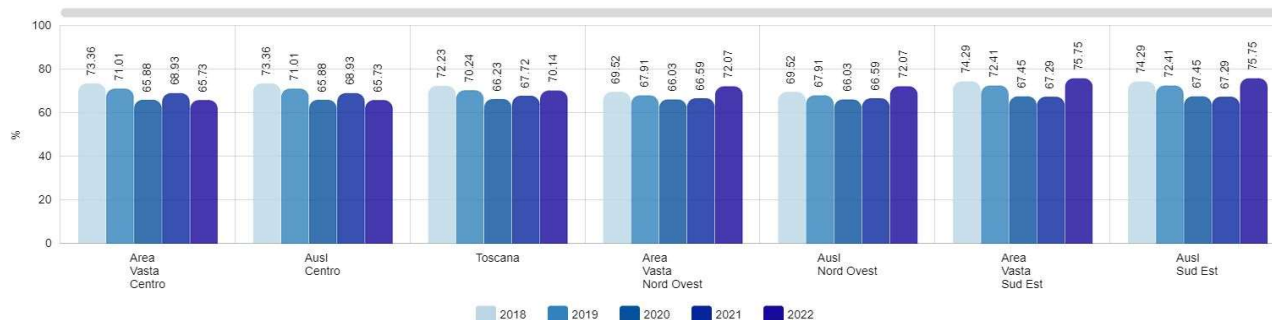


L'indicatore del Sistema di Valutazione del Sant'Anna indica l'estensione dello screening mammografico nella Regione Toscana.

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

L'Ausl Nord Ovest nell'anno 2022 ha raggiunto un'estensione del 95,81%, maggiore rispetto alla media regionale del 94,64% e maggiore rispetto agli anni precedenti anche pre-COVID 19 (94,94% nel 2018 e 95,02% nel 2019).

B5.1.2 Adesione allo screening mammografico
Trend



Per quanto riguarda l'adesione dello screening mammografico a partire dall'anno 2019 si è assistito ad una lieve diminuzione dell'indicatore.

Nell'anno 2022 l'Ausl Nord Ovest ha raggiunto un'estensione del 72,07%, maggiore rispetto alla media regionale del 70,14% e maggiore rispetto agli anni precedenti (69,52% nel 2018, 67,91% nel 2019, 66,03% nel 2020 e 66,59% nel 2021).

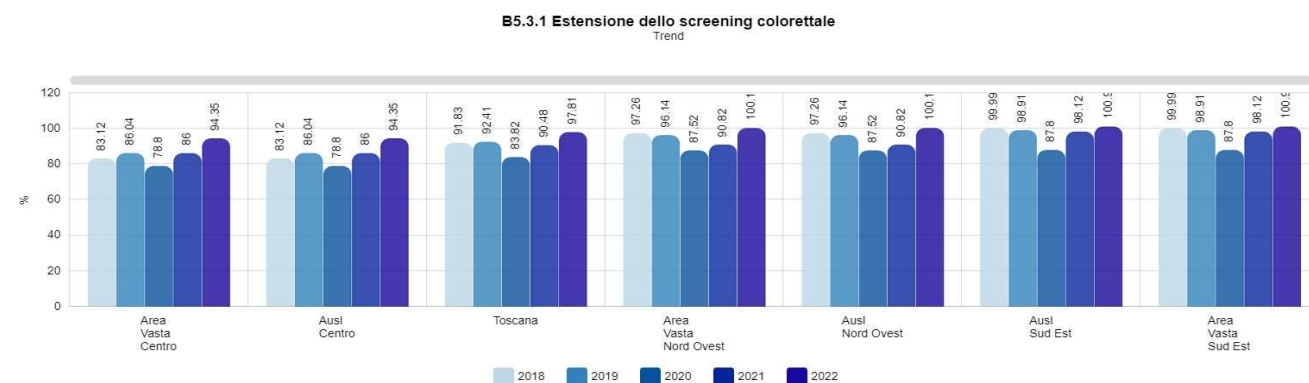
7.1.3 - Screening per i tumori del colon-retto

I tumori del colon-retto rappresentano la terza neoplasia negli uomini e la seconda nelle donne. Nel 2023 in Italia sono state stimate circa 50.500 nuove diagnosi (uomini = 26.800; donne = 23.700). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 65% negli uomini e 66% nelle donne.

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

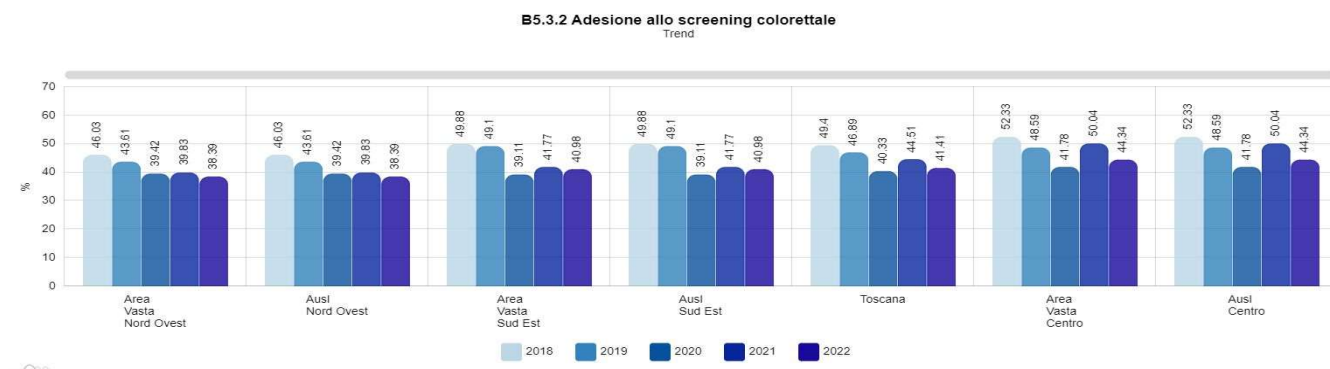
L'obiettivo dello screening è quello di individuare eventuali polipi o adenomi (responsabili del sanguinamento) prima che possano eventualmente degenerare in un cancro, o forme tumorali in una fase precoce in cui è possibile intervenire più efficacemente e con meno complicazioni.

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



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

L'Ausl Nord Ovest nell'anno 2022 ha raggiunto un'estensione del 100,13%, maggiore rispetto agli anni precedenti (valore massimo raggiunto 97,26% nel 2018) e maggiore alla media regionale del 97,81%.



A fronte di un'estensione ottimale, il livello di adesione è molto basso in tutta la Regione (valore medio nel 2022 di 41,41%) ed in particolar modo nell'Ausl NO che raggiunge appena il 38,39%. Negli anni precedenti la situazione è stata analoga con un valore massimo di 46,03% (49,4% media Regionale) nel 2018.

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

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

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

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

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

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

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

In Toscana le CV dell'età pediatrica sono calcolate dal 2018 in maniera automatizzata utilizzando i dati delle vaccinazioni somministrate dai medici degli ambulatori delle Aziende USL della Toscana e dai pediatri di libera scelta, che confluiscono in tempo reale all'interno dell'anagrafe vaccinale digitale del Sistema Informativo della Prevenzione Collettiva (SISPC).

7.2.1 - 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 riacquisisce le sue capacità patogene. Per questo motivo, nel 2002 (anno in cui l'Italia è stata dichiarata *polio-free*) venne introdotto il vaccino inattivato (IPV) che conferisce una ottima protezione individuale evitando però il rischio di VAPP.

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

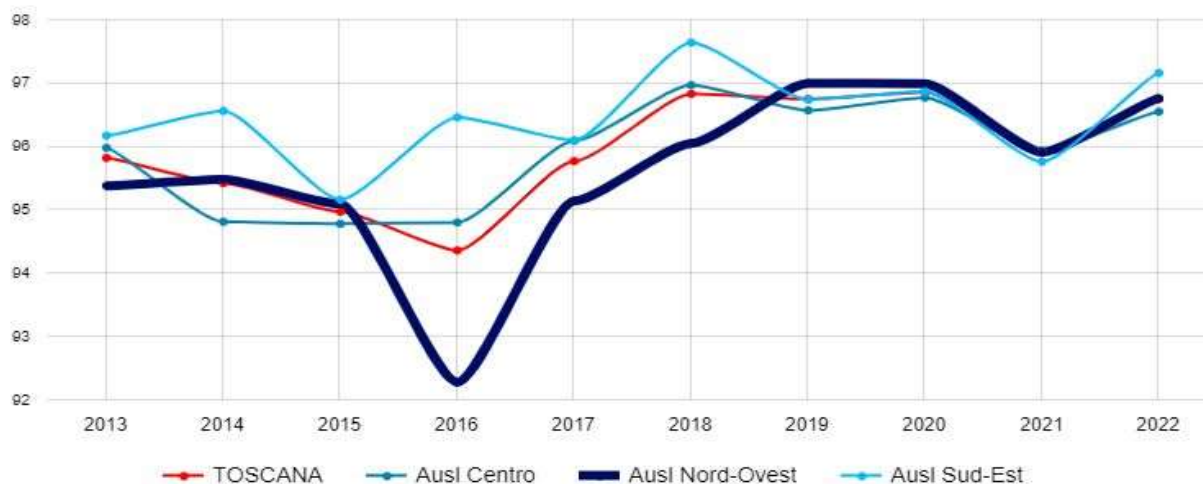
In Toscana il vaccino antipolio viene eseguito somministrando 5 dosi per via intramuscolare (ciclo di base), di cui le prime tre al 3°, 5°-6° e 11°-13° mese di vita, utilizzando il vaccino combinato esavalente (per questo la CV per la poliomielite è utilizzata come *proxy* per le vaccinazioni contenute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

Grazie alla vaccinazione la malattia è stata completamente eliminata in gran parte del mondo.

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

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



!r

poliomielite completo (3 dosi) al 31 dicembre dell'anno di riferimento (2022).

Si può osservare come negli ultimi 10 anni la copertura nella Ausl Nord Ovest e anche la media nella Regione sia sempre stata al di sopra del 95%, tranne dal 2015 al 2017, prima dell'introduzione della Legge sull'obbligo vaccinale (92,29% NO e 94,37% media Regione nel 2016). Nel 2021, a causa della pandemia da COVID-19, si è assistito ad una nuova diminuzione che ha portato ad una copertura del 95,92% (precedentemente 97,01% nel 2019 e 97% nel 2020). Nell'anno 2022, sia a livello dell'Ausl NO che a livello regionale, si può invece osservare un recupero nelle vaccinazioni che ha portato al raggiungimento di una copertura del 96,77% (96,76% media regionale)

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.

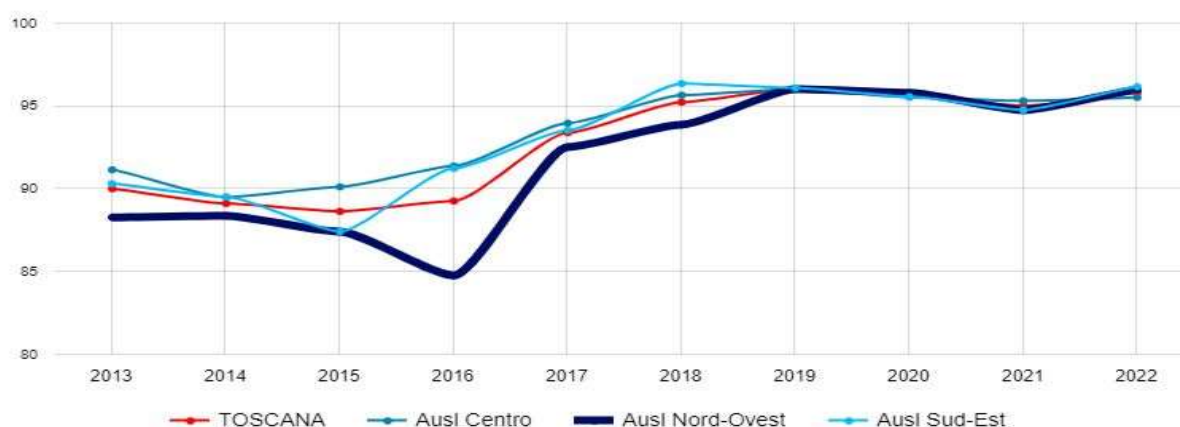
In Italia, dal 1970 alla fine degli anni 90, il morbillo ha avuto un andamento ciclico con picchi epidemici molto elevati, che si sono poi ridotti, dall'inizio degli anni 2000, grazie all'aumentare delle coperture vaccinali e, a partire dal 1997, si è anche allungato l'intervallo tra un'epidemia e la 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. A partire dagli ultimi mesi dello scorso anno si sta assistendo ad un nuovo incremento di casi che ha portato a registrare 43 casi nel 2023 e che sta continuando anche quest'anno con 399 casi registrati al 31 aprile. Lo stesso andamento si sta verificando a livello della Regione Europea dell'OMS dove 56.634 casi di morbillo e 4 morti sono stati ufficialmente registrati in 45 paesi su 53 durante i primi 3 mesi del 2024. Nel 2023 erano stati registrati 61.070 casi e 13 morti in 41 paesi.

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%. Nell'anno 2022, sia a livello dell'Ausl NO che a livello regionale, si può invece osservare un recupero nelle vaccinazioni che ha portato al raggiungimento di una copertura del 96,02% (95,84% media regionale).

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) contragga 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 morbidità fisica e psicologica e hanno un'elevata percentuale di fallimento terapeutico.

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

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

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

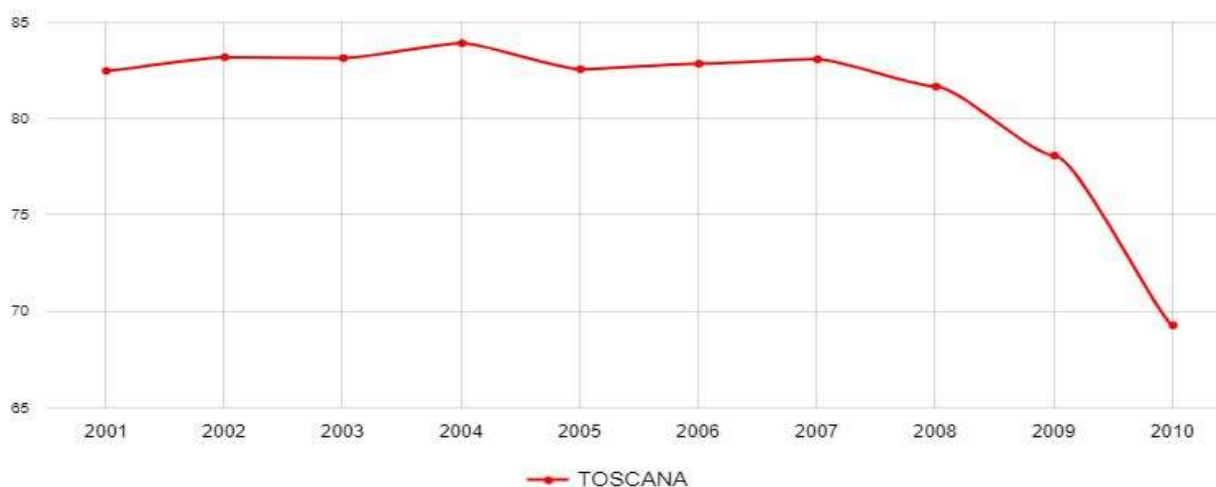
La vaccinazione è gratuita e raccomandata anche per ai soggetti a rischio individuati dal Calendario Regionale vaccinale (donne operate per lesioni correlate ad infezioni da HPV, uomini che fanno sesso con uomini, soggetti con infezione da HIV).

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 69,32% nella coorte di nascita 2010 vaccinata durante l'anno 2022 (la coorte 2004 ha raggiunto il più alto valore di copertura pari a 83,95%).

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 stipiti nuovi dal punto di vista antigenico in grado di aggirare la barriera costituita dall'immunità presente nella popolazione con esperienza pregressa di infezione o vaccinazione (questo spiega l'andamento epidemico/pandemico di questa patologia). L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo ed è tra le poche malattie infettive che di fatto ogni individuo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza indipendentemente dallo

stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive.

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

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

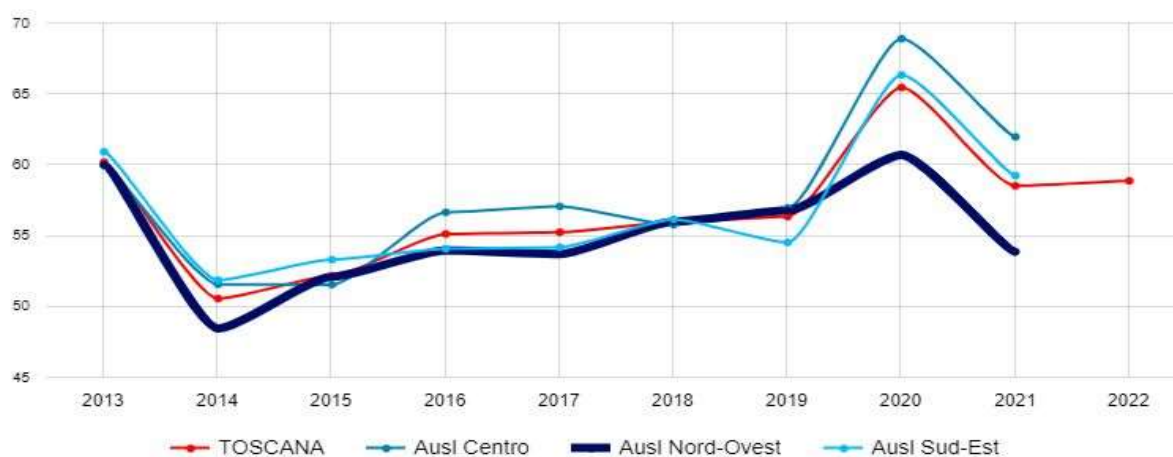
La vaccinazione è il principale strumento per prevenire la malattia e le sue complicanze: a causa dell'elevato impatto della malattia sulla popolazione, il Sistema di sorveglianza dell'influenza realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità aggiorna ogni anno la composizione del vaccino, adottando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

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

P06C - Copertura vaccinale contro l'influenza stagionale negli anziani

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva SISPC



rimo

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%). Nel periodo pandemico la copertura per la vaccinazione antinfluenzale, in analogia alle altre già trattate, ha subito una notevole diminuzione raggiungendo il 53,9% nell'anno 2021 (58,56% media regionale). Durante l'anno 2022 la copertura a livello regionale è rimasta pressoché invariata (58,9%, non sono presenti i dati delle singole Ausl).

CAPITOLO 8 – OSPEDALE, I VOLUMI DI ATTIVITA'

8.1 – Volumi dell'attività ospedaliera

Relativamente ai volumi di ricovero i grafici sottostanti descrivono l'andamento dell'attività erogata nell'ASL Toscana Nord Ovest nell'ultimo decennio. In considerazione di una drastica riduzione dei volumi di ospedalizzazione registrati nel corso della pandemia, le Figure 1 e 2 mostrano come nel 2023 si sia registrato un aumento dei ricoveri rispetto al 2022 pari a circa il 3% (+2.693) e sia proseguito un riallineamento dei volumi rispetto ai livelli prepandemici nonostante persista una differenza del 5,4% rispetto al 2019.

Figura 1.

Volume dei ricoveri ordinari e day hospital escluso neonato sano

Numero - Anno 2023 - Totale - AUSL NORD-OVEST
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

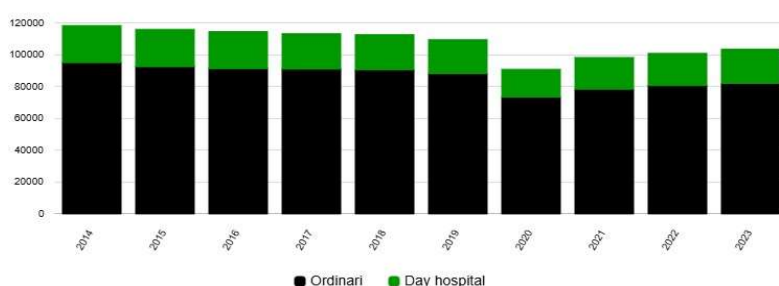
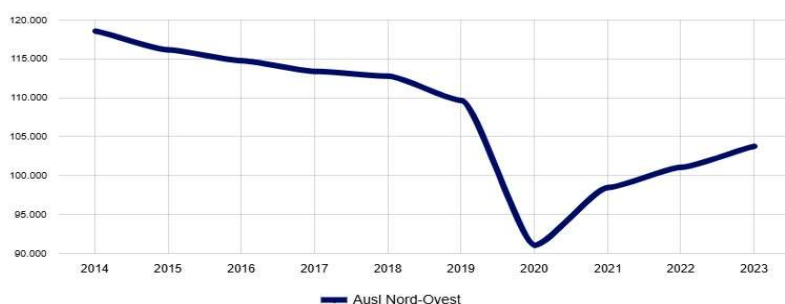


Figura 2.

Volume totale dei ricoveri escluso neonato sano

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



La sottostante tabella in fig. 3 mostra per l'anno 2023 la distribuzione dei dati di ricovero per ASL di erogazione suddividendo i volumi per regime di ricovero e per tipologia di DRG. La stessa tabella riporta inoltre nel dettaglio i volumi riferiti alle diverse strutture dell'ASL Nordovest. Si evidenzia che l'ASL Nordovest ha erogato il 21,5% dei ricoveri complessivi della regione. In particolare i ricoveri diurni sono stati erogati nella stessa nella misura del 21%, inferiore

rispetto al dato regionale ma più alta rispetto alle altre ASL. Inoltre, se si considerano i dati con riferimento alla tipologia DRG (medico e chirurgico), in Azienda si osserva che i ricoveri chirurgici sono stati in percentuale del 47,5% rispetto al totale dei ricoveri, percentuale inferiore alla media regionale ma intermedia nel confronto con le altre ASL.

Figura 3.

Volume dei ricoveri (ordinari, DH e per tipo DRG) escluso neonato sano					
Numero - Anno 2023 - Totale					
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)					
Luogo	ricoveri	Ordinari	Day hospital	DRG chirurgici	DRG medici
REGIONE TOSCANA	482.852	367.065	115.787	239.108	243.744
AUSL CENTRO	127.125	103.082	24.043	59.015	68.110
AUSL SUD-EST	76.515	62.757	13.758	38.317	38.198
AUSL NORD-OVEST	103.833	82.257	21.576	49.330	54.503
Riuniti Livorno	17.841	14.089	3.752	9.221	8.620
Ospedale Unico Versilia	16.448	13.063	3.385	7.239	9.209
SS. Giacomo e Cristoforo Massa	15.649	13.035	2.614	8.046	7.603
Ospedale San Luca	14.390	11.267	3.123	6.599	7.791
F.Lotti Pontedera (PI)	9.022	7.388	1.634	4.319	4.703
Civile Cecina (LI)	5.831	4.740	1.091	2.490	3.341
Fondazione Stella Maris Pisa	4.458	1.257	3.201	4	4.454
Civile Piombino (LI)	4.167	3.381	786	1.889	2.278
Ospedale Pediatrico Apuano	3.063	2.701	362	2.422	641
Istituto di Fisiologia Clinica (I.F.C.)	2.909	2.338	571	1.701	1.208
S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)	2.512	2.009	503	1.358	1.154
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	2.160	1.931	229	992	1.168
Civile Elbano Portoferraio (LI)	2.078	1.757	321	398	1.680
S. Maria Maddalena Volterra (PI)	2.073	1.395	678	1.143	930
San Camillo	1.977	1.604	373	1.833	144
S. Francesco Barga (LU)	1.955	1.628	327	449	1.506
M.D. Barbantini - Lucca	1.708	1.219	489	1.539	169
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	1.496	1.110	386	505	991
Civile Carrara (MS)	930	2	928	259	671
Santa Zita	885	242	643	880	5
Presidio di riabilitazione cardiologica	812	805	7		812
Centro S. Maria Alla Pineta - F. Don Gnocchi	591	591			591
Ville di Nozzano	558	310	248		558
Spdc aziendale Usl 5	426	426		1	425
Villa Tirrena	245	187	58	169	76
M.D. Barbantini - Viareggio	78	78			78
Suore Dell'addolorata	1		1	1	

Nella figura 4 è infine descritta la durata media della degenza dei ricoveri in regime ordinario per tipologia DRG. Analogamente al precedente anno 2022, l'Azienda usl nord ovest conferma, nel confronto con l'azienda toscana centro e l'azienda toscana sud est, una maggiore durata media sia per i ricoveri chirurgici che per quelli medici.

Figura 4.

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	5,67	8,53
AUSL CENTRO	7,11	5,37	8,20
AUSL NORD-OVEST	7,71	5,38	9,25
AUSL SUD-EST	6,53	4,39	8,38



Anno 2023 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Degenza media totale	Degenza media DRG chirurgici	Degenza media DRG medici
REGIONE TOSCANA	7,10	5,52	8,51
AUSL CENTRO	7,00	5,17	8,24
AUSL NORD-OVEST	7,61	5,21	9,31
AUSL SUD-EST	6,54	4,37	8,44



8.2 – Attrazione ospedaliera

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

Nella figura 5, che descrive il fenomeno per i ricoveri con DRG di alto peso, l'AVNO si mostra meno attrattiva per i residenti fuori regione rispetto alla percentuale regionale che, peraltro, risente di una evidente alta attrattività della Area vasta sud est. Tra le strutture dell'AVNO spicca il maggior contributo della zona pisana, su cui insiste l'Azienda Ospedaliera Universitaria, e della Versilia per i cittadini residenti fuori regione.

Figura 5.

Attrazione ospedaliera (DRG di peso alto)					
Rapporto (x 100) - Anno 2023 - Totale					
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)					
Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	46,21	33,4	7,63	12,77	100
AV CENTRO	44,51	36,68	9,02	9,79	100
Empolese Valdelsa Valdarno	74,87	12,84	9,15	3,14	100
Fiorentina	32,23	47,86	9,76	10,16	100
Fiorentina Sud-Est	28,06	42,19	11,83	17,91	100
Mugello	73,33	24,27	0,34	2,05	100
Pistoiese	71,09	23,08	2,26	3,57	100
Pratese	73,19	17,03	3,01	6,77	100
Val di Nievole	53,09	21,45	19,65	5,81	100
AV NORD-OVEST	48,38	34,68	7,49	9,45	100
Alta Val di Cecina - Val d'Era	73,9	15,41	8,63	2,05	100
Apuane	61,49	25,63	3,73	9,15	100
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	74,97	17	3,95	4,08	100
Elba	89,19	1,35		9,46	100
Livornese	61,38	30,25	2,68	5,69	100
Lunigiana	75,56	11,85	0,99	11,6	100
Piana di Lucca	67,55	24,14	3,29	5,01	100
Pisana	27,28	48,14	12,09	12,5	100
Valle del Serchio	83,67	14,51	1,13	0,68	100
Versilia	60,31	23,51	3,56	12,62	100
AV SUD-EST	46,12	25,74	5,37	22,77	100
Alta val d'elsa	68,92	11,88	16,13	3,08	100
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	69,2	19,68	4,96	6,15	100
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana Sen.	82,5	10,05	0,32	7,13	100
Colline dell'Albegna	66,88	23,13	0,63	9,38	100
Senese	33,01	42,42	7,98	16,59	100
Val di Chiana Aretina	77,27	11,36	1,14	10,23	100
Valdarno	80,89	7,1	8,28	3,73	100

Riguardo ai ricoveri con DRG a peso medio rappresentati in figura 6, l'AVNO risulta essere più attrattiva per i residenti fuori regione in confronto con il dato regionale. Si evidenzia tra le strutture il maggior contributo della zona pisana anche rispetto alle altre zone della Toscana in cui insistono le aziende ospedaliere universitarie. Si nota inoltre un

certo contributo delle apuane e della lunigiana per motivi geografici.

Figura 6.

Attrazione ospedaliera (DRG di peso medio)					
Rapporto (x 100) - Anno 2023 - Totale					
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)					
Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	54,59	28,1	7,44	9,87	100
AV CENTRO	49,39	33,86	8,45	8,3	100
Empolese Valdelsa Valdarno	81,68	11,1	4,27	2,95	100
Fiorentina	31,91	43,86	12,76	11,47	100
Fiorentina Sud-Est	36,44	46,31	7,8	9,44	100
Mugello	71,68	24,58	0,92	2,82	100
Pistoiese	71,23	22,78	1,66	4,33	100
Pratese	76,8	16,53	1,81	4,86	100
Val di Nievole	72,98	16,01	8,68	2,33	100
AV NORD-OVEST	56,53	25,02	6,83	11,62	100
Alta Val di Cecina - Val d'Era	71,55	17,32	8,16	2,97	100
Apuane	64,44	22,11	1,61	11,84	100
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	83,05	10,09	3,57	3,28	100
Elba	86,7	2,07	1,76	9,48	100
Livornese	72,84	21,31	2,57	3,29	100
Lunigiana	67,02	19,71	1,23	12,04	100
Piana di Lucca	66,84	23,49	5,86	3,81	100
Pisana	32,07	34,73	12,06	21,15	100
Valle del Serchio	71,65	24,82	1,45	2,07	100
Versilia	75,71	15,9	2,39	6	100
AV SUD-EST	61,98	21,41	6,4	10,2	100
Alta val d'elsa	65,11	13,46	18,51	2,92	100
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	78,45	13,37	3,04	5,14	100
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	80,17	11,18	0,33	8,32	100
Colline dell'Albegna	71,04	19,22	0,64	9,1	100
Senese	39,58	33,05	10,91	16,46	100
Val di Chiana Aretina	72,2	21,41	0,75	5,63	100
Valdarno	80,58	9,57	7,04	2,81	100

Per i ricoveri con DRG a basso peso si rileva in figura 7 per l'area vasta nord ovest una percentuale di attrazione leggermente inferiore al dato regionale e come già osservato per i ricoveri a medio peso DRG si conferma una più alta percentuale di attrazione delle zone Apuane e Lunigiana.

Figura 7

Attrazione ospedaliera (DRG di peso basso) Rapporto (x 100) - Anno 2023 - Totale Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)					
Luogo di ricovero	% Residenti nella zona	% Residenti fuori zona (in AV)	% Residenti fuori AV	% Residenti fuori regione	TOTALE
REGIONE TOSCANA	56,48	28,13	6,58	8,81	100
AV CENTRO	47,38	36,45	7,7	8,48	100
Empolese Valdelsa Valdarno	84,22	9,83	2,83	3,12	100
Fiorentina	32,94	45,03	11,96	10,07	100
Fiorentina Sud-Est	47,52	43,49	4,53	4,47	100
Mugello	80,29	17,04	0,8	1,86	100
Pistoiese	53,34	33,12	2,22	11,32	100
Pratese	65,95	24,61	1,31	8,12	100
Val di Nievole	57,95	28,8	9,45	3,8	100
AV NORD-OVEST	64,66	22,14	5,18	8,02	100
Alta Val di Cecina - Val d'Era	71	18,42	8,07	2,51	100
Apuane	56,3	20,71	1,37	21,62	100
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	82,91	9,16	4,75	3,18	100
Elba	88,87	1,26	2,31	7,56	100
Livornese	81,92	13,64	0,92	3,52	100
Lunigiana	46,17	24,64		29,19	100
Piana di Lucca	70,76	17,12	7,83	4,29	100
Pisana	45,35	37,67	9,33	7,65	100
Valle del Serchio	72,1	23,59	1,44	2,87	100
Versilia	72,51	17,91	2,09	7,49	100
AV SUD-EST	62,54	20,41	6,42	10,64	100
Alta val d'elsa	52,36	19,73	25,63	2,28	100
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	73,61	16,05	4,14	6,2	100
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	64,09	20,22	0,38	15,31	100
Colline dell'Albegna	46,89	43,15	1,24	8,71	100
Senese	46,76	24,17	7,37	21,7	100
Val di Chiana Aretina	60,47	30,7	1,4	7,44	100
Valdarno	80,3	5,4	12,08	2,23	100

CAPITOLO 9 – Ospedale, indicatori di esito

Di seguito è rappresentato l'andamento di alcuni indicatori di esito aggiornati al 2023 raggruppati per area specialistica.

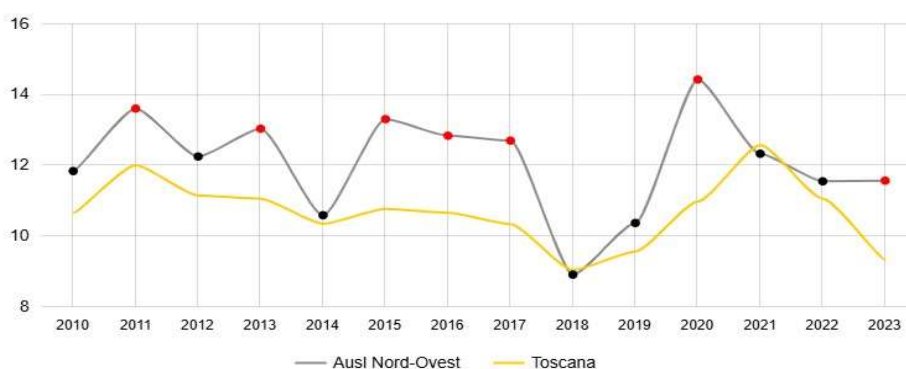
AREA MEDICA

Il grafico seguente descrive l'andamento dal 2010 dell'indicatore del rischio di morte a 30 giorni a seguito di ricovero per BPCO. Il tasso è relativo al numero di decessi ovunque avvenuti in rapporto al numero di ricoveri in Toscana per BPCO di residenti in Toscana. Nel confronto con l'andamento regionale l'ATNO mostra un tasso che nel periodo in esame si è sempre collocato ad un livello più alto. In particolare in epoca recente si osserva, a fronte di una sovrapposizione nel 2021, un successivo nuovo significativo disallineamento evidenziato nel 2023.

BPCO, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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

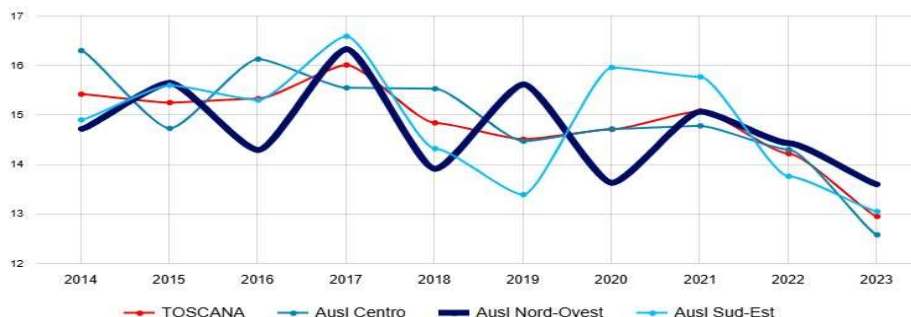


Con il grafico successivo si descrive l'andamento del rischio di riammissione a 30 giorni dei residenti nel confronto tra ASL e Regione. L'indicatore oltre che valutare l'eshaustività del ricovero rileva le modalità di dimissione con rientro a domicilio e la capacità del territorio di presa in carico. Per l'ATNO l'andamento, nel periodo in esame rappresentato, è altalenante e dopo la punta più alta registrata nel 2021 il calo risulta essere più graduale rispetto alle altre ASL e nel confronto regionale.

BPCO, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

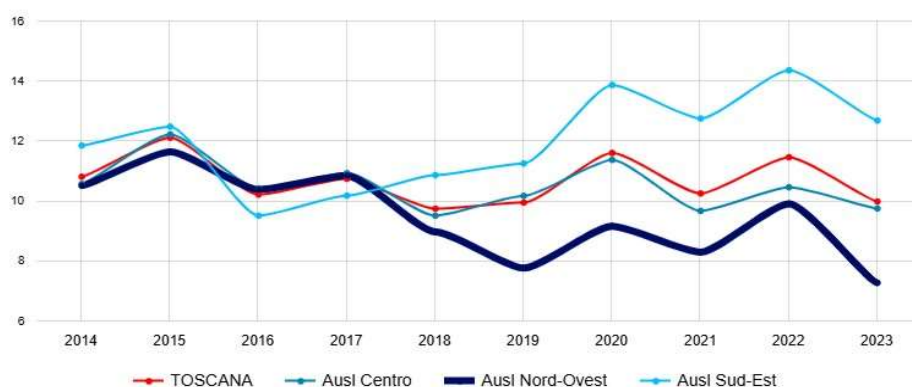


L'indicatore del rischio di morte per scompenso cardiaco a 30 giorni dall'evento prende in esame la qualità delle cure nella cronicità, rappresentando così un elemento tracciante del percorso sia ospedaliero che territoriale. Per l'ATNO si osserva nel sottostante grafico un trend in miglioramento con riduzione della casistica nel decennio in esame. Dal 2018 l'azienda si colloca ad un livello inferiore rispetto alle altre ASL mostrando una decisa riduzione tra il 2022 e il 2023.

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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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

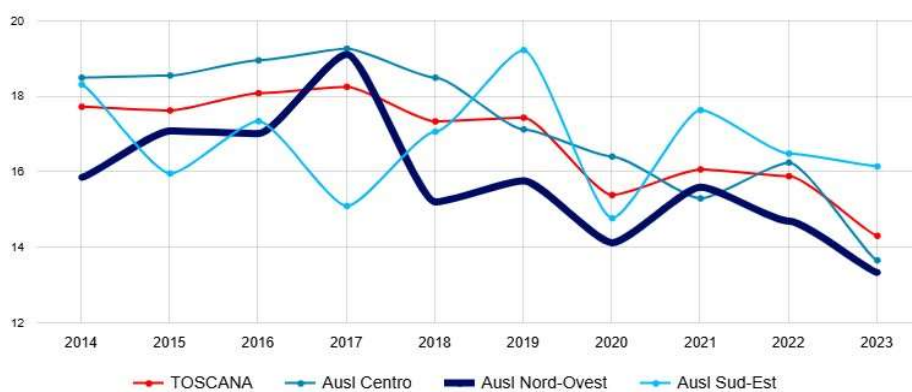


Riguardo al rischio di riammissione a 30 giorni per scompenso l'indicatore rappresentato in figura descrive l'eshaustività del ricovero e la continuità assistenziale in fase di dimissione e presa in carico territoriale. Si osserva l'andamento nell'ultimo decennio nel quale l'ASL Nordovest si colloca ben al di sotto del livello regionale e delle altre ASL dal 2018, mostrando peraltro una ulteriore riduzione nell'ultimo periodo in esame analogamente al precedente indicatore riferito alla mortalità.

Scompenso Cardiaco Congestizio, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

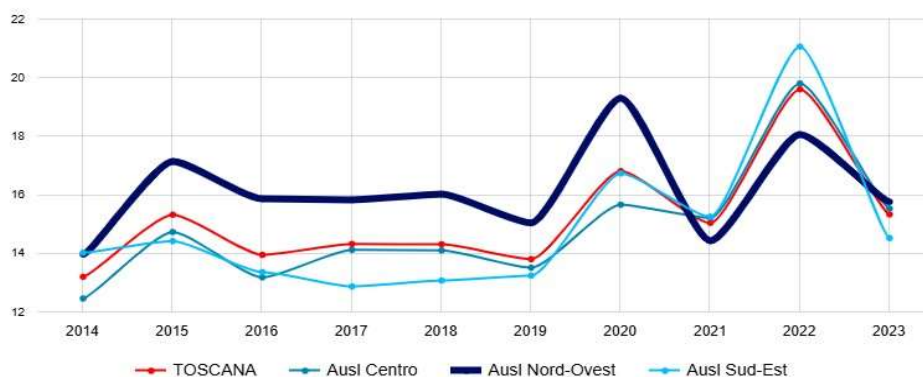


Se esaminiamo il rischio di morte a 30 giorni per polmonite, l'ATNO fa registrare, un andamento a un livello superiore rispetto alle altre ASL, nell'ultimo decennio in esame, fino al picco del 2020 al quale contribuisce l'evento pandemico in maggior misura in ambito regionale. Successivamente si osserva una riduzione nel 2021 a cui segue una ripresa in tutte le aziende, meno decisa per l'ATNO che si pone a questo punto in posizione inferiore rispetto alle altre aziende. Anche tale andamento ulteriore sembra essere influenzato dalla pandemia che anche in questo periodo ha fatto registrare dei ricoveri. L'ultimo dato osservabile è infine una sovrapposizione con il dato regionale.

Polmonite, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Nel grafico successivo, si descrive il rischio di riammissione entro 30 giorni dopo un ricovero per polmonite. Si tratta di un indicatore descrittivo della esaustività del ricovero e della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

L'andamento è analogo per tutte le ASL con evidente marcata riduzione registrata nel 2021, probabilmente correlata all'evento pandemico.

Polmonite, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



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

Nel grafico che segue si può osservare una riduzione graduale, più evidente dal 2020 al 2023 del rischio di morte a 30 giorni per IMA in tutte le aziende con sovrapposizione della curva riferita all'ATNO con quella regionale nell'ultima rilevazione del 2023.

IMA, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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

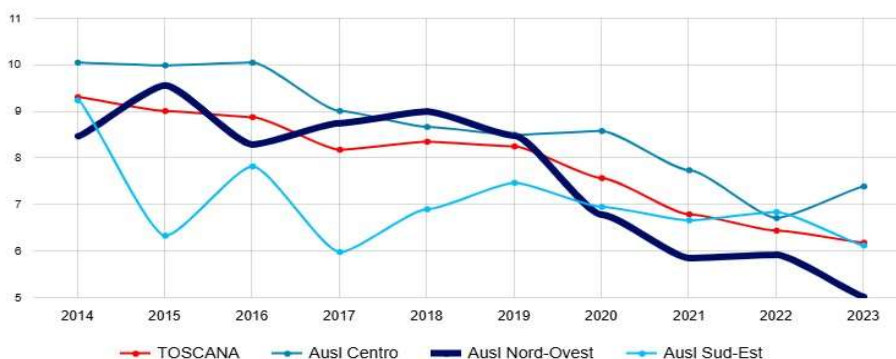


Per il rischio di riammissione a 30 giorni si evidenzia un trend in riduzione dall'anno 2019 più marcato per l'ATNO che, da quest'anno, si colloca stabilmente sotto la media regionale.

IMA, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



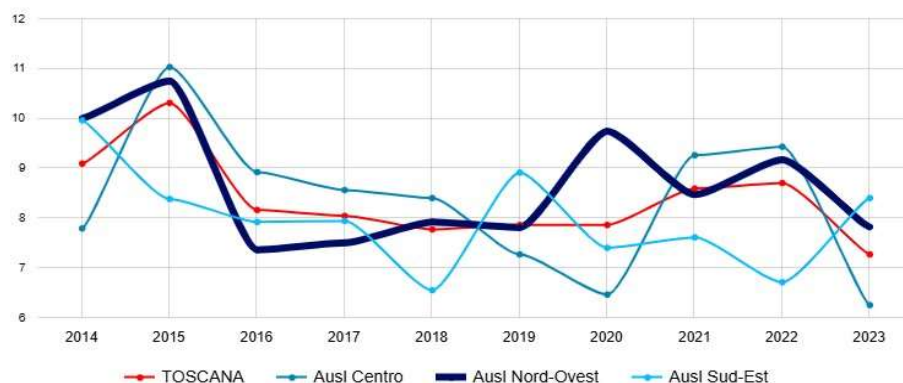
Per

quanto riguarda l'ictus ischemico, il grafico sotto riportato mostra il rischio di morte a 30 giorni dall'evento indice; si nota per l'ATNO, negli ultimi anni, un più alto livello di rischio rispetto alla media regionale. In particolare si rileva una sovrapposizione nel 2021 con successivo scostamento seguito da una riduzione parallela sempre comunque su un livello più alto.

Ictus ischemico, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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

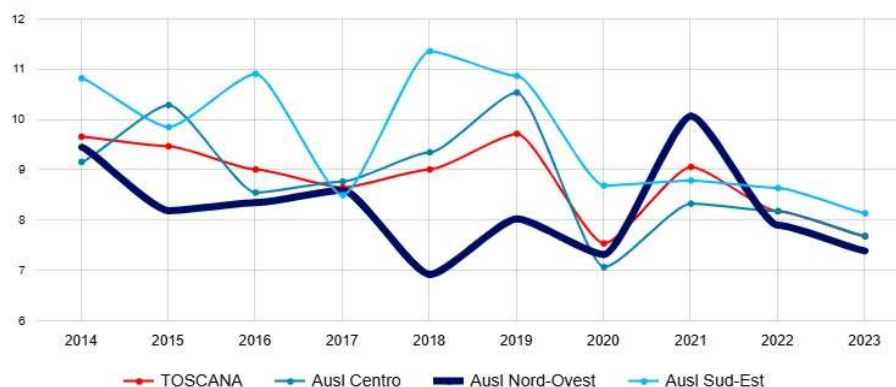


L'indicatore delle riammissioni entro 30 giorni dall'evento indice, in basso raffigurato, mostra per l'ATNO, nel decennio in esame, un trend irregolare con un picco, rilevato nel 2021, seguito da una rapida riduzione nel 2022 e un ulteriore decremento più graduale nel 2023 anno in cui si attesta a un livello inferiore rispetto alle altre aziende.

Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



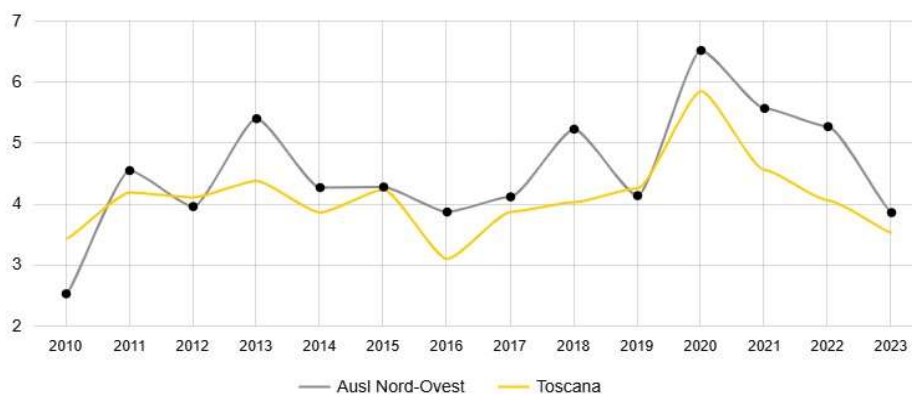
AREA ONCOLOGICA

Per quanto riguarda gli esiti in area oncologica in termini di mortalità a 30 giorni a seguito di intervento sono riportati quelli relativi ai tumori del colon, del retto e dello stomaco. L'indicatore traccia la qualità del trattamento in termini di rischio operatorio. Il grafico successivo descrive la mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno al colon e mostra l'andamento mediante confronto con il livello regionale. Si osserva nel quadriennio dal 2019 al 2023 una maggiore (ma con differenza non significativa) probabilità di morte nell'ATNO rispetto alla media regionale.

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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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

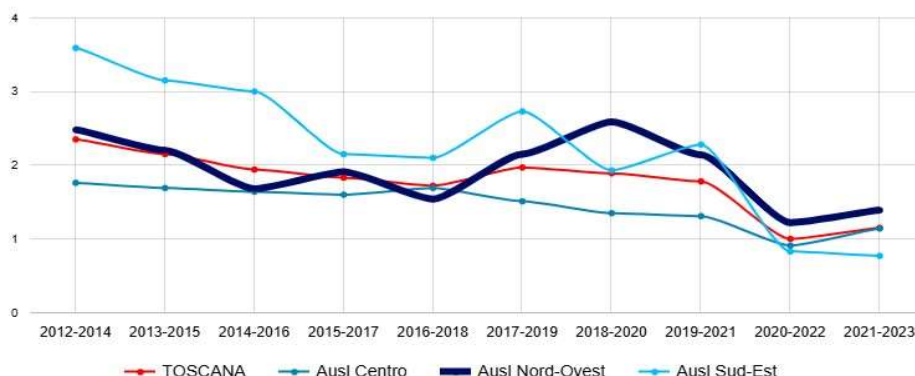


L'indicatore che segue consente di valutare il rischio operatorio dei pazienti con diagnosi di tumore maligno del retto sottoposti ad intervento chirurgico di resezione in termini di mortalità a 30 giorni. Dal 2019 si può osservare una riduzione rispetto agli anni precedenti e un allineamento complessivo delle 3 Asl in cui l'ATNO si colloca a un livello leggermente più elevato. Va tuttavia precisato che i dati si basano su una casistica piuttosto esigua.

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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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

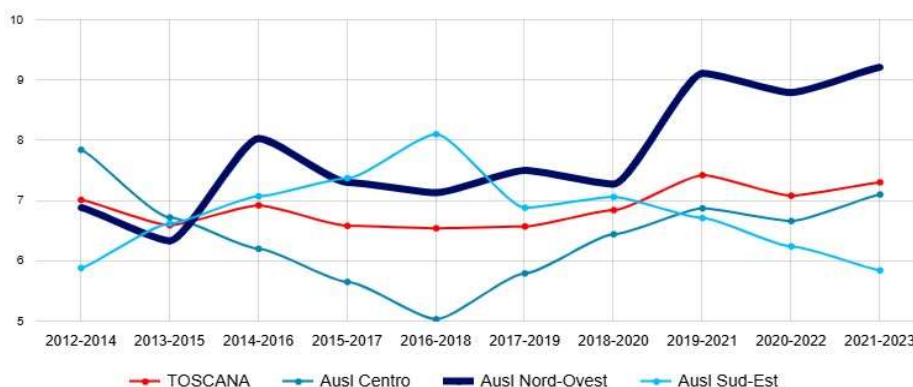


Nella sottostante figura l'indicatore descrive il rischio di morte a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno dello stomaco nei residenti e traccia la qualità delle cure rilevando il livello di appropriatezza e la competenza professionale delle strutture di chirurgia generale. L'analisi dell'andamento mostra per l'ASLNordovest un incremento registrato negli ultimi anni e in particolare dal 2018 al 2021, con un livello che si mantiene più elevato rispetto a quello regionale.

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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



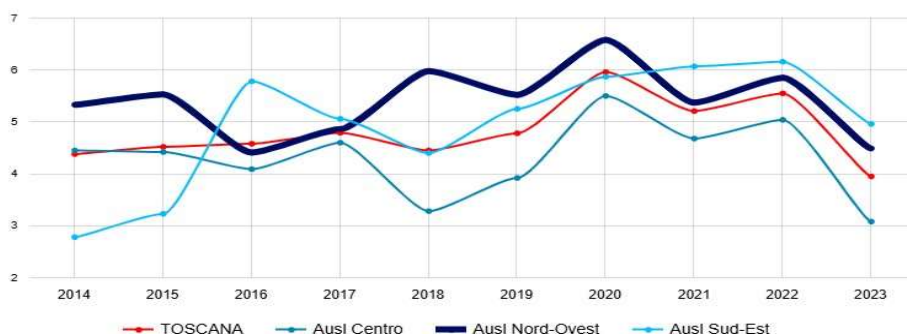
AREA CHIRURGICA

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

Frattura femore, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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

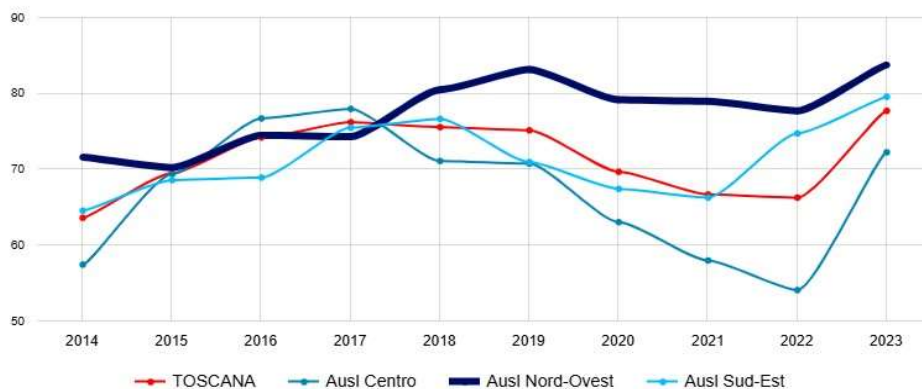


Relativamente agli interventi per frattura di femore entro 2 giorni dalla diagnosi, il grafico in basso riportato, mostra un andamento in crescita tra il 2022 e il 2023 dopo un biennio di relativa stabilità. Si rileva peraltro nel confronto con le altre ASL negli ultimi anni un tasso grezzo per l'ATNO (83,81%) di livello più alto rispetto alle altre ASL della Toscana.

Frattura femore, interventi entro 2 giorni - residenza

Tasso grezzo (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

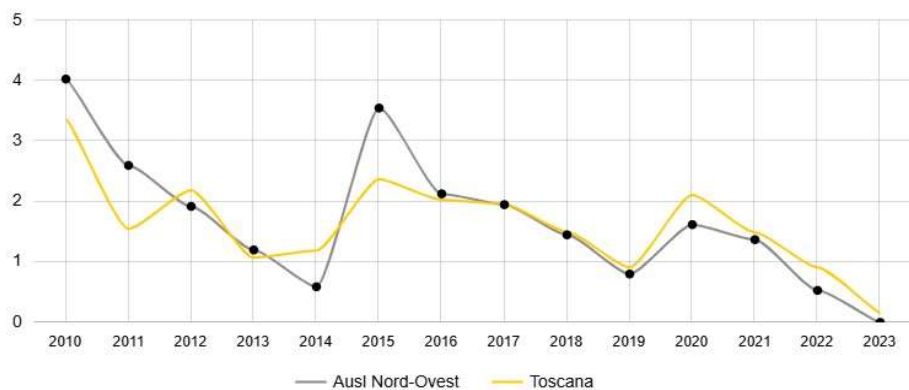


Nell'arco temporale che comprende gli ultimi 14 anni, l'indicatore successivo mostra una tendenza verso una riduzione della mortalità successiva a by-pass aortocoronarico entro 30 gg seppure con qualche oscillazione.

Bypass AC, rischio di morte a 30g - residenza

Tasso grezzo - Totale

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

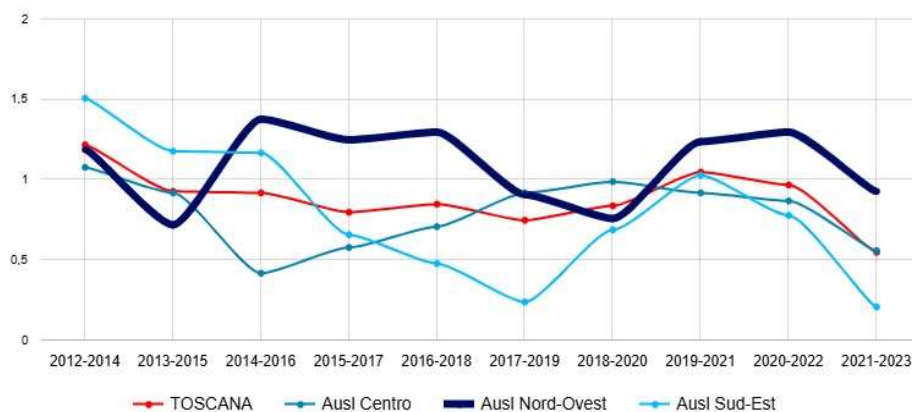


L'ultimo indicatore rappresentato traccia la qualità del trattamento nelle dimensioni dell'appropriatezza e delle competenze professionali che vanno dall'atto chirurgico alla fase post-operatoria. Il grafico mostra i dati per triennio ed evidenza, per quanto riguarda l'ATNO, dal 2020 una riduzione del rischio morte a 30 giorni come per tutte le altre Asl.

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

Tasso grezzo (x 100) - Totale

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



Capitolo 10 – Territorio

10.1 - Volumi dell'attività: alcuni indicatori di performance

Il monitoraggio è relativo all'anno 2023, salvo per pochi indicatori (specificati) 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 nell'ultimo triennio.

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 Covid e - in parte anche al timore delle persone di recarsi in ambienti percepiti come a rischio di contagio. Nel 2023 si continua a registrare una buona ripresa delle attività, che si scostano di poco dai livelli pre-pandemici.

Diversamente, per quanto riguarda l'erogazione della terapia, non si sono verificate grosse 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.

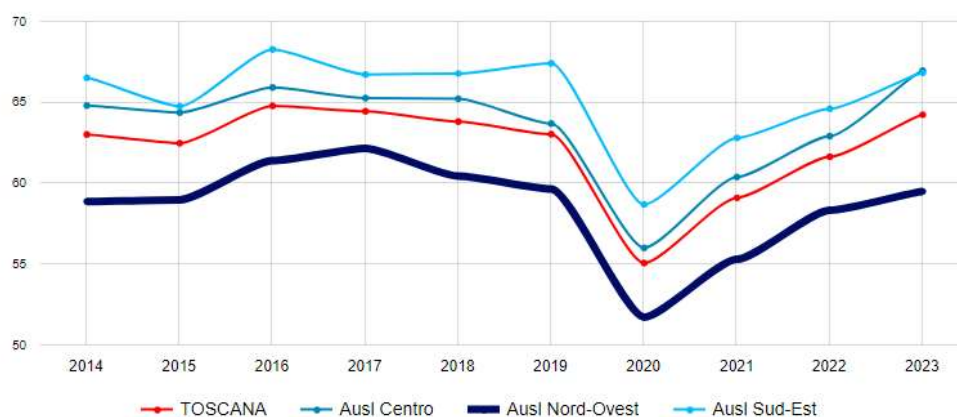
DIABETE

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)

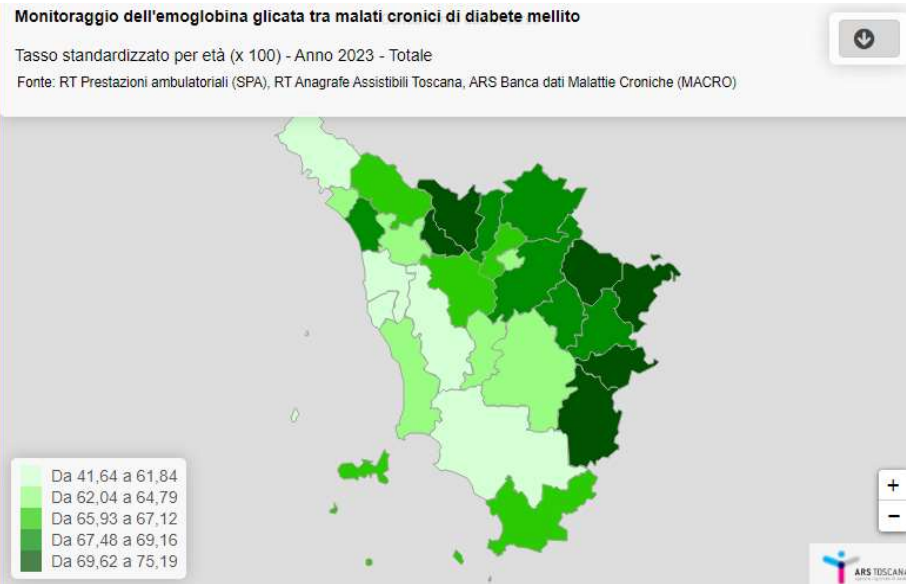


La misurazione dell'emoglobina glicata tra i malati cronici di diabete mellito si effettua attraverso un esame di laboratorio e permette di valutare la quantità media di glucosio nel sangue nei 2-3 mesi precedenti. Nel corso del 2020 il ricorso a questo esame si è notevolmente abbassato ma negli ultimi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

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

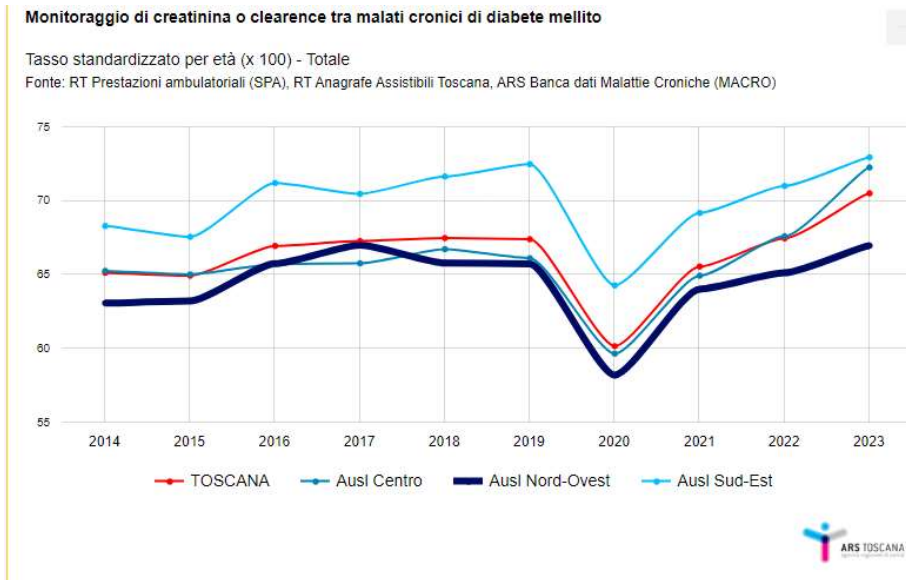
Tabella 1

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	59,13	55,33
2022	61,67	58,37
2023	64,27	59,53



A livello zonale le performance peggiori sono riscontrate nelle Zone Pisana, Lunigiana e Livornese; mentre le più alte sono state: Versilia, Valle del Serchio ed Elba.

10.1.2 - Monitoraggio della creatinina o clearance

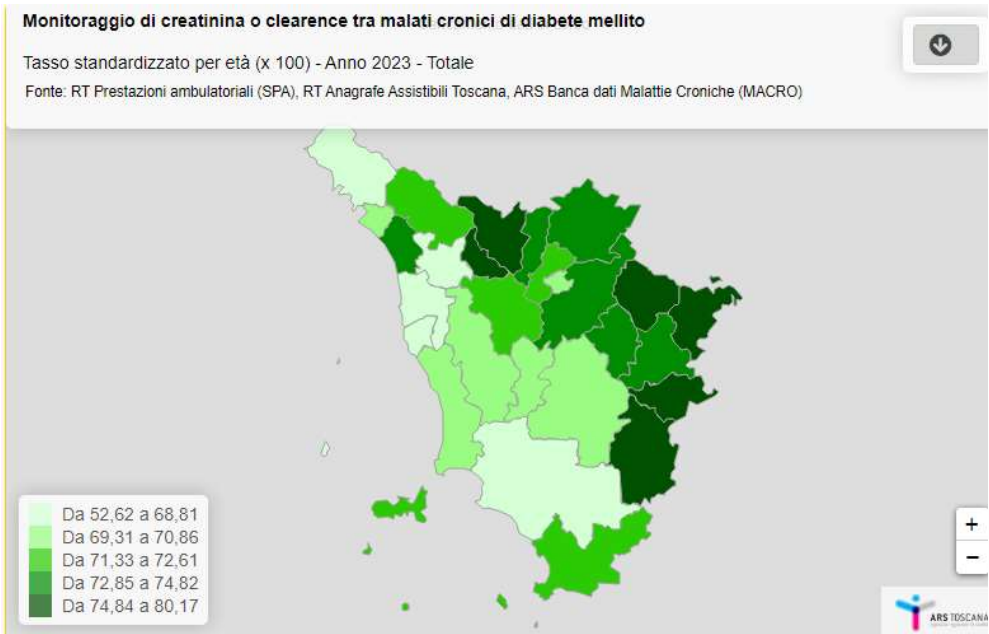


Il monitoraggio della creatinina o clearance tra i pazienti diabetici è un esame di laboratorio che permette di intercettare nelle fasi precoci le malattie renali di cui la popolazione diabetica è a rischio. Anche per questo indicatore è evidente, a livello regionale e aziendale, la flessione nel 2020,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

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

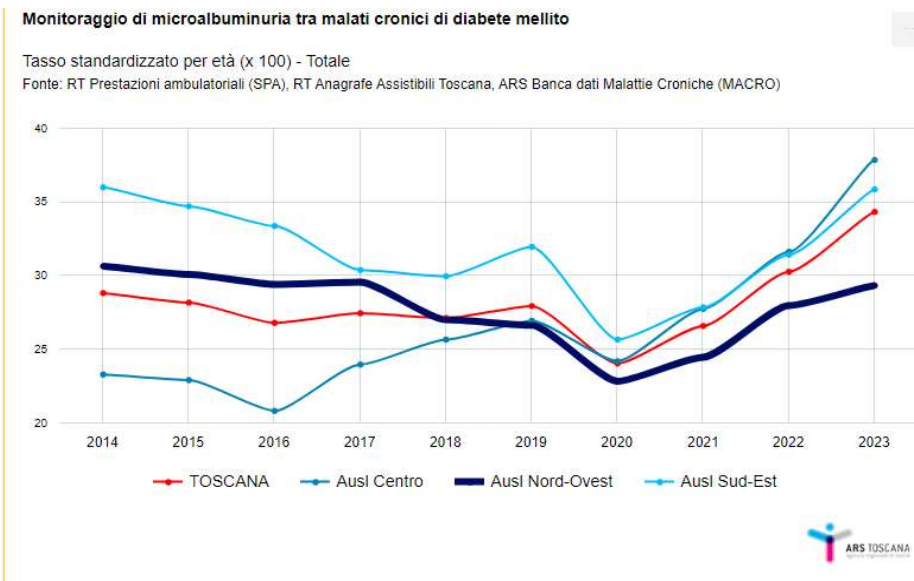
Tabella 2

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	65,57	64,05
2022	67,49	65,15
2023	70,53	66,99



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

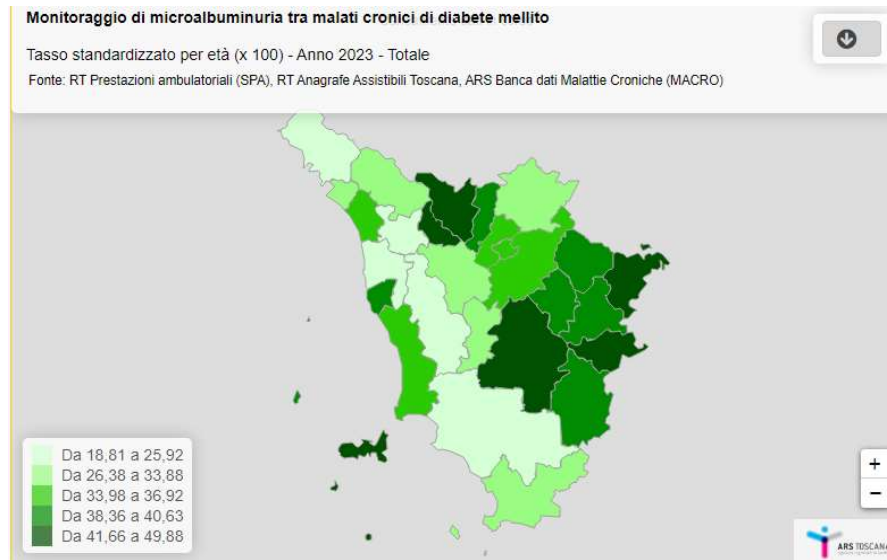
10.1.3 - Monitoraggio della microalbuminuria tra i malati cronici di diabete mellito



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 nell’ultimo triennio. Rispetto al livello regionale, l’ ATNO si mantiene al di sotto. La Tabella 3 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell’indicatore oggetto di osservazione.

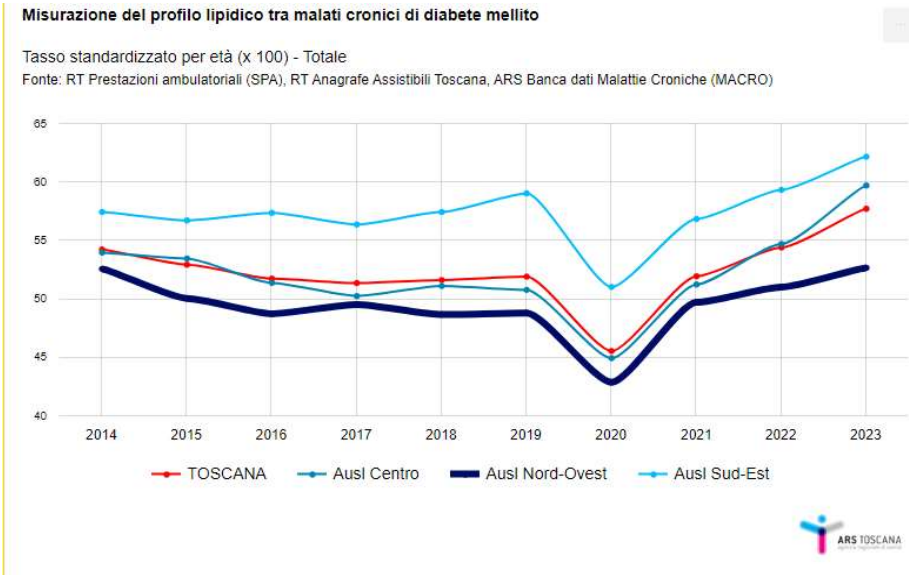
Tabella 3

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	26,62	24,5
2022	30,3	28,01
2023	34,37	29,36



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

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



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

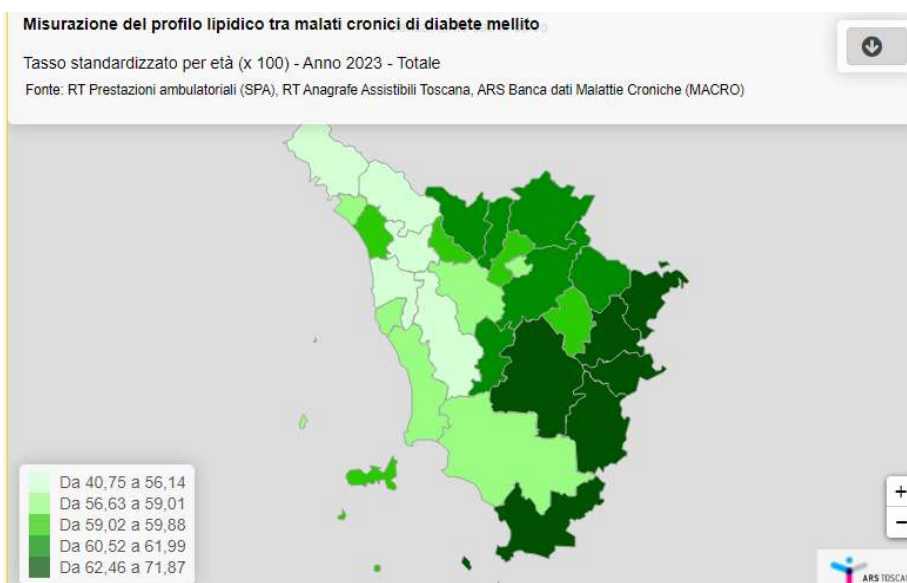
Anche per questo esame si è avuto un’ importante riduzione a livello regionale e aziendale, con una buona ripresa nell’ultimo triennio.

Si segnala che la nostra Azienda, pur restando al di sotto del valore regionale, nel 2023 supera 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.

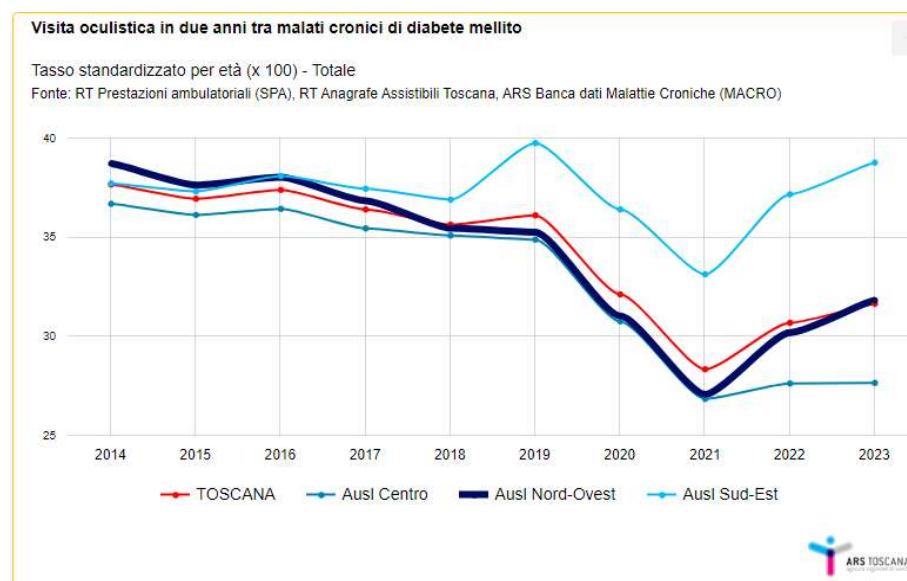
Tabella 4

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	51,97	49,75
2022	54,44	51,05
2023	57,76	52,7



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

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

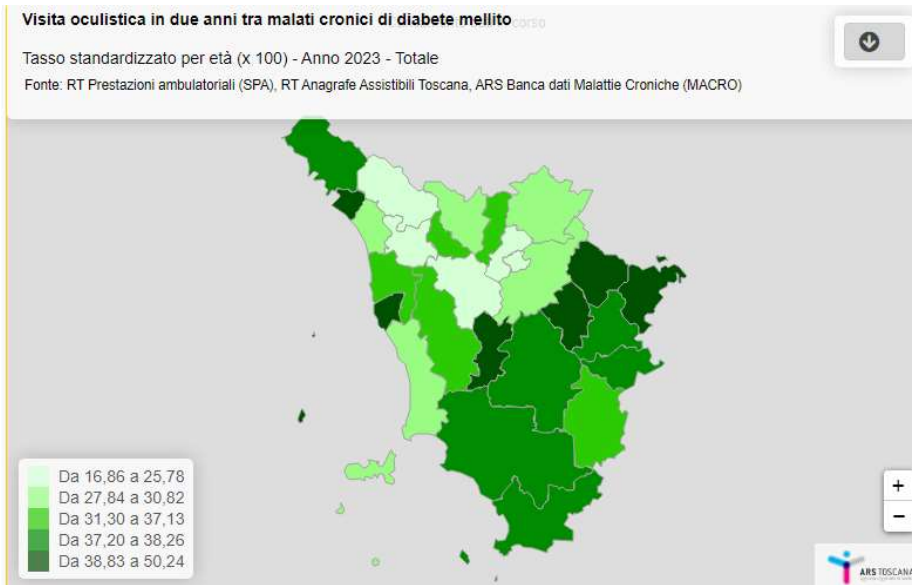


La retinopatia è una delle complicanze più serie della malattia diabetica e nel mondo occidentale è la principale causa di ipovisione sotto ai 30 anni. Il danno è trattabile in modo più facile nelle prime fasi rispetto a quando si è stabilizzato; per questo motivo è importante che i pazienti affetti da diabete siano sottoposti a visita oculistica con cadenza stabilita. Il trend delle visite oculistiche a livello regionale in 2 anni è in progressivo aumento dopo la discesa iniziata nel 2017. Nel 2023 l'andamento aziendale è sostanzialmente sovrapponibile a quello 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.

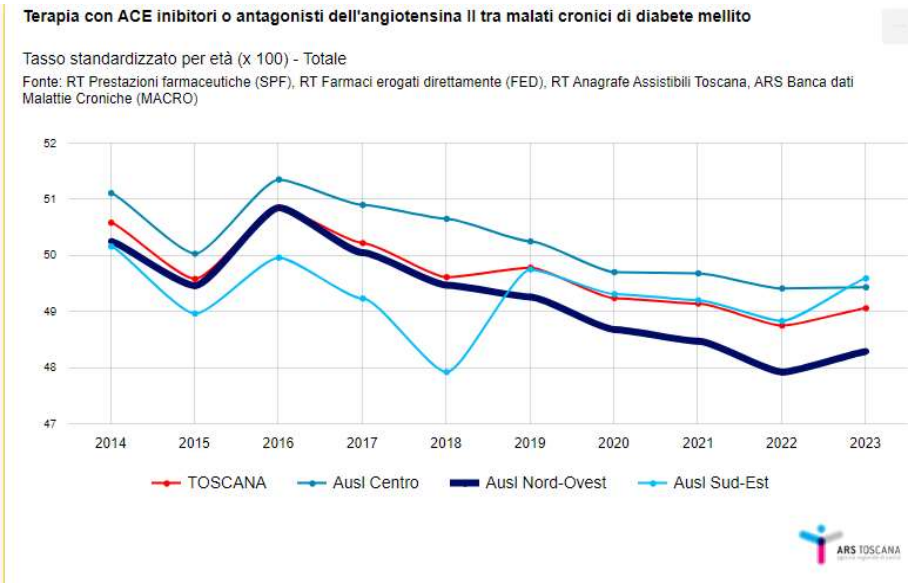
Tabella 5

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	28,36	27,09
2022	30,71	30,21
2023	31,67	31,84



Le Apuane sono la Zona con il valore più alto a livello aziendale seguita 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

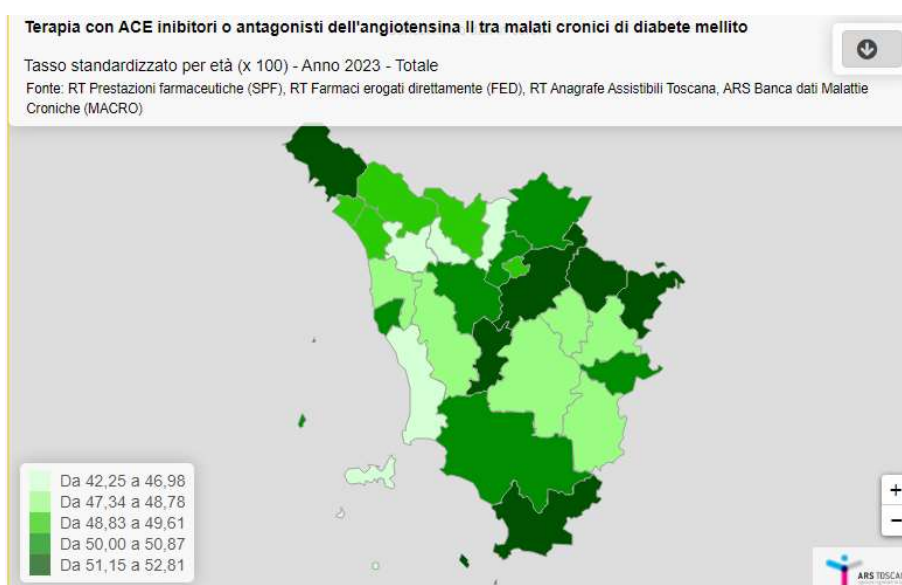


L'indicatore osserva nella popolazione target, almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori e/o antagonisti dell'angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per quanto riguarda gli ACE inibitori e/o gli antagonisti dell'angiotensina II per il 2023 il trend risulta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

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

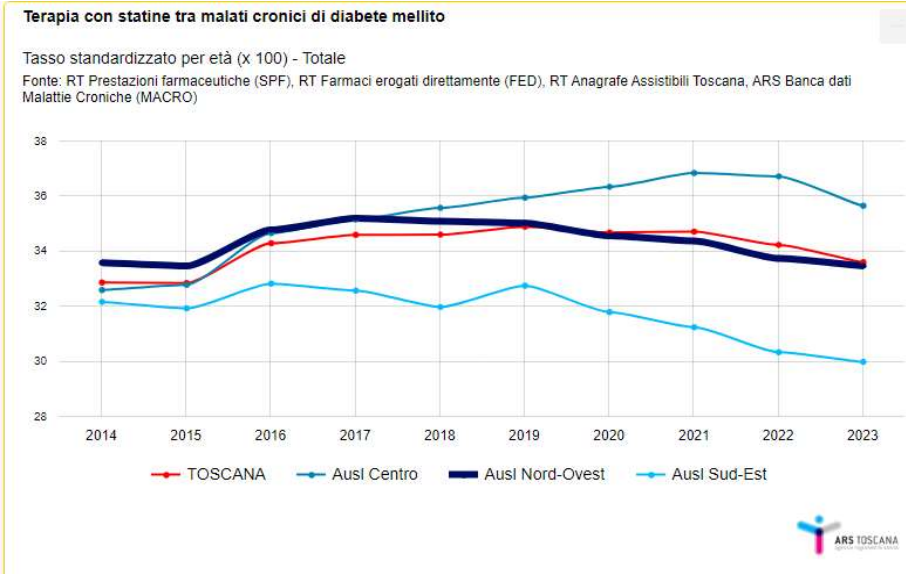
Tabella 6

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	49,15	48,48
2022	48,76	47,93
2023	49,07	48,3



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

10.1.7 - Terapia con statine tra i malati cronici di diabete mellito

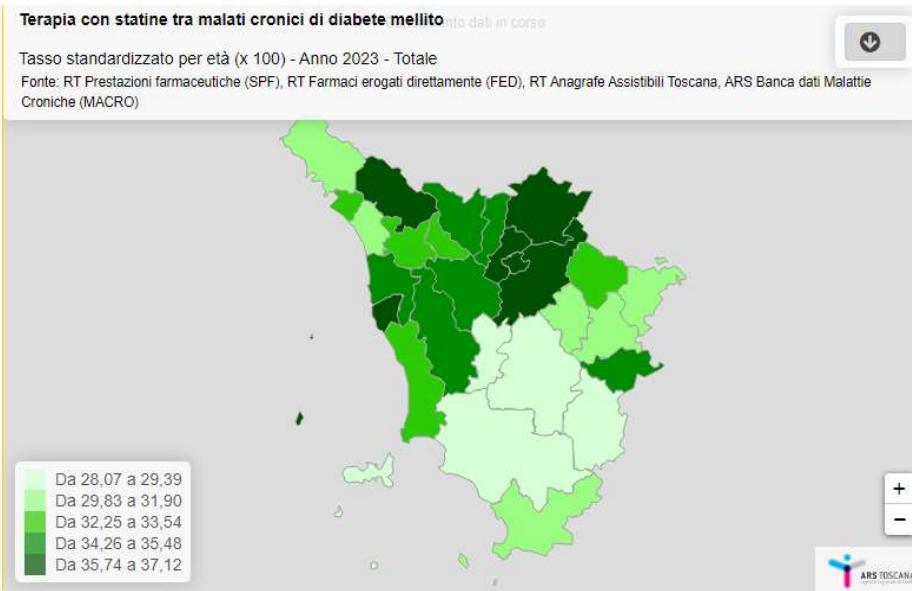


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci statine distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per la terapia con statine sia a livello regionale che aziendale si segnala una lieve diminuzione.

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

Tabella 7

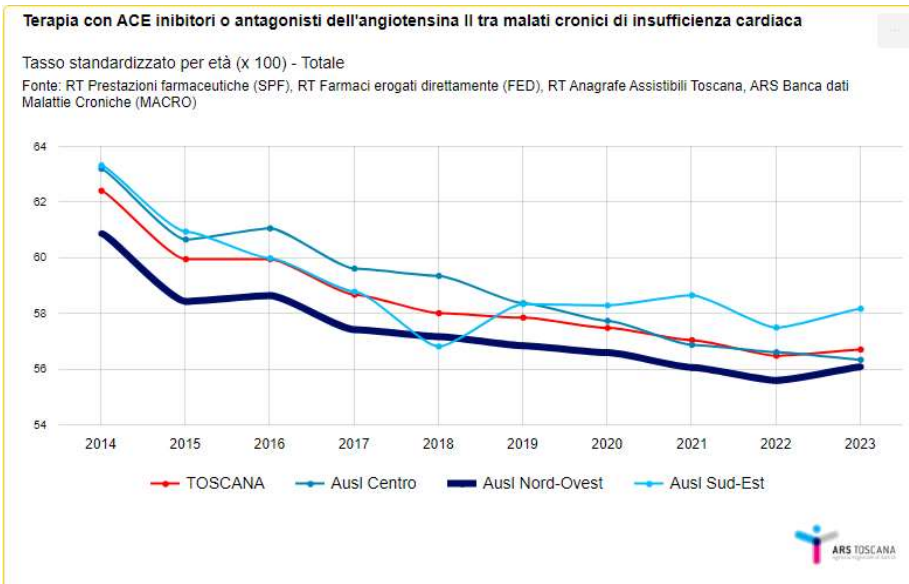
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	34,73	34,39
2022	34,25	33,76
2023	33,62	33,49



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 nella Lunigiana.

INSUFFICIENZA CARDIACA

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

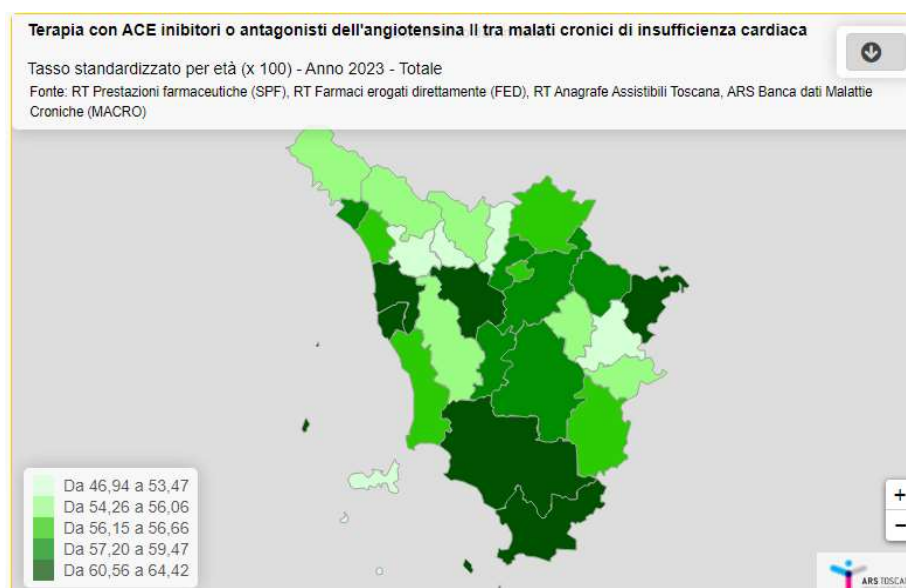


L’indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori o antagonisti dell’angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell’anno di riferimento. Per quanto riguarda la terapia con ACE inibitori o antagonisti dell’angiotensina II tra i malati cronici di insufficienza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

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

Tabella 8

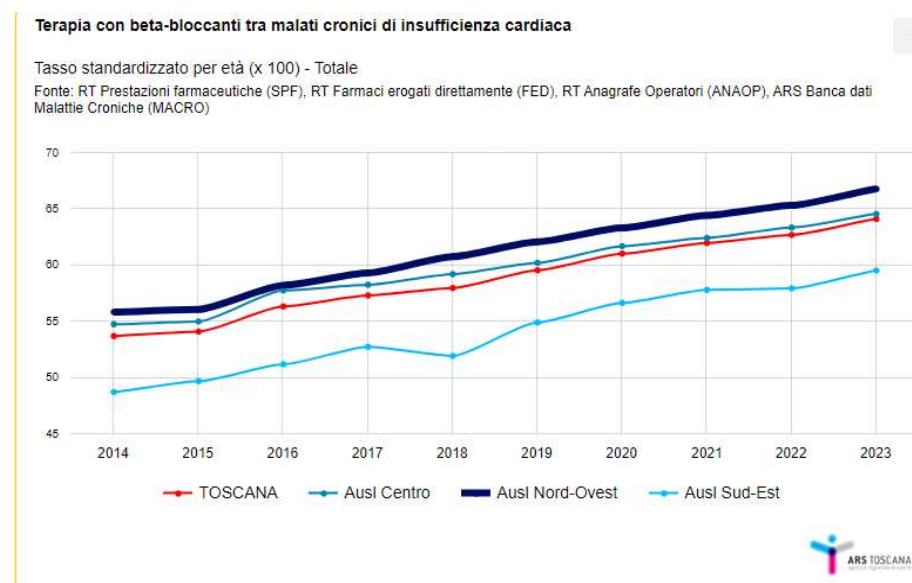
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	57,06	56,08
2022	56,5	55,61
2023	56,72	56,1



A livello Zonale performance più alte si riscontrano nella Livornese e nella Pisana.

Per la Piana di Lucca e l' Elba sono evidenziate performance più basse.

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

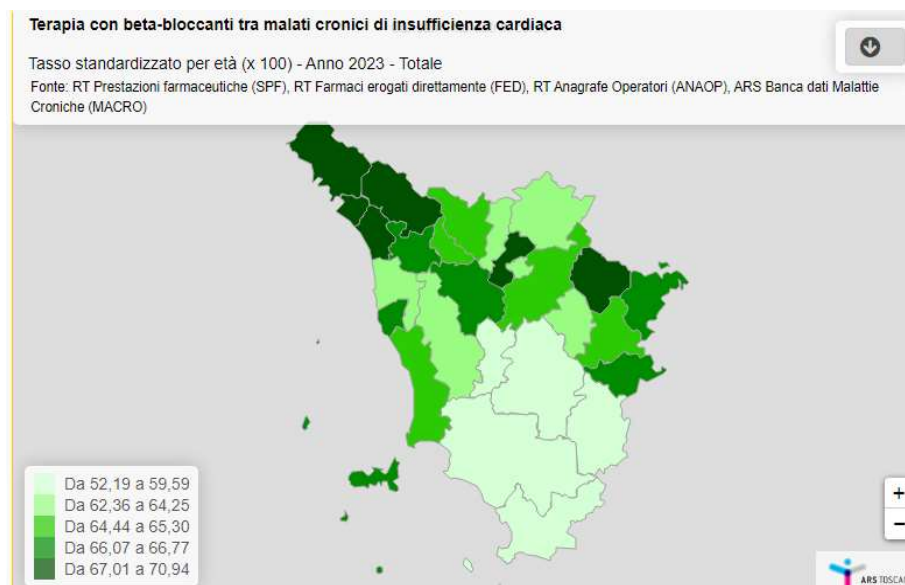


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci beta-bloccanti distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. E' un indicatore che è in crescita costante e progressiva dall'ultimo decennio con ATNO che si mantiene al di sopra del valore medio regionale.

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

Tabella 9

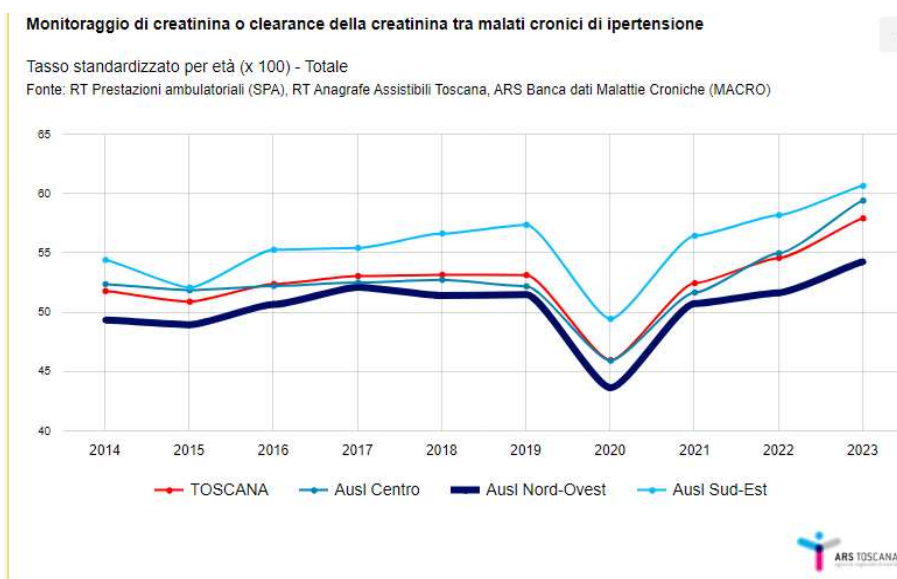
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	62,02	64,46
2022	62,73	65,35
2023	64,15	66,81



Performance migliori si sono registrate nelle Apuane, Versilia, Lunigiana e Valle del Serchio. Valori più bassi sono stati riscontrati nella Pisana e Alta Val di Cecina- Val d'Era.

IPERTENSIONE

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



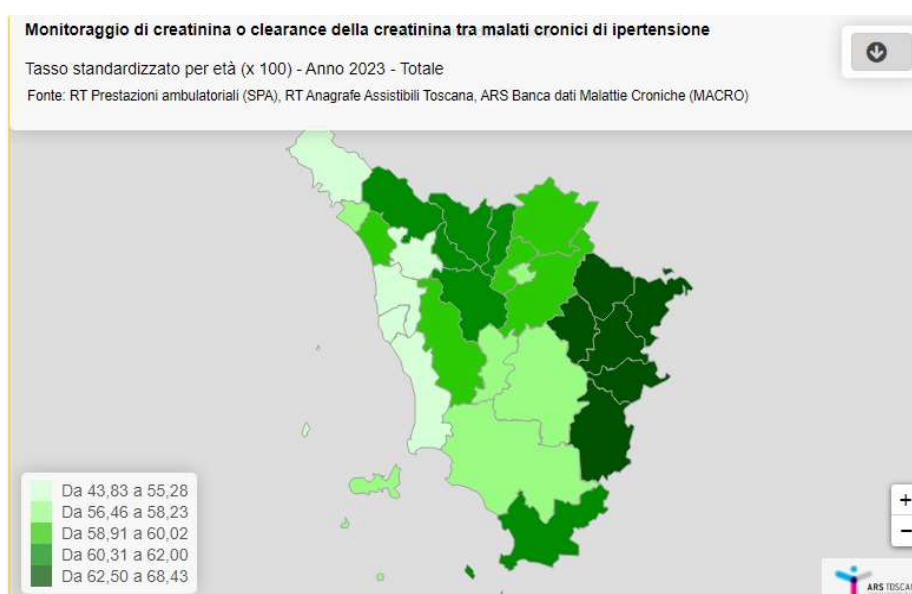
Anche l'ipertensione può essere causa di danno d'organo e complicanze e livello renale. Misurare la creatinina o monitorarne la

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 3 anni. ATNO rimane al di sotto del valore regionale.

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

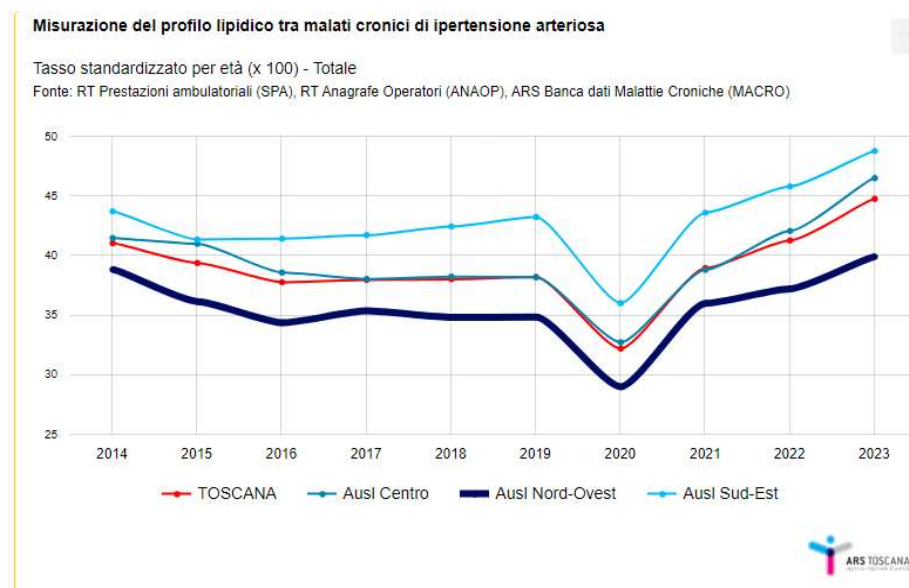
Tabella 10

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	52,49	50,79
2022	54,62	51,68
2023	57,96	54,28



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

10.3.1 - Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di ipertensione

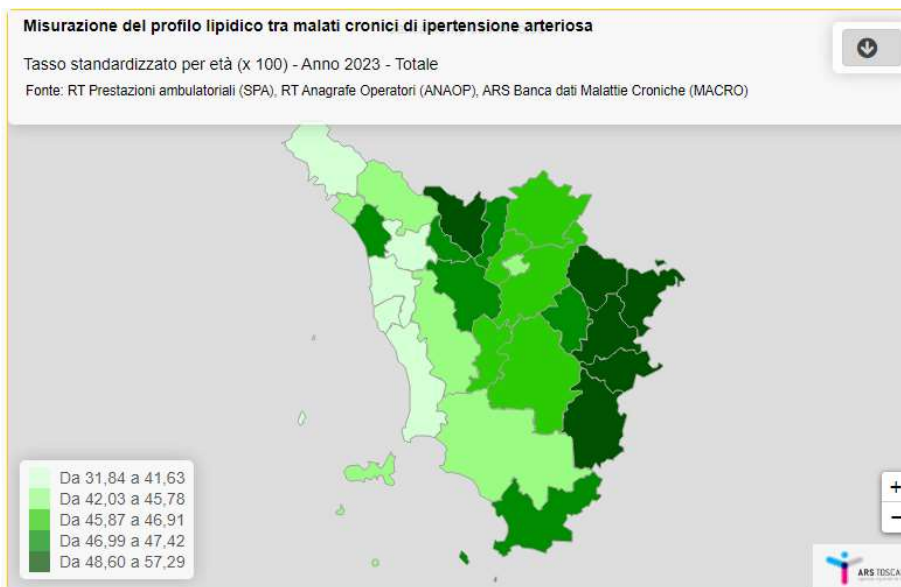


Elevati livelli di colesterolo nel sangue e alti valori di pressione arteriosa sono fattori di rischio cardiovascolare e predicono un aumentato rischio di danno d'organo. La misurazione dei valori della lipidemia nei pazienti ipertesi è raccomandato nei periodici follow-up. L'andamento della curva di 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 2023 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

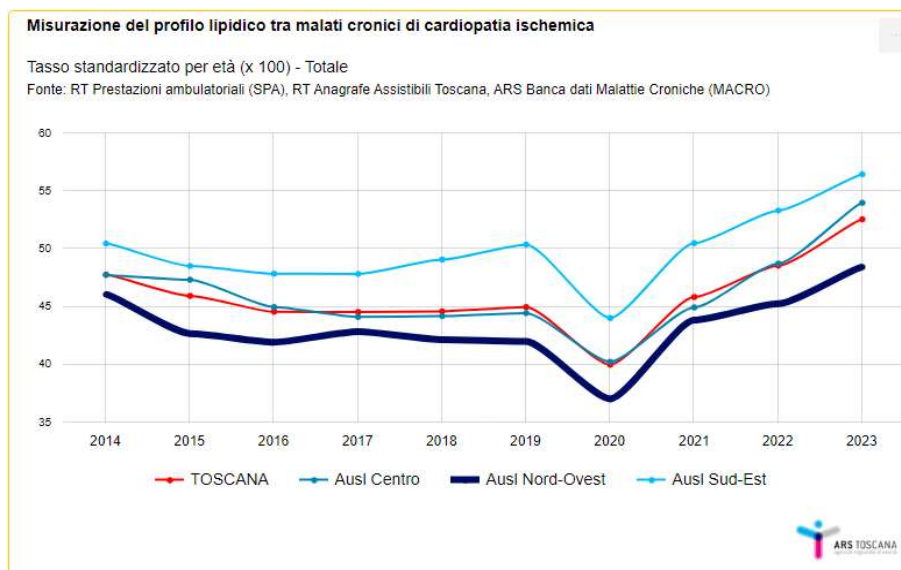
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	38,99	36,04
2022	41,01	37,25
2023	47,79	39,94



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

CARDIOPATIA ISCHEMICA

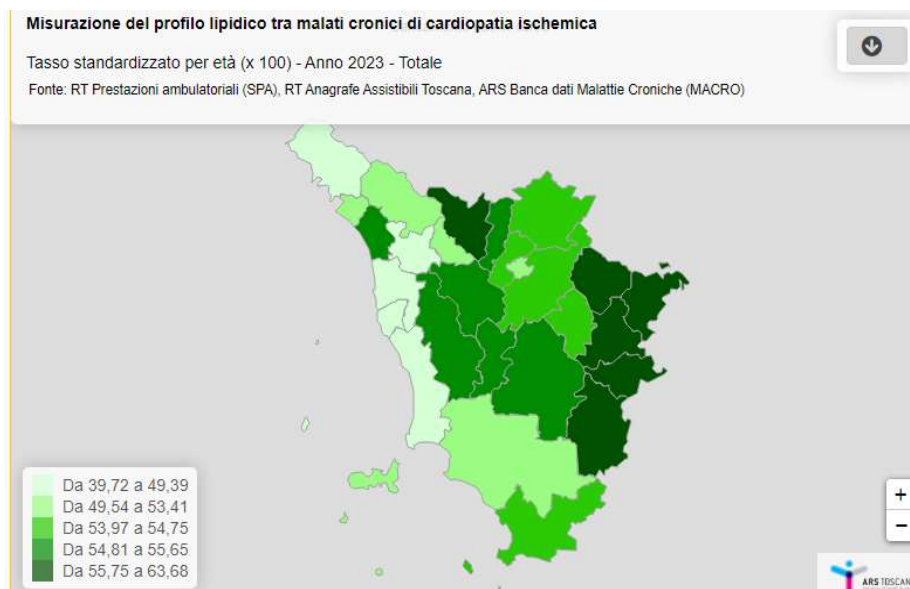
10.4 - Misurazione del profilo lipidico tra i malati cronici di cardiopatia ischemica



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.

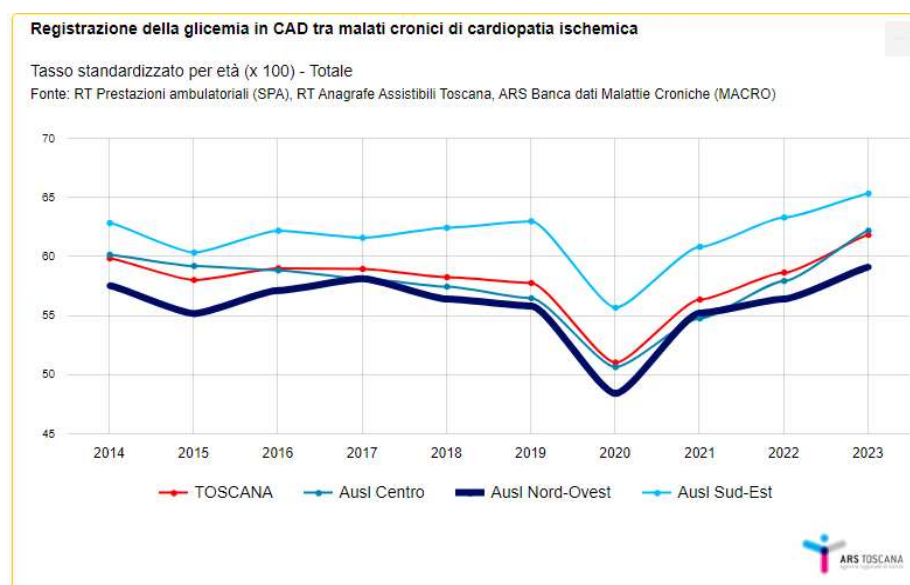
Tabella 12

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	45,86	43,85
2022	48,58	45,28
2023	52,58	48,45



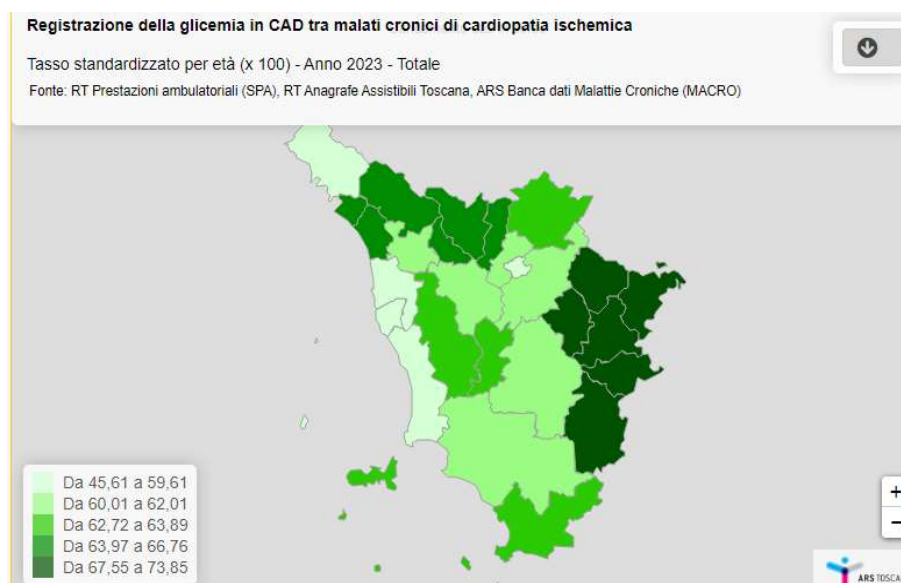
Le Zona Piana di Lucca, Pisana e Lunigiana hanno i valori più bassi, mentre la Versilia e le Apuane sono le più alte a livello aziendale.

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



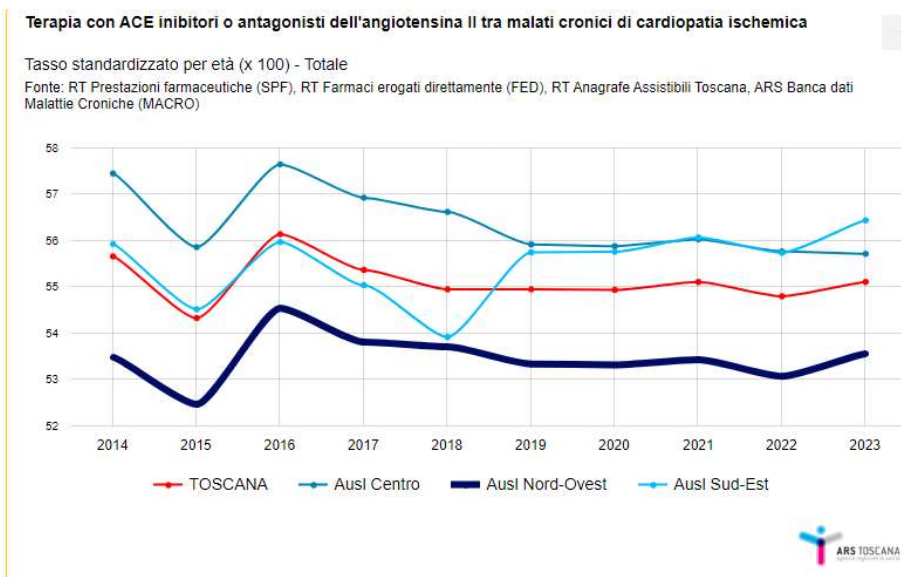
L'elevato glucosio in assenza di diabete è associato a una maggiore incidenza di coronaropatia indipendentemente da altri fattori di rischio riconosciuti tra cui età, peso, iperlipidemia, insufficienza renale e ipertensione e la sola determinazione della glicemia a

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 nell'ultimo triennio con ATNO che mostra un incremento anche se al di sotto della media regionale.



A livello Zonale le Zone con maggior numero di esami sono state la valle del Serchio, la Versilia e le Apuane. Livelli più bassi nella Zona Pisana e Livornese.

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



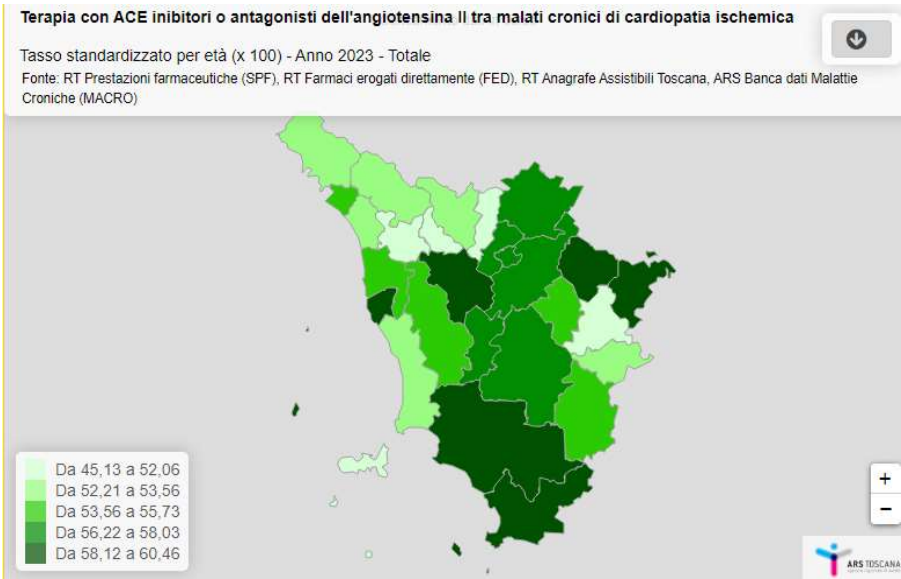
L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Per la terapie con ACE inibitori o antagonisti dell'angiotensina II

l'andamento di ATNO è stabile dal 2019, in lieve decremento nel 2022 e in ripresa nel 2023, 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.

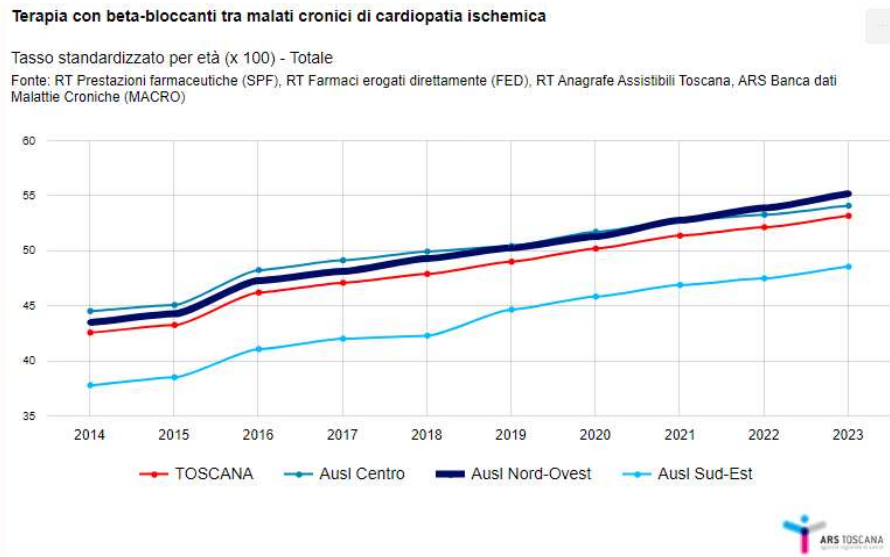
Tabella 13

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	55,12	53,44
2022	54,81	53,08
2023	55,12	53,57



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

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

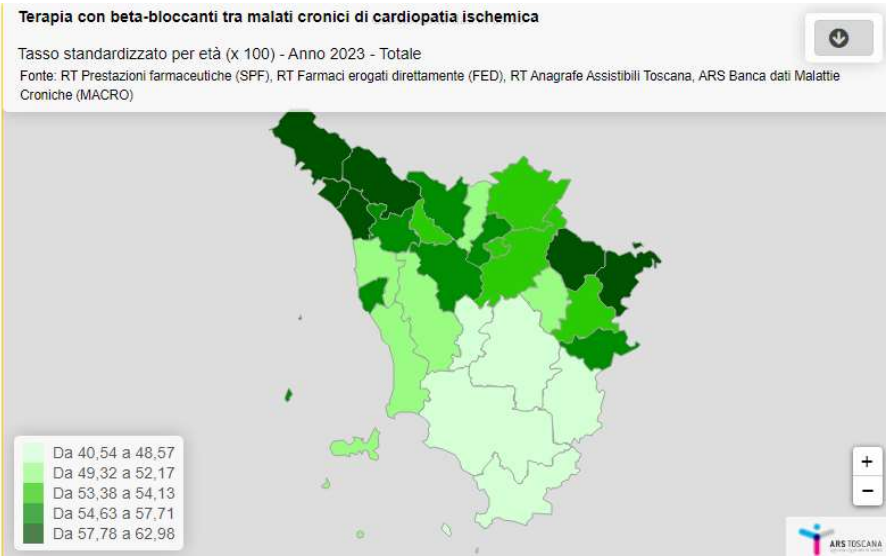


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci beta-bloccanti distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Negli ultimi dieci anni il trend è in aumento in tutta la regione e si è mantenuto tale anche nel 2023, con ATNO che si mantiene al di sopra del 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.

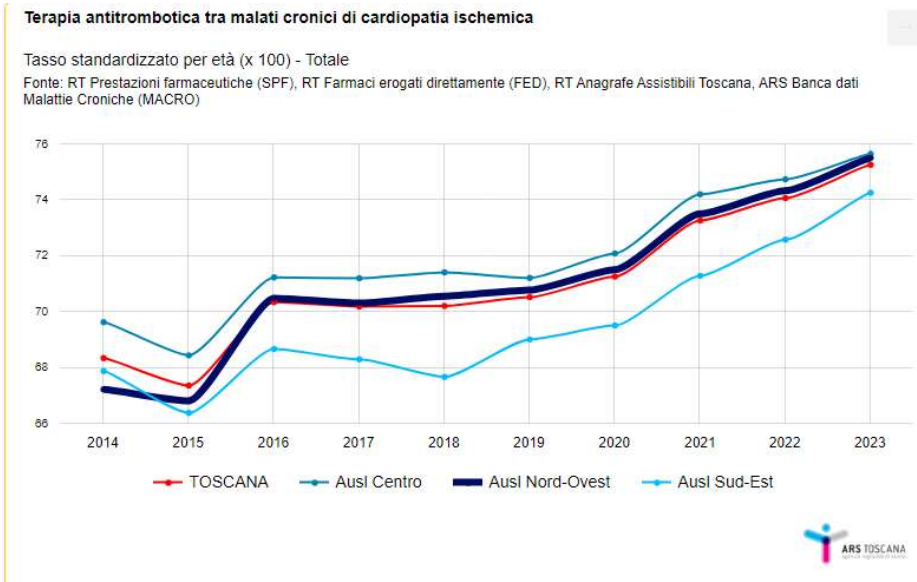
Tabella 14

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	51,43	52,82
2022	52,18	53,93
2023	53,23	55,22



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

10.4.4 - Terapia antitrombotica tra i malati cronici di cardiopatia ischemica

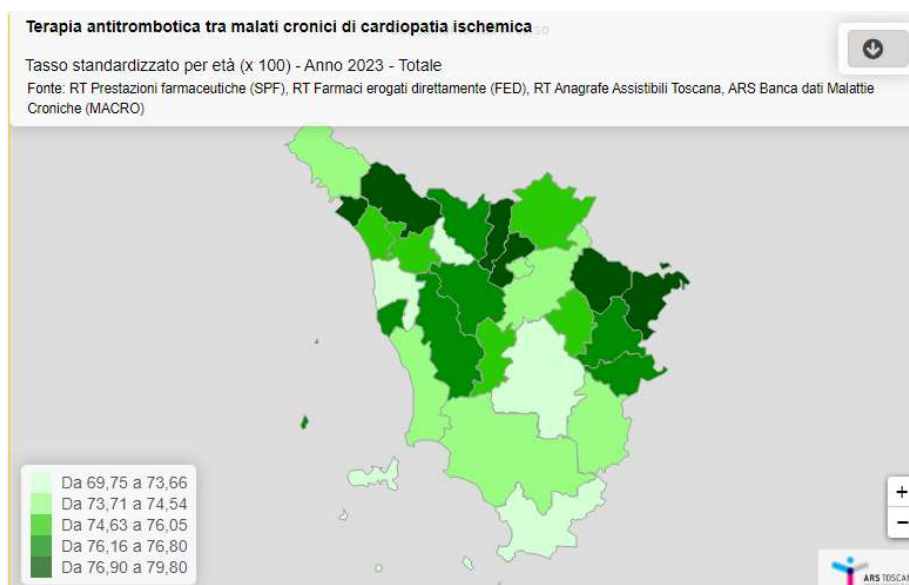


L’indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci antitrombotici distanti più di 180 giorni tra loro nell’anno di riferimento. Anche la terapia antitrombotica tra i malati cronici di cardiopatia ischemica si è mantenuta sia a livello regionale che aziendale in aumento.

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

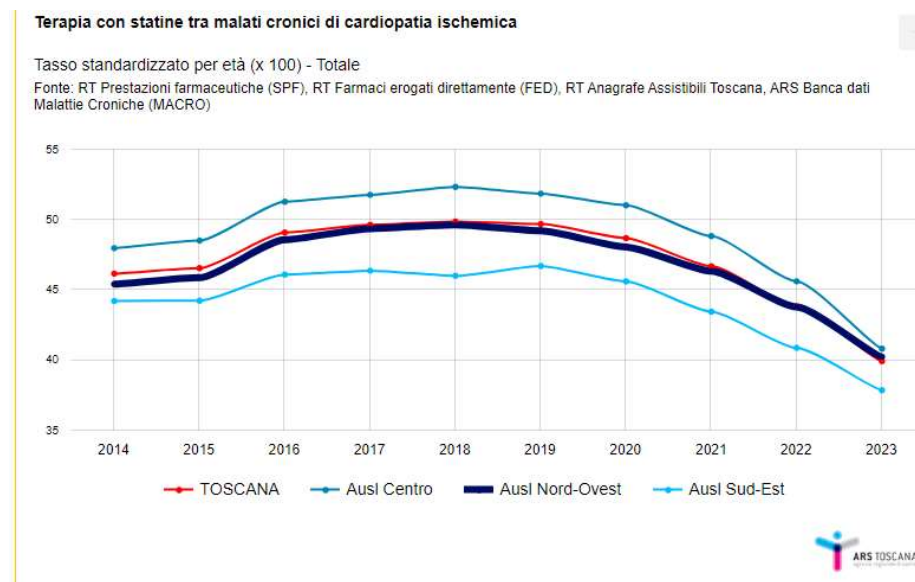
Tabella 15

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	73,28	73,52
2022	74,08	74,34
2023	75,27	75,52



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

10.4.5 - Terapia con statine tra i malati cronici di cardiopatia ischemica



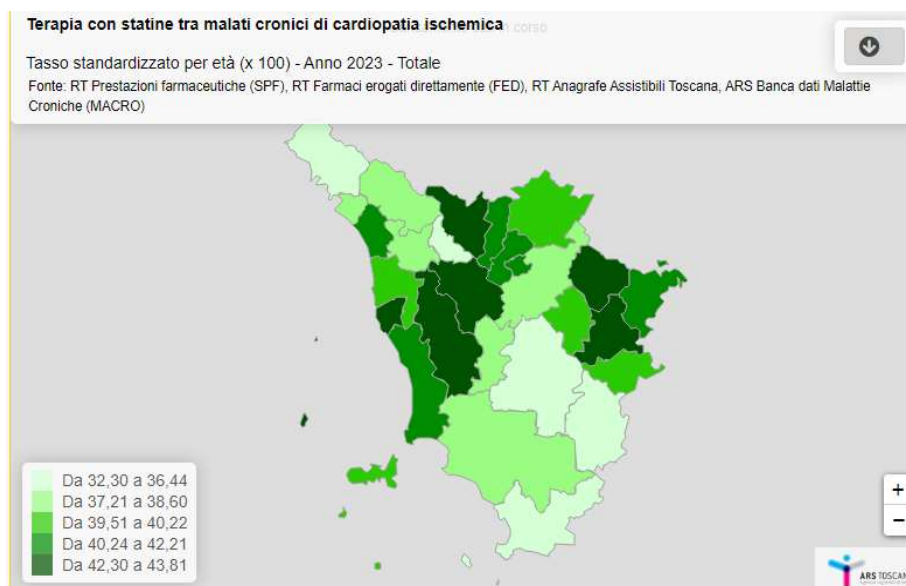
L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci statine distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. Diversamente la terapia con statine è in trend progressivamente decrescente a livello regionale e aziendale già dal 2019, con ATNO che ha valori sostanzialmente sovrapponibili a quelli regionali.

La Tabella 16 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di

osservazione.

Tabella 16

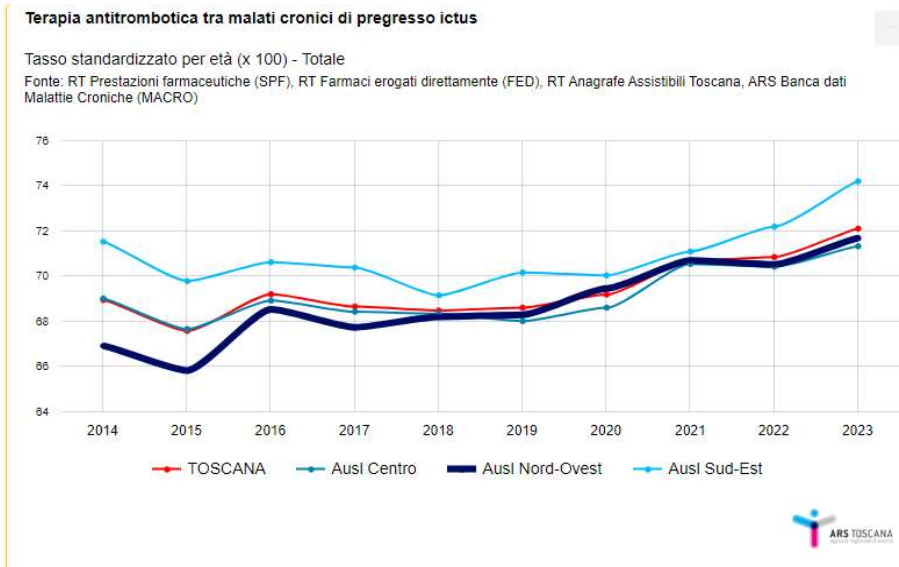
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	46,71	46,37
2022	43,87	43,82
2023	39,95	40,27



Le Zone con le performance migliori sono state la Livornese e l'Alta Val di Cecina- Val d'Era mentre valori più bassi sono stati riscontrati in Lunigiana.

ICTUS

10.5 - Terapia antitrombotica nei malati cronici di pregresso ictus

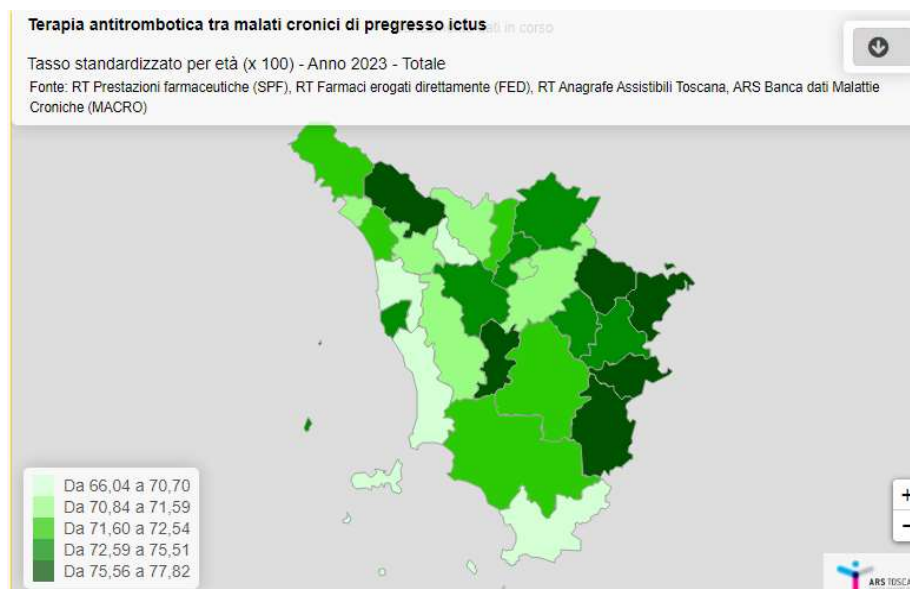


L'indicatore osserva nella popolazione target almeno due erogazioni di farmaci antitrombotici distanti più di 180 giorni tra loro nell'anno di riferimento. La terapia antitrombotica nel paziente con pregresso ictus ha mostrato un trend in aumento dal 2019 in tutta la regione.

La Tabella 17 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell'indicatore oggetto di osservazione.

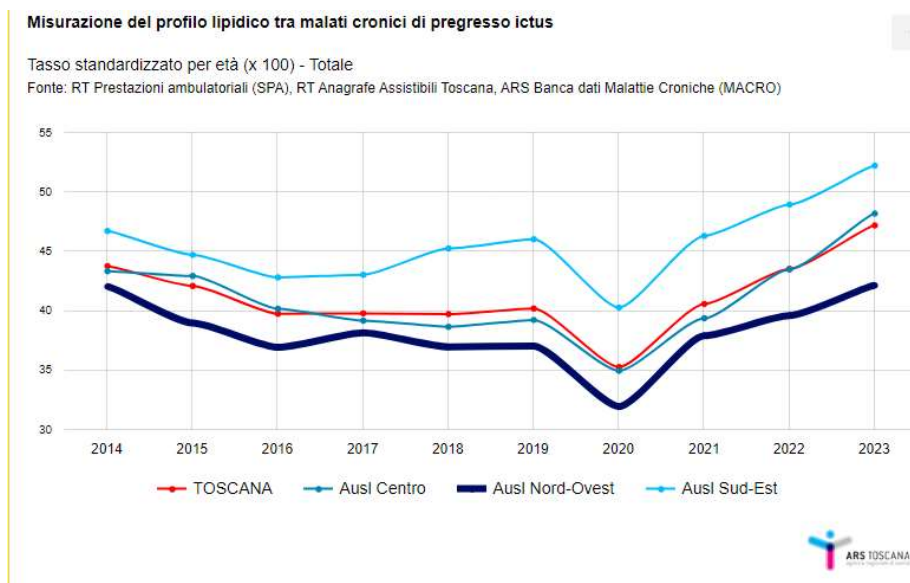
Tabella 17

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	70,71	70,72
2022	70,87	70,54
2023	72,13	71,71



La Zone più virtuose sono la Valle del Serchio 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

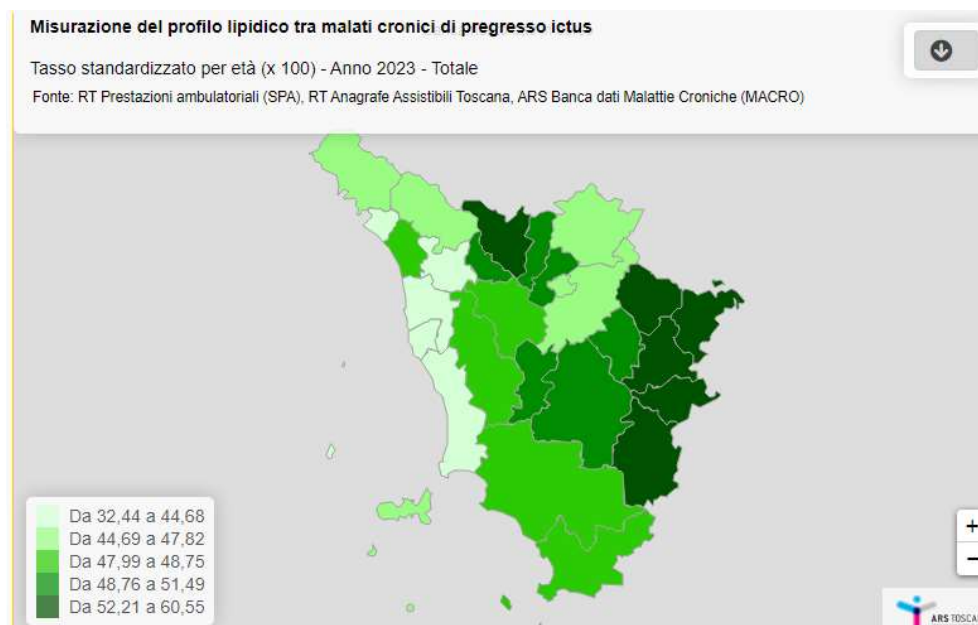
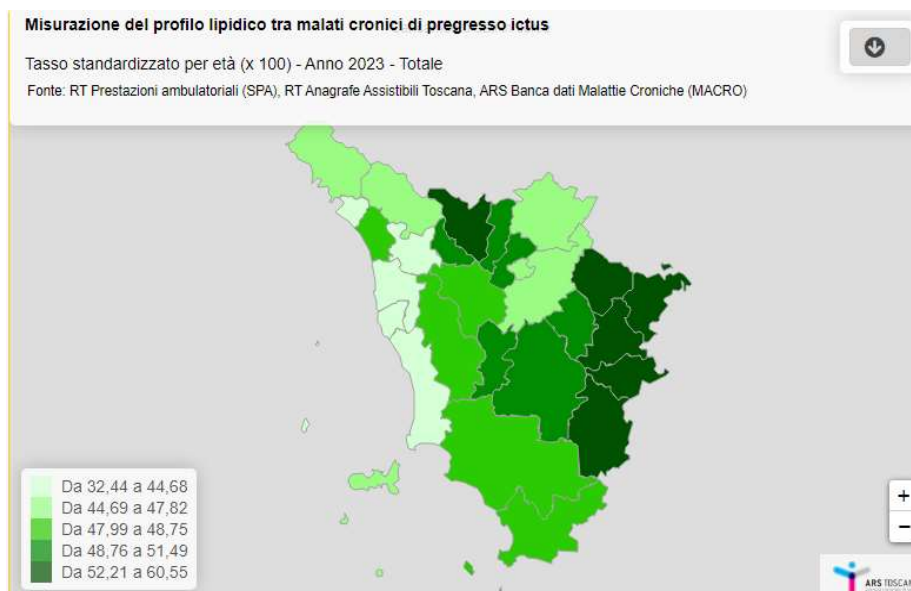


L'ictus è una patologia cerebro-cardiovascolare ed il controllo dei fattori di rischio, quali i livelli di colesterolo, costituisce un presupposto per una corretta prevenzione delle complicanze e gestione della malattia. Per quanto riguarda la misurazione del profilo lipidico, a livello regionale e aziendale si è registrato il forte abbassamento del 2020, con una netta ripresa nel 2021 che si mantiene anche nel 2023. 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

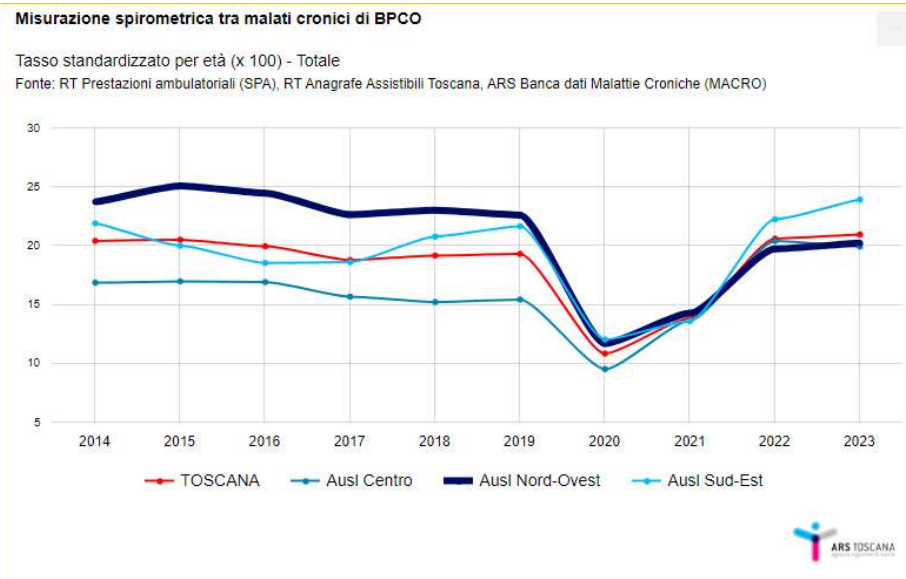
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	40,62	37,94
2022	43,58	39,63
2023	47,22	42,17



Migliori performance sono riscontrate nella Versilia. Più basse nella Pisana e Piana di Lucca.

BPCO

10.6 - Misurazione spirometrica tra i malati cronici di BPCO

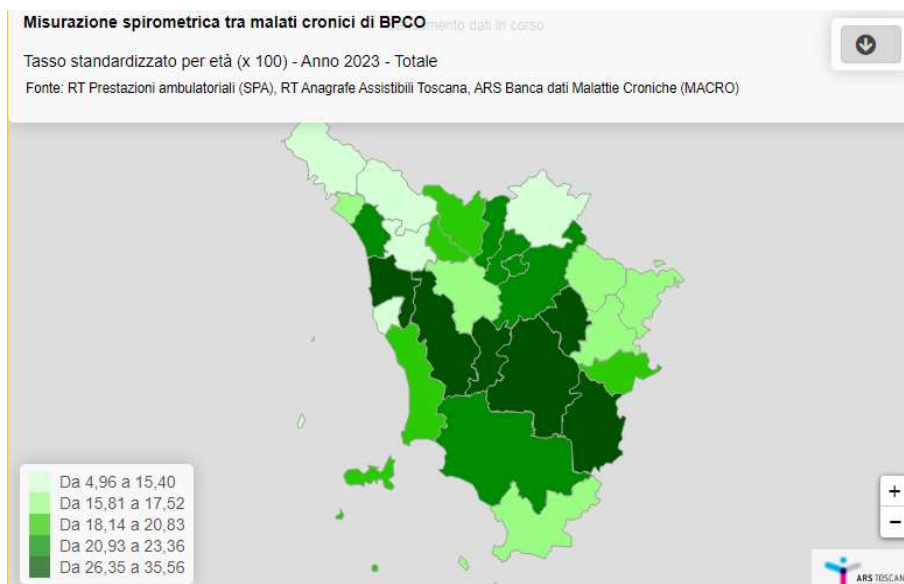


La misurazione spirometrica tra i malati cronici di BPCO è un esame condotto in regime ambulatoriale e permette la valutazione funzionale polmonare nel follow-up. E’ un’attività che ha subito una notevole flessione nel corso del 2020, con una ripresa nel 2021 che si mantiene anche nel 2022 e rimane pressocchè stabile nel 2023.

La Tabella 19 mostra in dettaglio, per gli ultimi tre anni, il valore del tasso standardizzato per età (x100) dell’indicatore oggetto di osservazione.

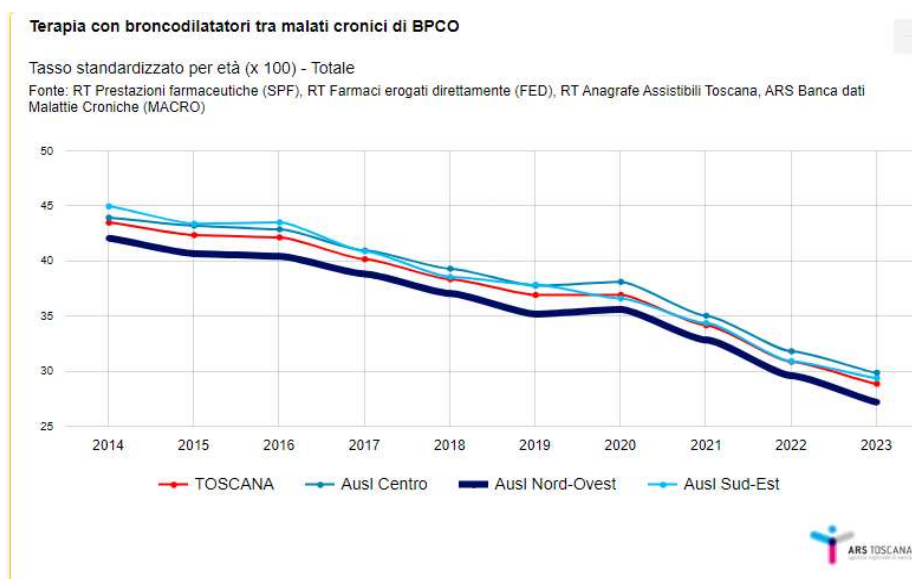
Tabella 19

ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	13,89	14,3
2022	20,65	19,77
2023	20,99	20,26



Performance più alte si sono verificate nella Zona Pisana e in Alta Val di Cecina- Val d'Era. Le performance più basse in Lunigiana, Valle del Serchio, Piana di Lucca e Livorno.

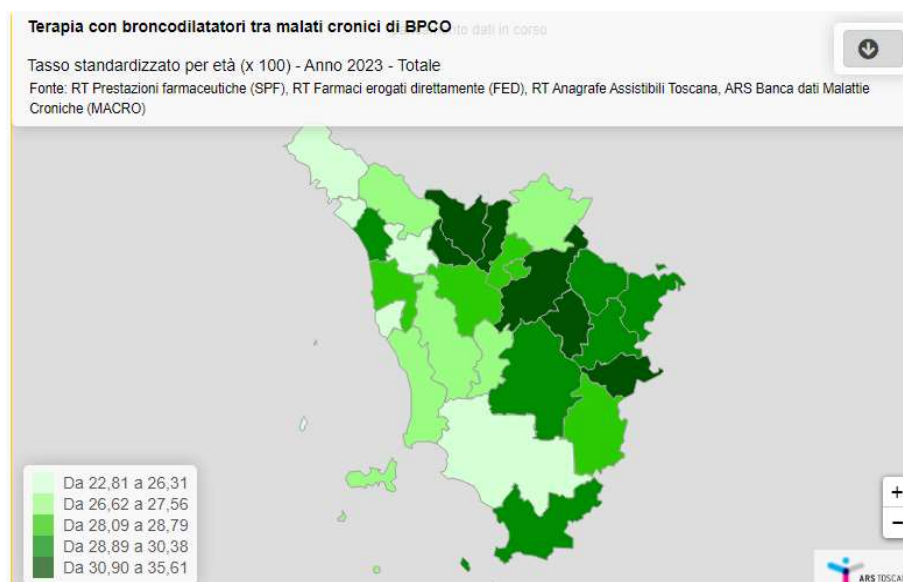
10.6.1 - Terapia con broncodilatatori tra i malati cronici di BPCO



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 2023. L'andamento dell'ATNO è analogo a quello della RT, seppure la nostra azienda si posiziona 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

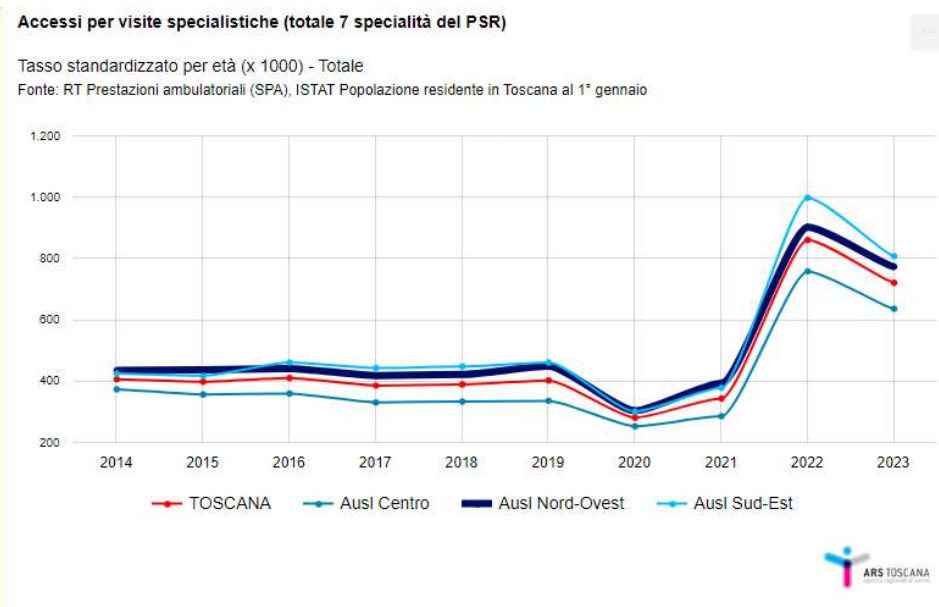
ANNO	VALORE REGIONALE	VALORE AZIENDALE
2021	34,21	32,88
2022	30,91	29,64
2023	28,9	27,24



Performance più alte si sono riscontrate nella Zona Versilia. Valori più bassi in Lunigiana, Apuane, Piana di Lucca e Livorno.

10.7 - Assistenza specialistica ambulatoriale

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



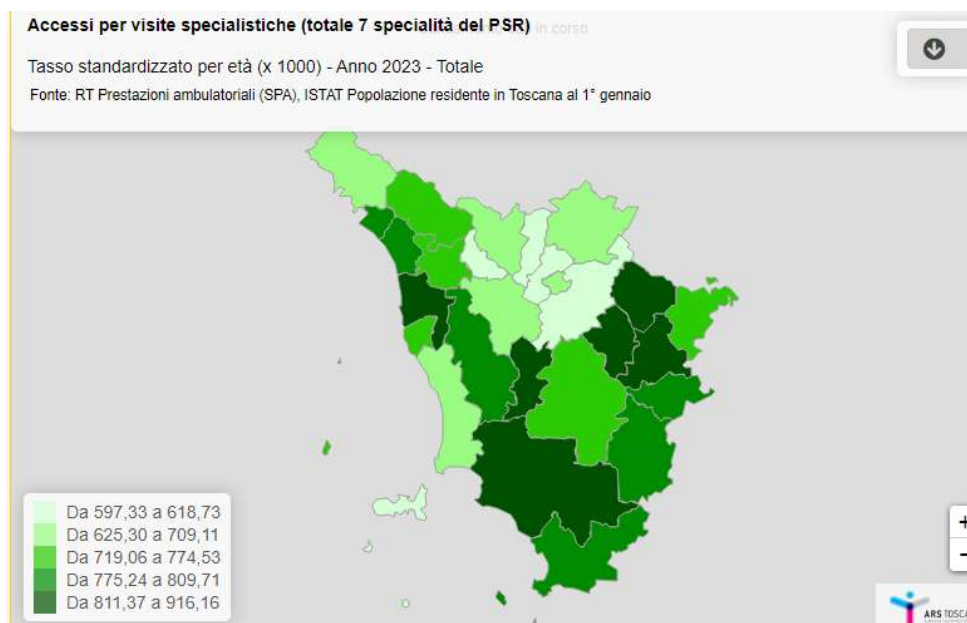
Accessi per visite specialistiche (totale 7 specialità del PSR)

Tasso standardizzato per età (x 1000) - Anno 2023 - Totale
Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Accessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Limite inf	Limite sup
REGIONE TOSCANA	2.808.822	767,02	723,03	722,15	723,91
AUSL CENTRO	1.069.618	666,67	638,04	636,78	639,29
AUSL NORD-OVEST	1.029.642	826,14	775,28	773,72	776,85
ex ASL 1 - Massa e Carrara	155.800	830,57	765,73	761,69	769,78
ex ASL 2 - Lucca	176.695	794,23	750,37	746,72	754,01
ex ASL 5 - Pisa	295.722	870,31	843,04	839,90	846,18
ex ASL 6 - Livorno	267.313	793,75	723,92	721,02	726,81
ex ASL 12 - Viareggio	134.112	839,72	775,24	770,86	779,62
AUSL SUD-EST	709.562	874,66	809,53	807,57	811,49

L'indicatore comprende le prestazioni con codice nomenclatore: 89.7 o 95.02 o 89.26 o 89.13 (rispettivamente prima visita

cardiologica, chirurgia vascolare, endocrinologica, ortopedica, otorinolaringoiatrica, urologica, dermatologica, fisiatrica, gastroenterologica, oncologica, pneumologica; prima visita oculistica; prima visita ginecologica; prima visita neurologica. Il valore consolidato del 2022, nella nostra Azienda e a livello regionale, ha mostrato una netta ripresa rispetto al calo del 2020, segno dell'ampliamento dell'offerta; nel 2023 si osserva una diminuzione degli accessi.



Se confrontata con le altre realtà toscane la nostra Azienda nel 2023 si è attestata al livello più alto dopo la Sud Est con un tasso standardizzato per età (x1000) di 775,28 verso un valore regionale di 723,03.

La Zona con il più alto tasso standardizzato per età (x1000) di accessi per visite specialistiche è la Pisana mentre quelle con i valori più bassi sono l'Elba, la Lunigiana e la Bassa val di Cecina-Val di Corchia.

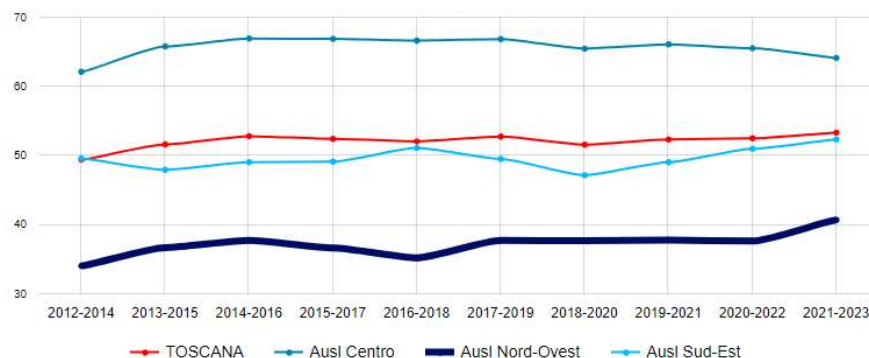
10.8 - Riabilitazione

10.8.1 - Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni (biennio 2021-2023)

Riabilitazione post frattura di femore entro 28 giorni

Tasso standardizzato per età (x 100) - Totale

Fonte: RT Prestazioni ambulatoriali (SPA), RT Assistenza domiciliare (RFC 115), RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Prestazioni riabilitative (SPR), RT Anagrafe Assistibili Toscana



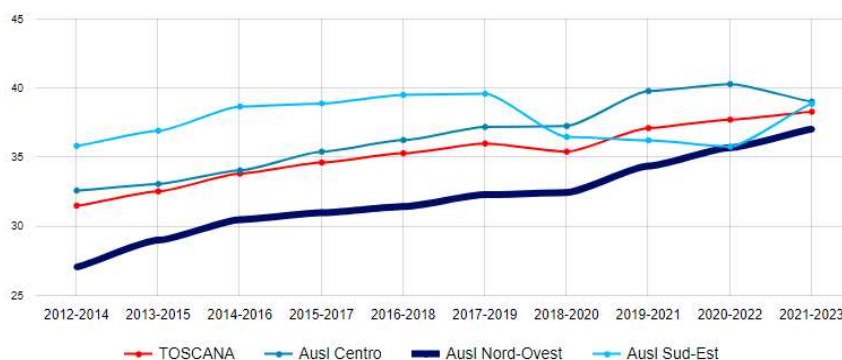
Il biennio oggetto di osservazione ha subito un leggero incremento rispetto al trend rilevato nei periodi precedenti, tranne per quanto riguarda la Sud Est; ATNO rimane il più basso a livello regionale, con un tasso standardizzato per età (x100) di 40,75 a fronte di un valore regionale del 53,4.

10.8.1 - Riabilitazione post ictus entro 28 giorni (biennio 2021-2023)

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 37,07 a fronte del 38,33 Toscano.

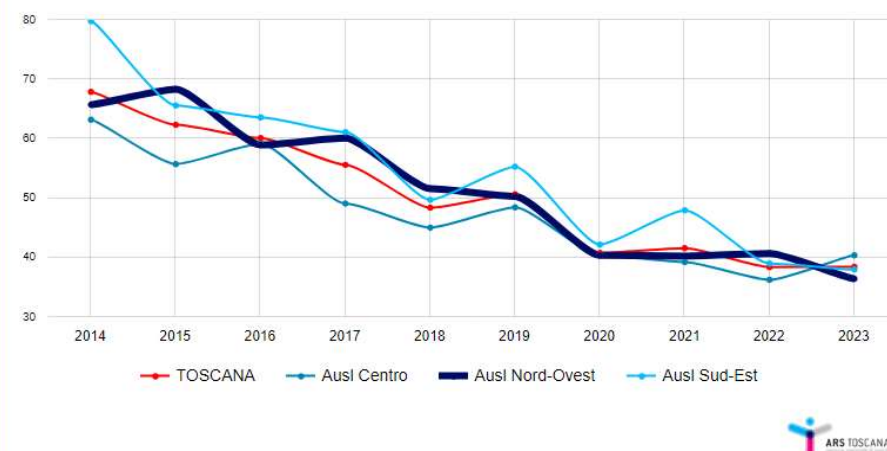
10.9 - Indicatori di attività ospedaliera per condizioni sensibili alle cure territoriali

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 2023 l'indicatore è in lieve diminuzione rispetto al biennio precedente. Rispetto al valore regionale, l'ATNO è leggermente al di sotto con il 36,45 rispetto al 38,48 toscano.

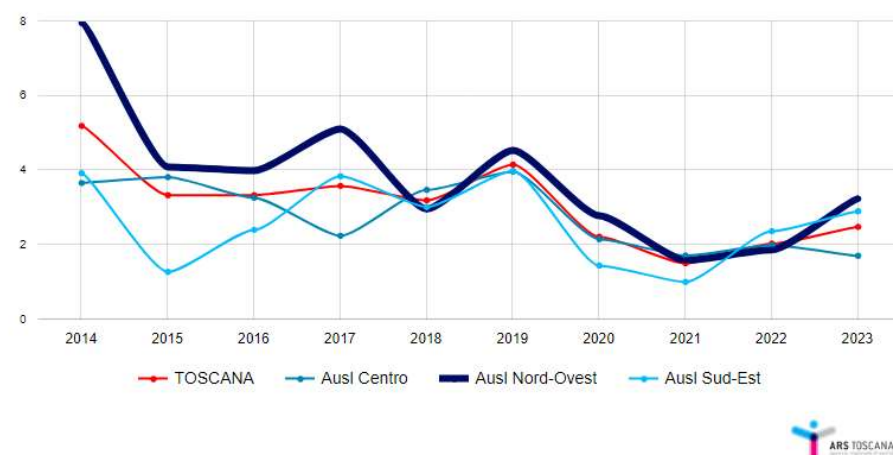
Le Zone che hanno avuto un'ospedalizzazione maggiore sono state: l'Elba e la Valle del Serchio. Le minori ospedalizzazioni ci sono state in Lunigiana, Pisana e Apuane.

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)

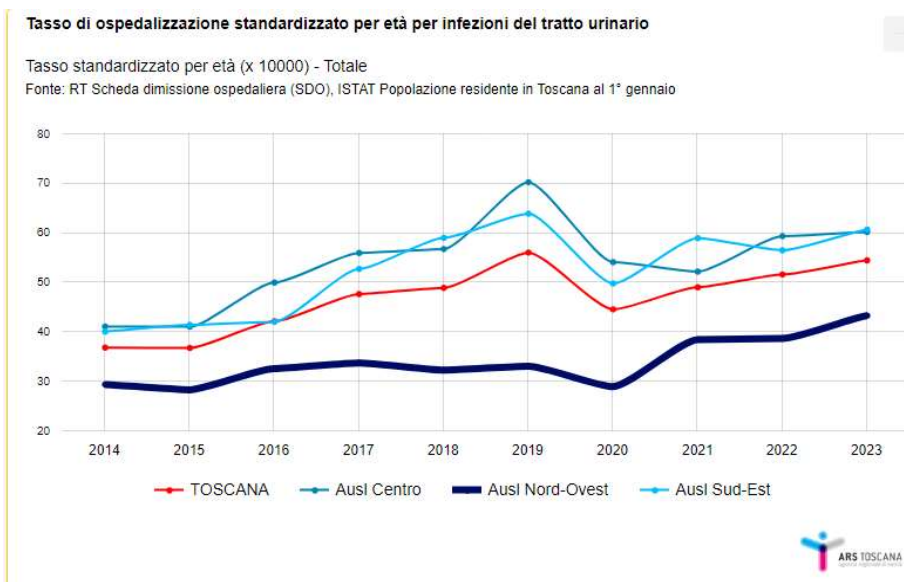


Il tasso di ospedalizzazione per asma negli adulti ha presentato nell'ultimo decennio un andamento altalenante anche nella nostra

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 sopra del valore regionale con un tasso standardizzato per età (x 100000) del 3,24 a fronte del 2,49 toscano. Il territorio che ha ospedalizzato maggiormente è quello della Bassa Val di Cecina- Val di Cornia.

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).



Dopo una riduzione nel 2020, nel 2021 è tornata a salire in tutta la Regione l'ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario.

Nel 2023 l'ATNO si mantiene al di sotto del valore regionale con un tasso standardizzato per età di 43,39 contro il 54,54 toscano.

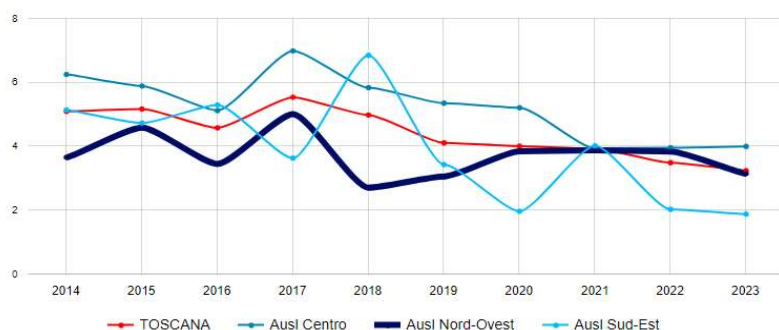
Un'elevata ospedalizzazione per questa causa è riscontrata in Versilia.

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. Nel triennio 2020-2022 il trend dell'indicatore è rimasto pressochè stabile. Nel 2023 il valore di ATNO è in leggera diminuzione e con valori sostanzialmente sovrapponibili a quelli regionali.

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

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



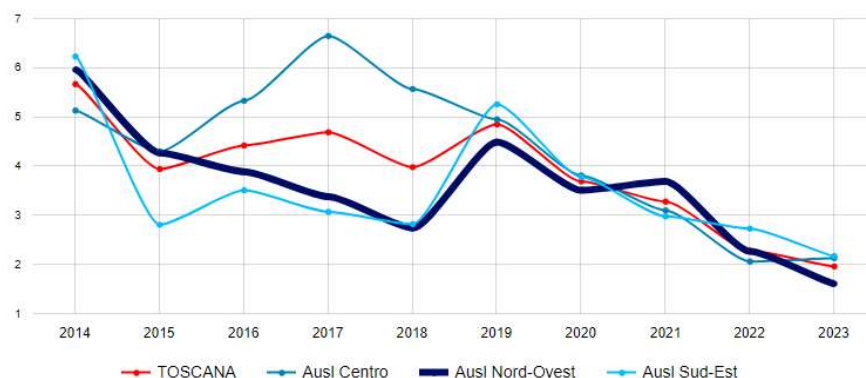
Sono considerate complicanze del diabete a lungo termine quelle che si verificano a livello renale, oculare, neurologico, circolatorio, periferico. Nel 2020 a livello regionale c'è stato un forte decremento di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete e il valore dell'ATNO nel 2023 -tasso standardizzato per età (x 100000)- continua ad essere stazionario rispetto all'anno precedente e al di sotto di quello regionale (3,51 di ATNO contro il 5,51 Toscano). Le Zone con le ospedalizzazioni più alte sono state la Pisana e l'Alta Val di Cecina- Val d'Era.

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 continua ad essere in decremento anche rispetto a quello regionale. Le Zone con maggiori ricoveri sono state la Pisana e la Bassa Val di Cecina- Val di Cornia.

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:

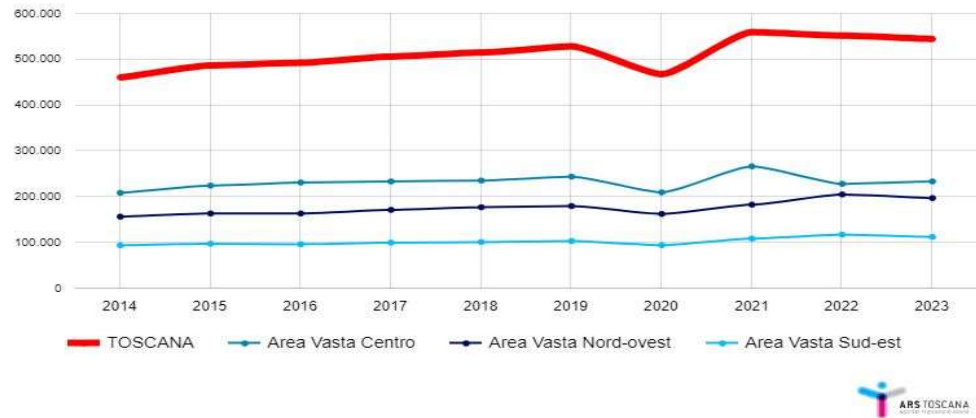
- Ospedale sede di DEA di I livello: la struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, con le funzioni di osservazione e breve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



Chiamate ricevute dalle centrali 118 con richiesta di soccorso

Numero - Anno 2023 - Totale
Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)

Centrale Operativa	Chiamate
REGIONE TOSCANA	545.395
AV CENTRO	234.346
CO unificata Firenze-Prato	153.785
CO unificata Pistoia-Empoli	80.561
AV NORD-OVEST	197.959
CO unificata Massa-Lucca-Versilia	90.566
CO unificata Pisa-Livorno	107.393
AV SUD-EST	113.090
CO - Arezzo	38.602
CO unificata Siena-Grosseto	74.488

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). Nell'ultimo anno invece si è assistito ad una lieve diminuzione del numero di chiamate ricevute (n° 197.959 nel 2023). A livello regionale invece la diminuzione inizia già dall'anno 2022 e si conferma fino ad oggi (n° 552.995 nel 2022 e n° 545.395 nel 2023).

11.2 Interventi di soccorso del 118

Interventi di soccorso del 118

Numero - Totale

Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)



Per l'Ausl NO, come per il numero di chiamate, l'andamento della curva mostra un andamento 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° 177.860) andando a superare i valori pre-pandemici. Nel 2023, in contrasto con l'andamento delle altre Ausl e del totale

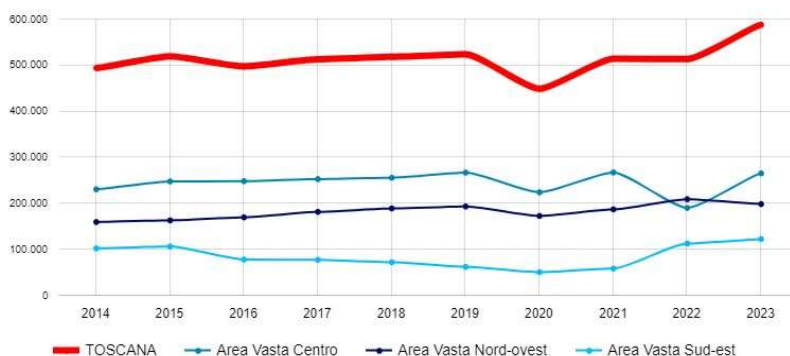
regionale, si può osservare una lieve diminuzione (n° 171.975).

11.3 Missioni effettuate dal 118

Missioni effettuate dal 118

Numero - Totale

Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)



Per quanto riguarda la Ausl NO 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. Nel 2023, in contrasto con l'andamento delle altre Ausl e del totale regionale, si può osservare una diminuzione (n° 199.349).

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.

I codici utilizzati per il Triage sono cinque e sono identificati da numeri progressivi caratterizzati da profili diversi come:

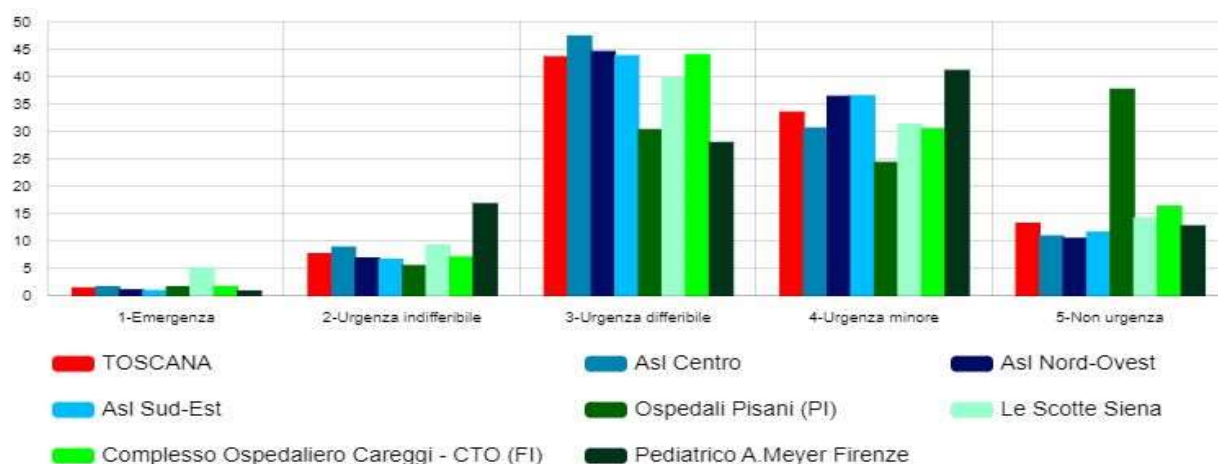
1. EMERGENZA - Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali (tempo attesa: accesso immediato);
2. URGENZA - Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo (tempo attesa: accesso entro 15 minuti);
3. URGENZA DIFFERIBILE - Condizione 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.

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

Anno 2023 - Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



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

Accessi ai PS della Toscana che esitano in un ricovero

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



Nel 2023 l'Ausl Toscana Nord Ovest ha registrato una proporzione del 12,01% di accessi che hanno esitato in ricovero rispetto alla media della Regione del 13,18% e rispetto al valore

dell'anno precedente (2022) di 12,84%.

Anche in questo caso si può osservare come l'andamento sia stato equiparabile per tutte e tre le AUSL 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

Percentuale di pazienti in Osservazione Breve Intensiva

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



La percentuale di pazienti in osservazione breve intensiva mostra un andamento non costante nel corso degli anni e per singola Ausl. Per quanto riguarda l'Ausl Nord Ovest

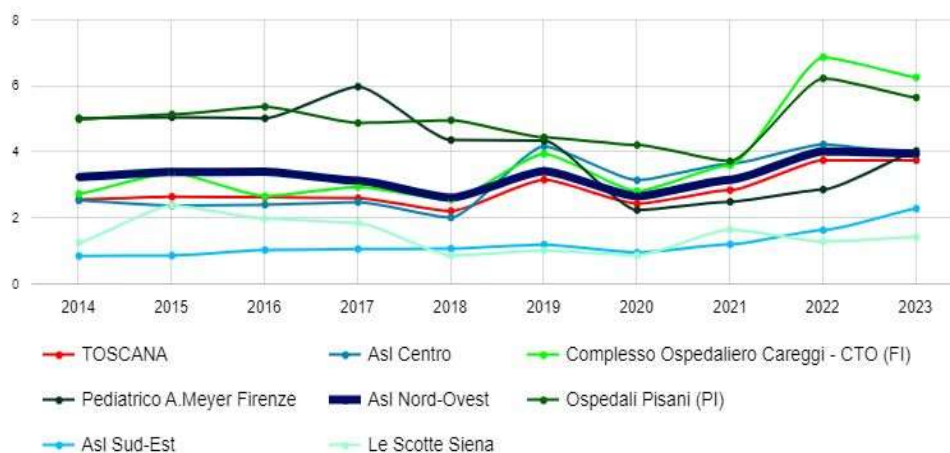
l'andamento è altalenante, con una diminuzione nel 2021 (4,67% vs 5,13% nel 2020) ed un nuovo incremento nel 2022 (4,83%) e nel 2023 (5,48% in contrasto con la media della Regione che è passata da 4,93% nel 2022 a 4,82% nel 2023).

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

Percentuali di accessi che esitano in un abbandono da parte dei pazienti

Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, in quanto un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute. L'indicatore monitora pertanto il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage) prima di essere visitati

dal medico o dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica. In questo caso la Ausl Nord Ovest si colloca leggermente sopra alla media regionale (3,97% NO vs 3,77% Regione nel 2023) con un valore comunque leggermente inferiore rispetto all'anno precedente (4,04% nell'anno 2022).



CAPITOLO 12 – Reti cliniche

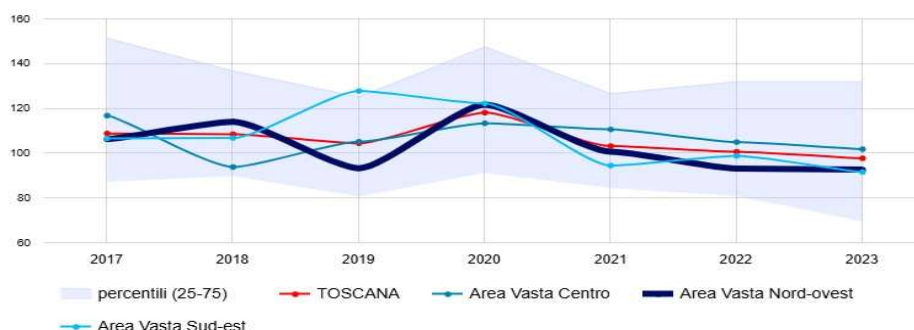
ICTUS:

La rete toscana ictus è organizzata in nodi ospedalieri deputati ai trattamenti tempo-dipendenti accreditati per l'esecuzione della trombolisi endovenosa dei quali 3 sono le Aziende ospedaliere universitarie (Careggi, Pisa e Siena), accreditate per il trattamento endovascolare. Sono di seguito riportati alcuni indicatori di monitoraggio con visione a livello geografico di Area Vasta. Il grafico sottostante prende in esame l'indicatore DIDO al primo nodo della rete ictus che misura i tempi di centralizzazione dei casi. Questi incidono in modo importante sul tempo globale per il trattamento elevando il rischio degli esiti. Il periodo in esame va dal 2017 al 2023 e mette in evidenza un andamento altalenante delle 3 AAVV. Tuttavia osservando l'andamento complessivo in tutta la regione si nota un picco evidente nel 2020 e, quindi, un generale calo delle tempistiche che nel 2023 sembra raggiungere il punto più basso.

Ictus ischemico, tempo DOOR IN-DOOR OUT (DIDO) - primo nodo di rete

Mediana (minuti) - Totale

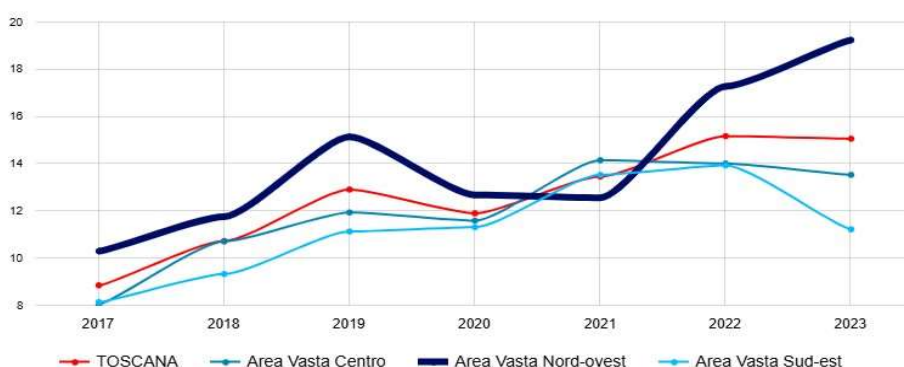
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)



Ictus ischemico, Percentuale casi ischemici trattati con fibrinolisi - primo nodo di rete

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)



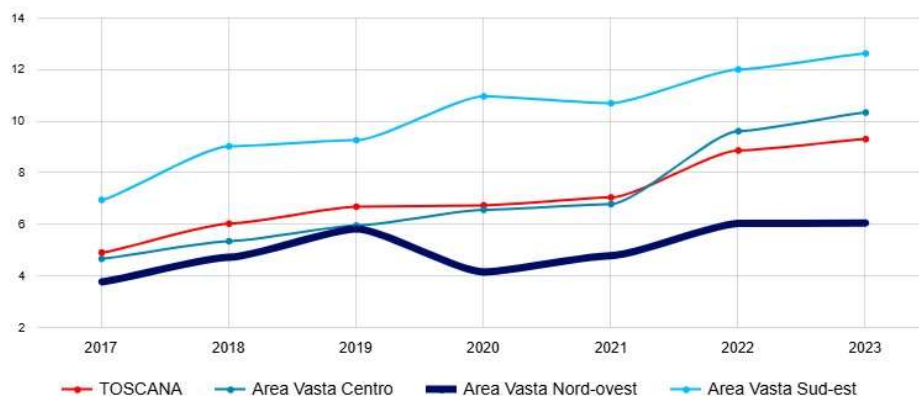
L'altra misura della fase ospedaliera (primo nodo) rappresentata di seguito descrive la percentuale dei casi ischemici trattati con fibrinolisi al primo nodo. Il grafico mostra un generale

incremento che negli ultimi anni è stato più marcato nell'AVNO. Tale incremento sembra essere invece meno evidente per i casi trattati con tromboectomia. Per questi casi l'andamento complessivo su scala regionale è quello di un aumento graduale mentre l'AVNO si pone ad un livello inferiore.

Ictus ischemico, Percentuale casi ischemici trattati con trombectomia - primo nodo di rete

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

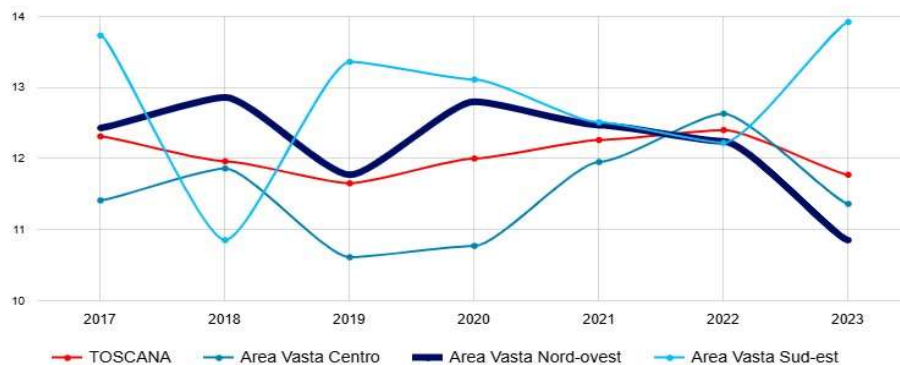


Per quanto riguarda gli esiti (primo nodo), è raffigurata di seguito la mortalità intraospedaliera legata alla combinazione di fattori quali la tempestività degli interventi in fase pre-ospedaliera e la qualità delle cure in fase ospedaliera. Nel grafico l'andamento globale a livello regionale mostra una chiara diminuzione della mortalità nell'ultimo anno del periodo analizzato, in special modo se osserviamo il trend dell'AVNO.

Ictus Mortalità intraospedaliera - primo nodo di rete

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

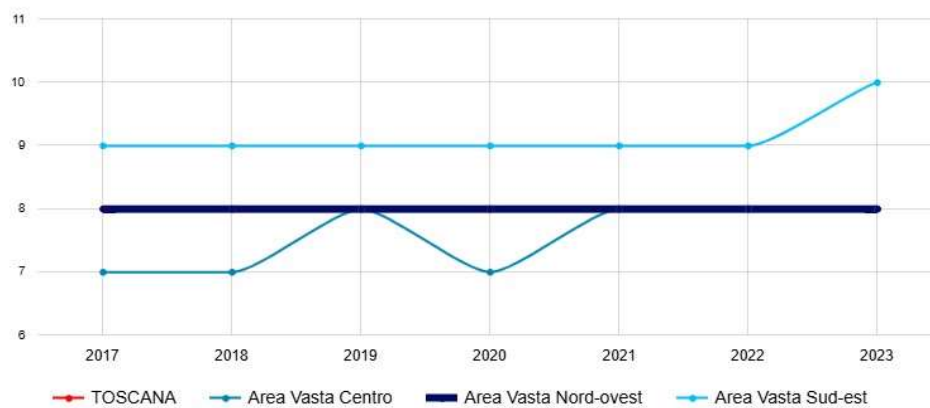


I dati relativi al primo ricovero si riferiscono anch'essi ad una fase preospedaliera e ospedaliera ma si riportano solo i dati aggiornati al 2023 che sono quelli riguardanti quella ospedaliera. Di questi un indicatore è quello relativo ai tempi di degenza in acuto al primo ricovero. I lunghi tempi di degenza in acuto al primo ricovero aumentano il rischio di complicanze che dipendono dalla severità del quadro clinico, dall'organizzazione ospedaliera, dal tipo di assistenza fornita e dall'integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali. Si deve inoltre considerare che nelle lunghe degenze aumenta il rischio di morte e di riduzione del recupero funzionale. Il grafico mostra l'andamento dei tempi di degenza in acuto in tutte le AAVV ed evidenzia un livello intermedio per l'AVNO.

Ictus degenza complessiva in acuto - primo ricovero

Mediana - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

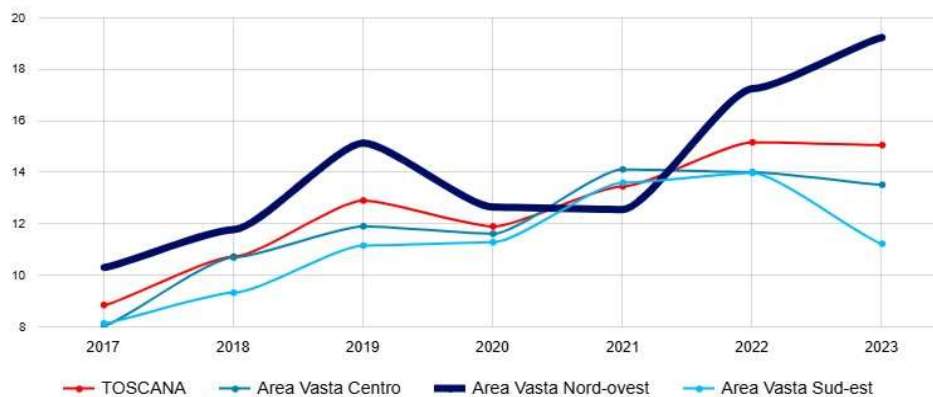


I successivi grafici mostrano le percentuali di casi trattati con fibrinolisi e con trombectomia al 1° ricovero quasi perfettamente sovrapponibili a quelli del 1° nodo di rete.

Ictus ischemico, Percentuale casi ischemici trattati con fibrinolisi - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)



Ictus ischemico, Percentuale casi ischemici trattati con trombectomia - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

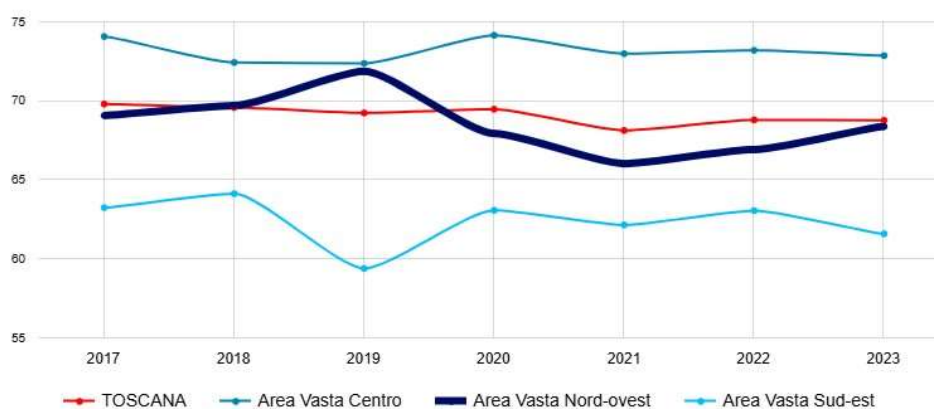


Per quanto riguarda gli esiti, i grafici sottostanti descrivono la percentuale dei dimessi al domicilio, verso la riabilitazione e verso le RSA. La percentuale dei dimessi al domicilio può essere interpretato come un indicatore di qualità dell'assistenza ospedaliera e del suo livello di integrazione con l'assistenza territoriale. L'AVNO si colloca in posizione intermedia tra le AAVV.

Ictus percentuale dimessi al domicilio - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



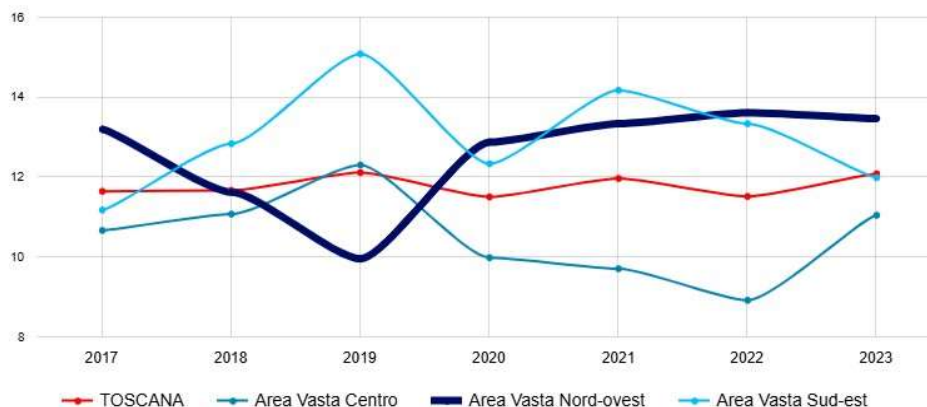
Segue

la percentuale di dimissioni verso la riabilitazione al primo ricovero rilevando per l'AVNO una riduzione nel primo periodo fino al 2019 seguita da una risalita verso un plateau che copre il periodo dal 2020 al 2023.

Ictus percentuale dimessi verso riabilitazione - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)



Le dimissioni verso l’RSA costituiscono infine un indicatore che esprime la capacità del sistema di avviare il paziente alla destinazione auspicabile ovvero verso la riabilitazione oppure verso la reintegrazione sociale. In questa ottica l’RSA non può considerarsi la destinazione ottimale sebbene talvolta risulta essere il destino più appropriato. Nel grafico in basso si osserva per l’AVNO un picco nel 2021 a un livello ben più alto rispetto alle altre are vaste, seguito da un parziale ritorno nel 2023 a un livello che si colloca comunque sempre al di sopra di quello regionale.

Ictus percentuale dimessi verso rsa - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

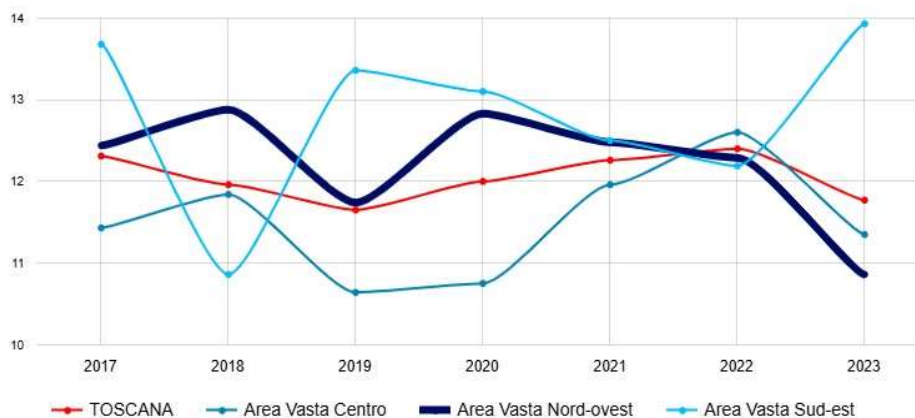


Ulteriore esito riportato è la mortalità intraospedaliera. Può essere considerato un indicatore di qualità che misura l'efficacia delle cure durante il ricovero e l'appropriatezza del percorso riservato a questi casi. La tendenza è a una riduzione con l'eccezione dell'AVSE.

Ictus Mortalità intraospedaliera - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

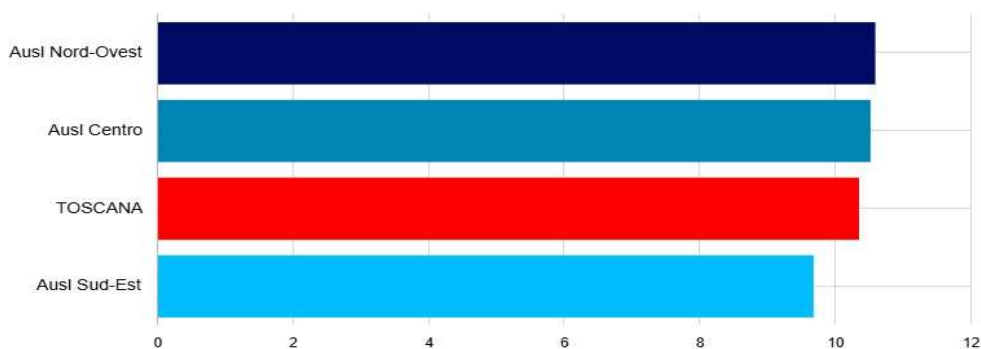


Di seguito sono infine riportati i tassi di incidenza standardizzati per ictus ischemico, ictus emorragico ed ESA.

Ictus ischemico, tasso di incidenza standardizzato

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

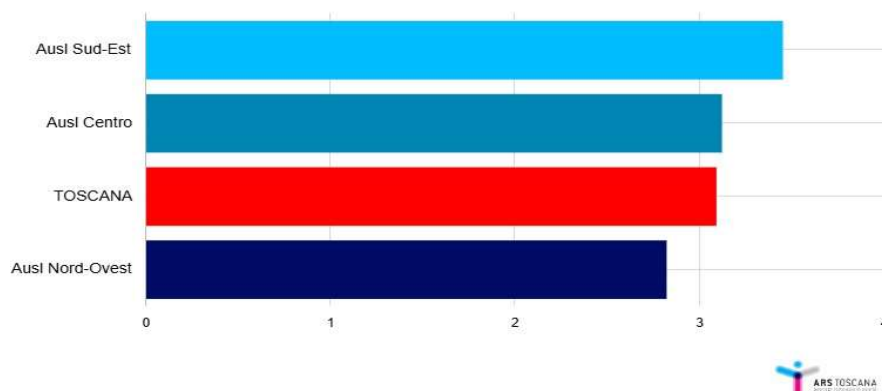
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Ictus emorragico, tasso di incidenza standardizzato

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

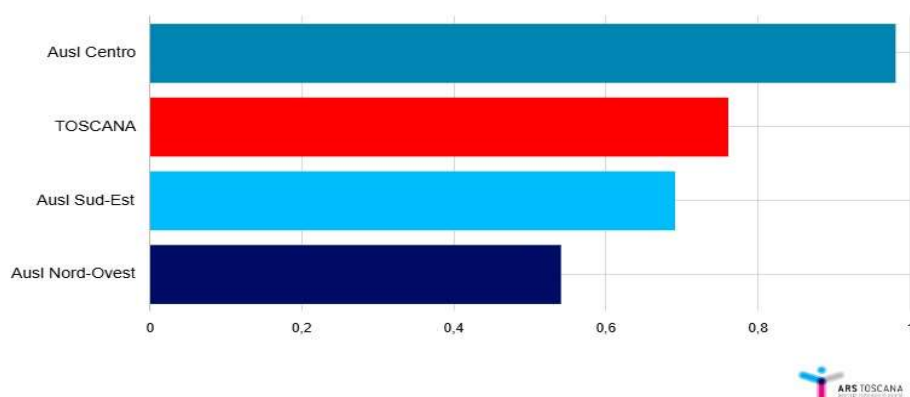
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Ictus ESA, Tasso di incidenza standardizzato

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

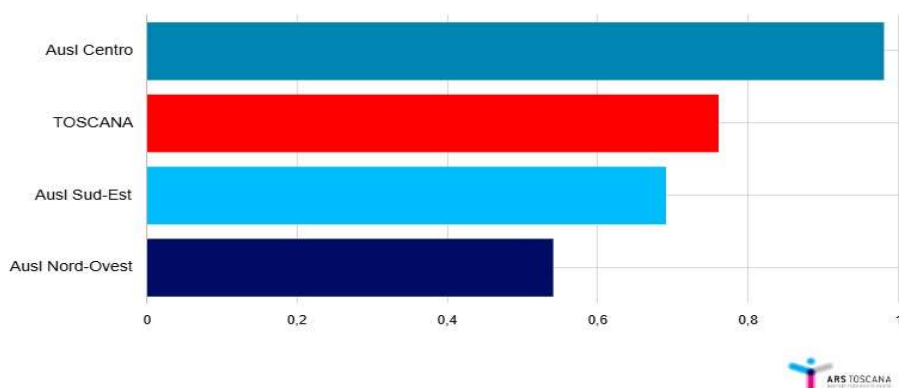
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Ictus ESA, Tasso di incidenza standardizzato

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

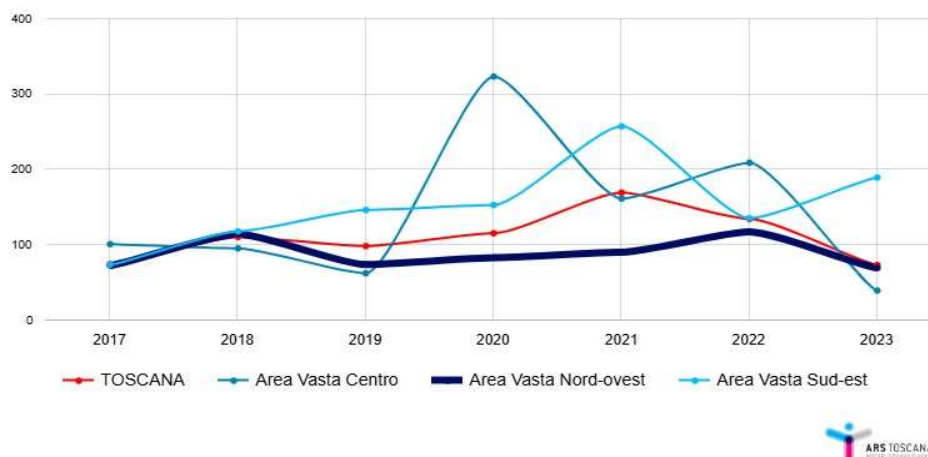
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Stemi, Tempo DIDO non trattati - primo nodo di rete

Mediana - Totale

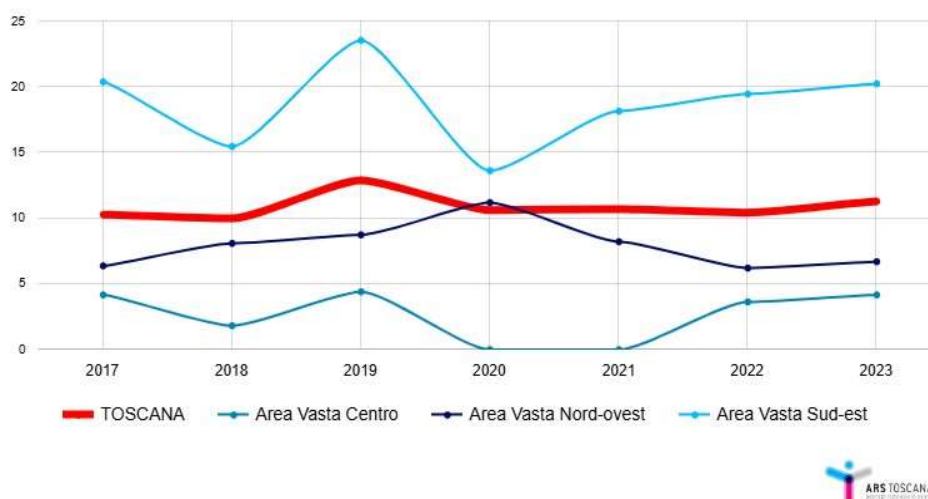
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)



Stemi, Percentuali di pazienti trattati con DIDO < 30' - primo nodo di rete

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)



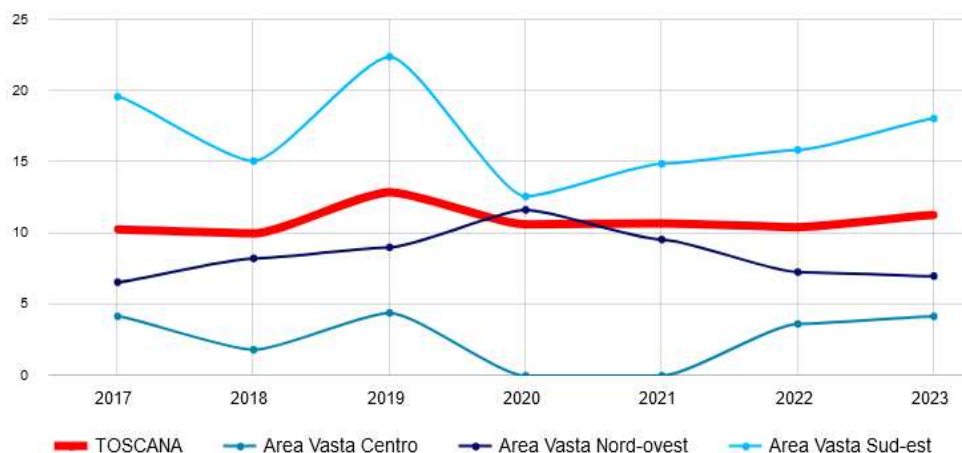
Nel seguente grafico viene descritto un indicatore più specifico che rappresenta la proporzione di casi trattati con PTCA nel primo episodio di cura, che vengono trasferiti dalla struttura senza emodinamica operativa h24 a struttura con emodinamica con tempo DIDO contenuto entro i 30 minuti rispetto al numero complessivo di casi trattati con PTCA nel primo episodio di cura e trasferiti verso il centro dotato di emodinamica.

La curva che descrive l'andamento dell'indicatore per l'AVNO si colloca in una posizione intermedia rispetto alle altre AAVV regionali ma inferiore al livello regionale con una percentuale del 7%.

Stemi, Percentuali di pazienti trattati con DIDO < 30' - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)

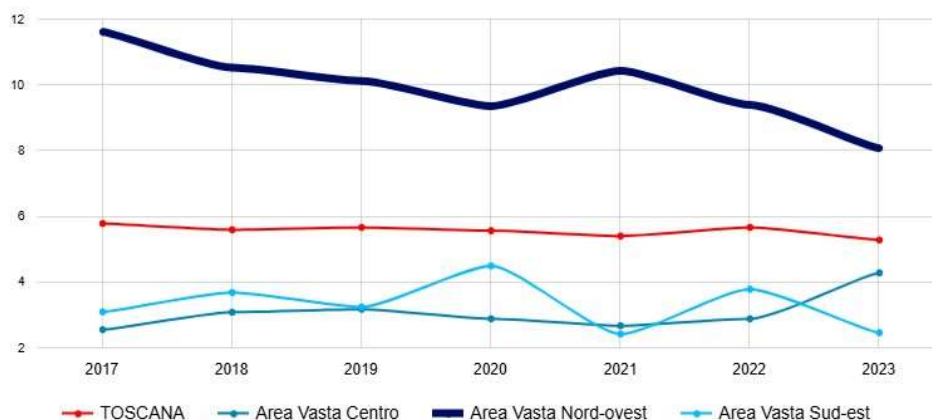


Per quanto riguarda i casi di infarto Nstemi i grafici successivi mostrano l'andamento nelle 3 AAVV delle percentuali di casi eleggibili a procedure invasive successivamente ad esame coronarografico nel primo episodio di cura. Nel primo grafico si descrive l'andamento percentuale dei casi Nstemi trattati con bypass coronarico al primo ricovero. L'AVNO si mostra ben staccata dalle altre ad un livello nettamente superiore con una lieve tendenza a ridursi nel 2023 ad un valore del 8,09%. Nel secondo al contrario l'AVNO fa registrare una percentuale di angioplastiche negli Nstemi inferiore rispetto alle altre AAVV con un lieve incremento nel 2023. La curva si colloca infatti nettamente al di sotto di quella regionale con una percentuale nel 2023 del 60,82%. Infine per i Nstemi trattati con PTCA e bypass coronarico l'andamento dell'AVNO si presenta alquanto irregolare nel periodo in esame registrando un picco nel 2022 seguito da una discesa nel 2023 a un valore percentuale dello 0,97%.

Nstemi, Percentuale trattati CABG- primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

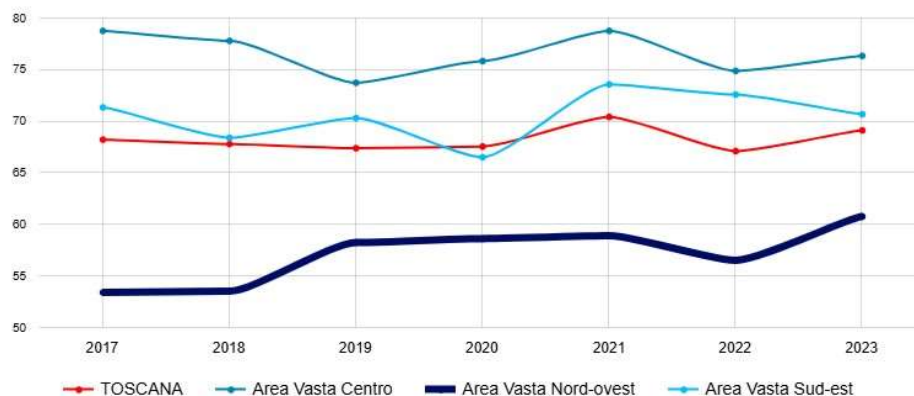
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Nstemi, Percentuale trattati PTCA- primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

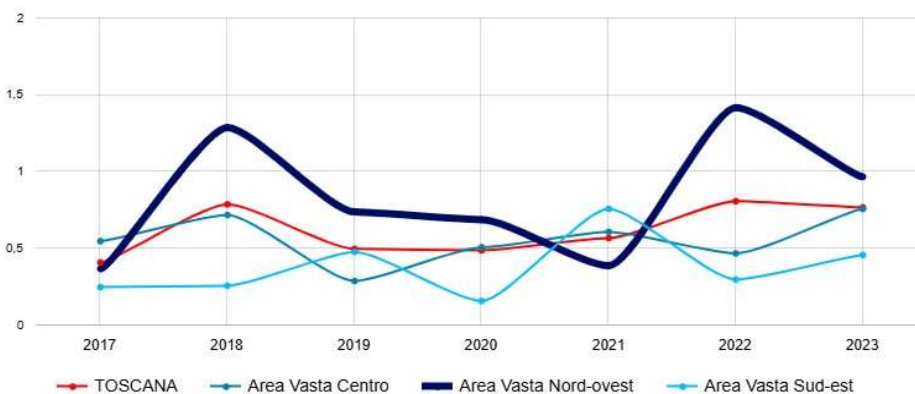
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Nstemi, Percentuale trattati PTCA e CABG - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Il grafico successivo riporta invece la percentuale di pazienti con diagnosi di infarto Nstemi non trattati nel primo episodio di cura con procedura invasiva sebbene eleggibili. L'AVNO mostra in tutto il periodo in esame le più alte percentuali registrando nel 2023 un valore del 40%.

Nstemi, Percentuale pazienti trattati con terapia medica - primo ricovero

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

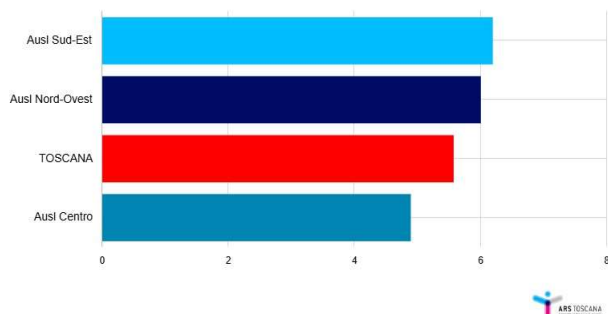


Sono in ultimo raffigurati i grafici a barre che descrivono il tasso di incidenza standardizzato per età e sesso, relativo alla popolazione residente in Toscana, per infarto Stemi, NStemi e a sede non specificata.

STEMI, tasso di incidenza standardizzato

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

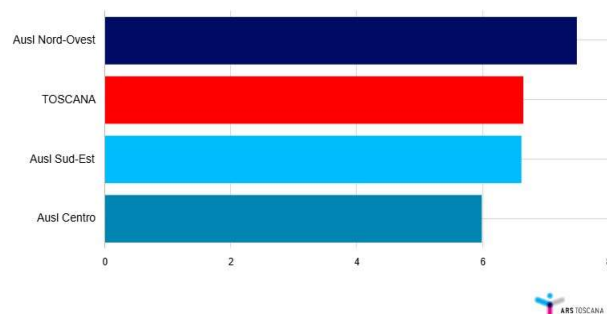
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



NSTEMI, tasso di incidenza standardizzato

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

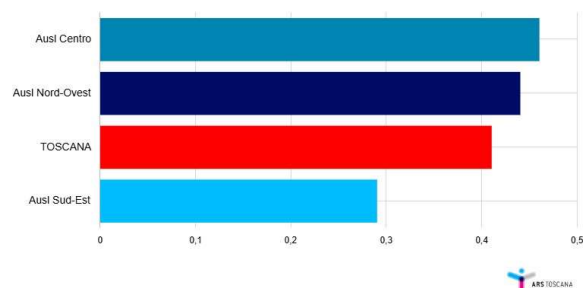
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



IMA a sede non specificata, tasso di incidenza standardizzato

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

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



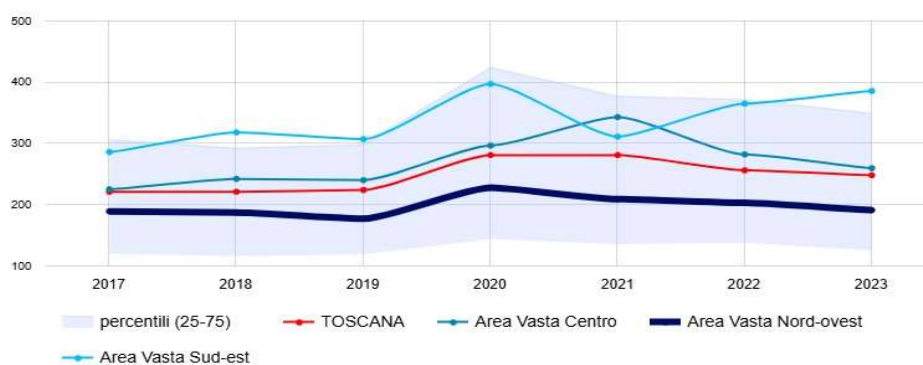
TRAUMA MAGGIORE:

Relativamente alla gestione del trauma maggiore il seguente grafico prende in esame nella fase ospedaliera del primo nodo il tempo di permanenza nel Pronto Soccorso. La curva relativa all'AVNO si mantiene costantemente sotto il livello regionale nel periodo analizzato (2017-2023). Nel 2023 la mediana si attesta a 192 minuti.

Trauma Maggiore, tempo permanenza in PS

Mediana (minuti) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)

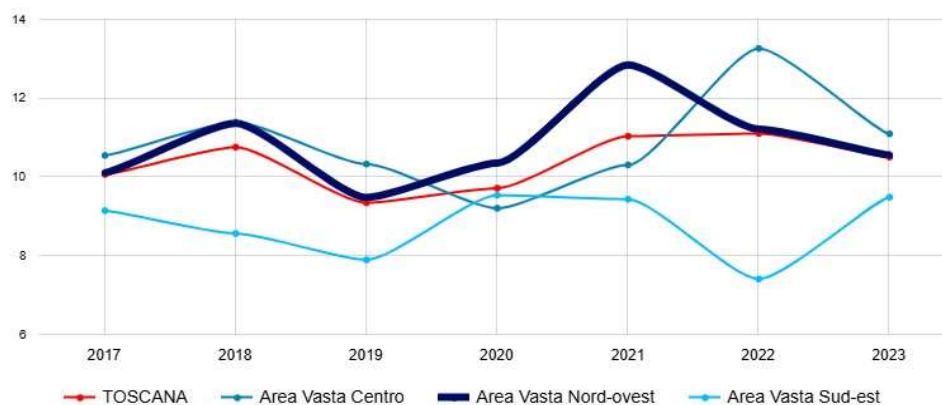


Con il successivo grafico si prende in esame la mortalità intraospedaliera al primo nodo di rete che valuta, più che la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza e l'efficacia del percorso intrapreso attraverso le varie articolazioni esistenti tra ospedale e territorio. Il grafico esprime il rapporto percentuale tra il numero di casi ricoverati con trauma maggiore e dimessi alla fine del percorso in acuto come deceduti e il numero complessivo di casi con trauma maggiore di età > 14 anni. Per quanto riguarda l'AVNO nel 2023 si rileva una percentuale di 10,57 che costituisce un valore intermedio tra le AAVV.

Trauma maggiore, Mortalità intraospedaliera - primo nodo di rete

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106), RT prestazioni 118 (RFC 134)

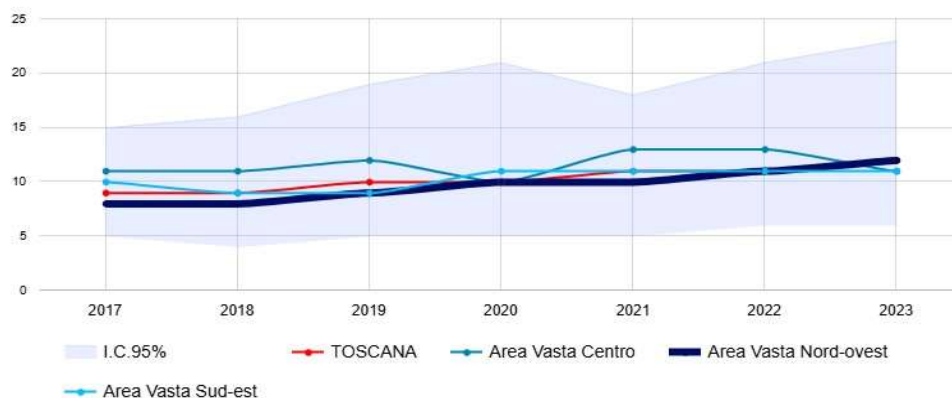


Di seguito è riportato il grafico che quantifica la durata della degenza in acuto. Esso misura l'efficienza nella gestione della casistica in termini di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse. La AVNO assume un valore mediano al 2023 di 12 giornate.

Trauma Maggiore, degenza complessiva in acuto

Mediana - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106)

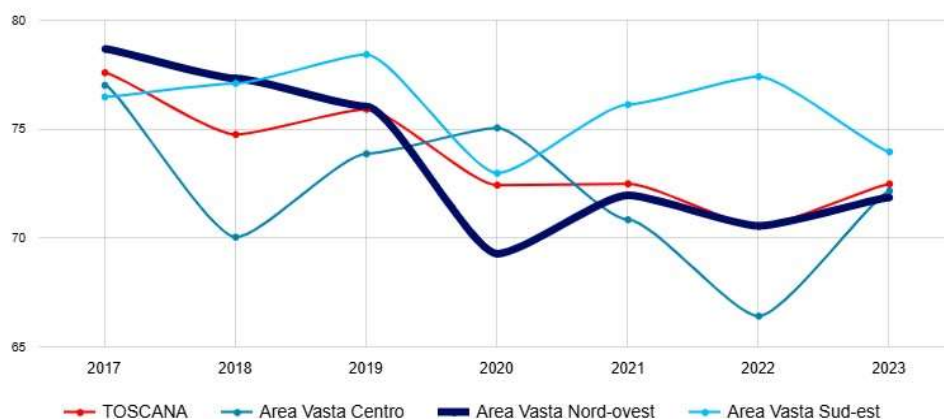


Nei grafici sottostanti tra gli esiti si descrive la percentuale dei dimessi nell'ultimo ricovero in acuto in continuità con destinazione rispettivamente verso il domicilio, le strutture di riabilitazione e verso RSA, sono infine raffigurati i tassi di incidenza standardizzati per età ed e sesso per trauma maggiore distinti per adulti e minori di 15 anni.

Trauma Maggiore, Percentuale dimessi al domicilio

Rapporto (x 100) - Totale

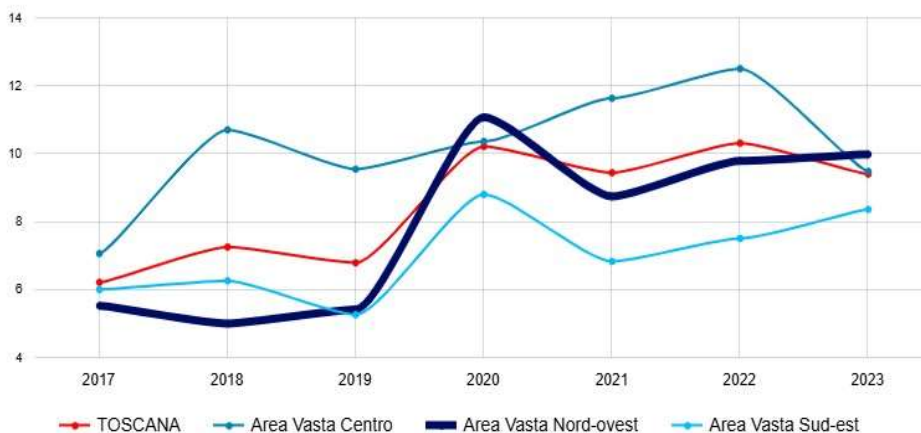
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106), RT prestazioni 118 (RFC 134)



Trauma Maggiore, Percentuale dimessi verso riabilitazione

Rapporto (x 100) - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106), RT prestazioni 118 (RFC 134)



Trauma Maggiore, Percentuale dimessi verso RSA

Rapporto (x 100) - Totale

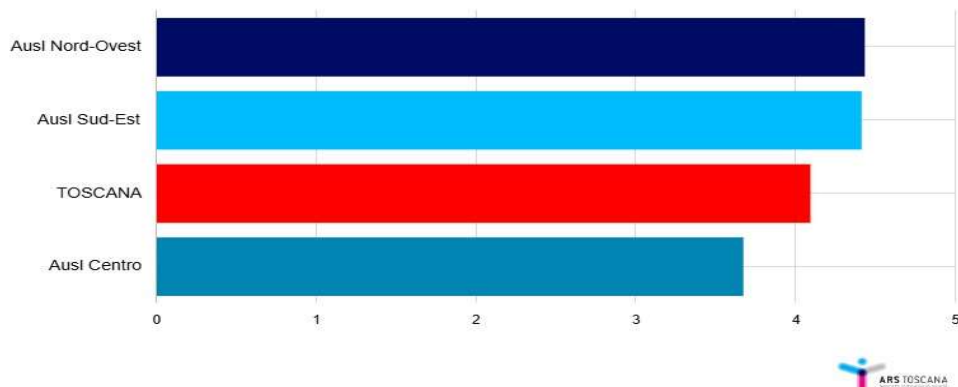
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106), RT prestazioni 118 (RFC 134)



Trauma Maggiore, tasso di incidenza standardizzato adulti

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

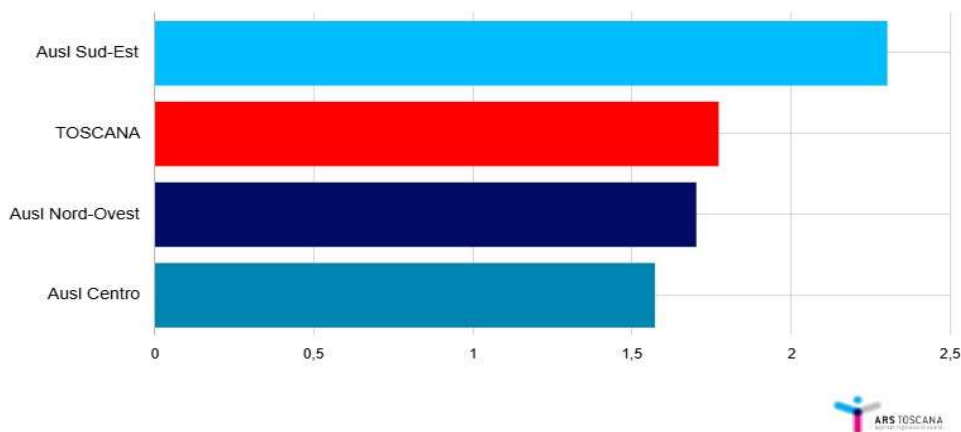
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Trauma Maggiore, tasso di incidenza standardizzato minori (età < 15 anni)

Tasso standardizzato per sesso ed età (x 10000) - Anno 2023 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO), RT Pronto soccorso (RFC 106), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



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 complicità 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, accogliendo contemporaneamente altri pazienti altrettanto critici ed invasivamente trattati.

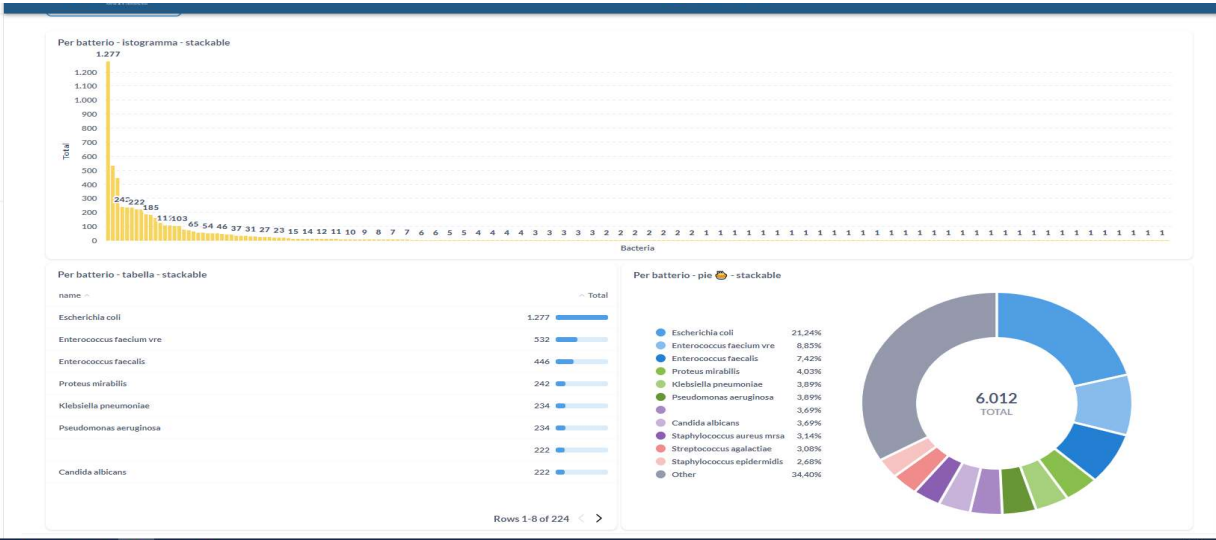
La delicatezza degli interventi di cura, la fragilità consequenzialmente acquisita dai pazienti, la risposta fornita dalla natura contro la ostilità creata dai farmaci negli ambienti dedicati ai malati, spesso non ha trovato corrispondenze nella diffusione della cultura della prevenzione e della riduzione 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 familiari, 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.

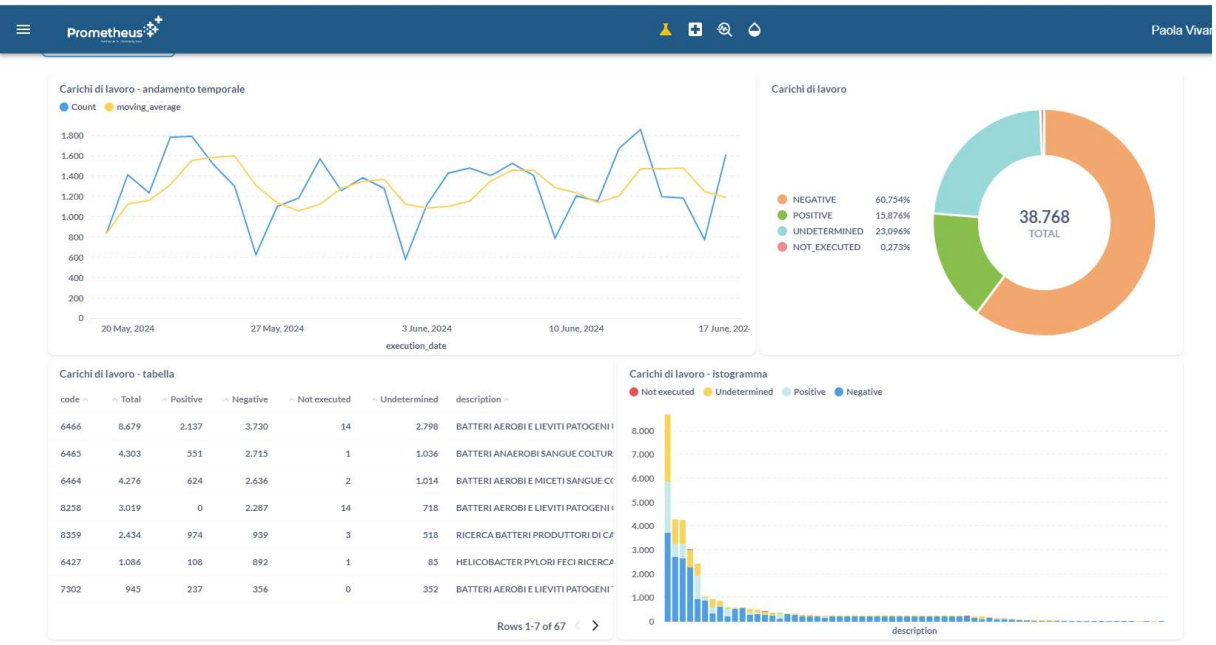
Durante il corso degli anni 2022 e 23 il modello di estrazione/elaborazione dei dati di batteriologia è stato implementato: attualmente quanto ottenuto ci consente di pensare di aver raggiunto un ottimo risultato che sarà sicuramente utile per consentirci di dare dimostrazione della entità e della distribuzione di questo fenomeno di massimo interesse e di prioritaria presa in carico.

Di seguito si rappresentano alcune slide esemplificative delle possibilità di approfondimento intorno al fenomeno di interesse attualmente disponibili.

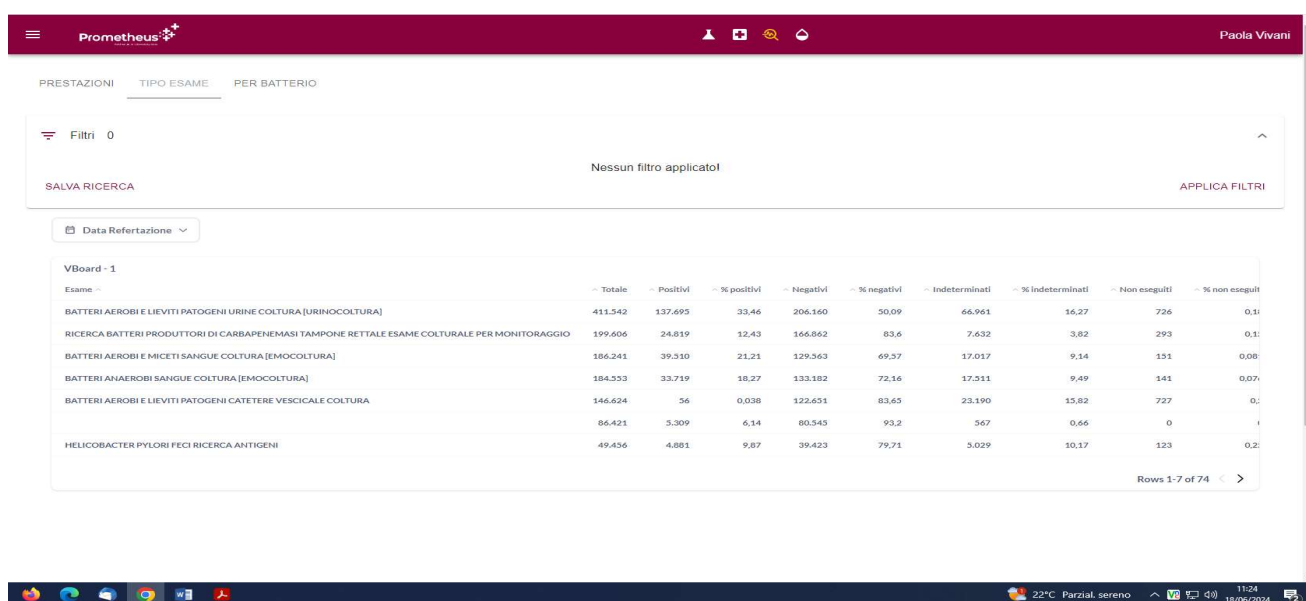
1- Distribuzione per batterio



2- Distribuzione per tipo di esame



3- Tabella con percentualizzazione delle tipologie di risposte ottenibili



The screenshot shows the Prometheus VBoard interface. At the top, there are navigation tabs: PRESTAZIONI, TIPO ESAME, and PER BATTERIO. Below these, there's a filter section with 'Filtri 0' and a 'Nessun filtro applicato' message. A 'Data Refertazione' dropdown is also visible. The main table, titled 'VBoard - 1', displays the following data:

Esame	Totale	Positivi	% positivi	Negativi	% negativi	Indeterminati	% indeterminati	Non eseguiti	% non eseguiti
BATTERI AEROBI E LIEVITI PATOGENI URINE CULTURA [URINOCOLTURA]	411.542	137.695	33,46	206.160	50,09	66.961	16,27	726	0,1
RICERCA BATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI TAMPONE RETTALE ESAME CULTURALE PER MONITORAGGIO	199.606	24.819	12,43	166.862	83,6	7.632	3,82	293	0,1
BATTERI AEROBI E MICETI SANGUE CULTURA [EMOCOLTURA]	186.241	39.510	21,21	129.563	69,57	17.017	9,14	151	0,08
BATTERI ANAEROBI SANGUE CULTURA [EMOCOLTURA]	184.553	33.719	18,27	133.182	72,16	17.511	9,49	141	0,07
BATTERI AEROBI E LIEVITI PATOGENI CATETERE VESICALE CULTURA	146.624	56	0,038	122.651	83,65	23.190	15,82	727	0,5
HELICOBACTER PYLORI FECI RICERCA ANTIGENI	86.421	5.309	6,14	80.543	93,2	567	0,66	0	0
	49.456	4.881	9,87	39.423	79,71	5.029	10,17	123	0,2

At the bottom right of the table, it says 'Rows 1-7 of 74'.

Nel corso del 2023 le **estrazioni dei dati** sono state ulteriormente implementate e la ATNO risulta odiernamente in grado di conoscere ed elaborare velocemente tutte le informazioni relative ai “germi sentinella” identificati nei campioni biologici riferibili ai pazienti in assistenza (con l’esclusione dell’area di riferimento al laboratorio di Pontedera non ancora messo “in linea”).

Il sistema, dunque, è stato organizzato in modo da inviare, a seguito di ogni estrazione dal portale dei laboratori di batteriologia, a tutti i team AID locali ed a tutti gli indirizzi email di riferimento, gli **“alert” relativi a tutti i germi “sentinella” portatori di profili di resistenza agli antibiotici**. Il sistema è in grado di diversificare, nei pazienti indagati, lo stato di “incidente”¹ dallo stato di “prevalente”², in tal modo fornendo al setting in cui il paziente è trattato, preziose informazioni in merito alla specifica posizione nel percorso di attenzione verso il rischio di trasmissione delle malattie infettive a trasmissione interumana.

Il problema **ICA (infezioni correlate alle pratiche assistenziali)** è dunque, attualmente, un argomento molto dibattuto. Sia il PNCAR vigente che il PNRR hanno proposto occasioni per concretizzare azioni idonee ad affrontare l’emergenza dell’antibiotico resistenza, seguendo un approccio multidisciplinare ed una visione “one health”.

A livello “globale”, le ICA rappresentano **l’evento avverso e la complicità più grave dell’assistenza sanitaria**. Sono riconosciute dall’OMS tra le maggiori minacce attuali e future per la salute pubblica a causa del loro impressionante impatto epidemiologico ed economico. Come già indicato, il fenomeno delle ICA è sempre correlato ad un altro, altrettanto preoccupante, che è quello dell’antimicrobico resistenza (AMR).

¹ incidente: caso di nuovo riconoscimento.

² prevalente: caso già noto.

Nella finalità di dare la massima evidenza alle problematiche su enunciate, di diffondere i principi e le buone pratiche utili ad intraprendere le migliori azioni difensive, nell'anno sono state **concretizzate molteplici azioni formative**, in parte ad estensione pubblica con finalità di didattica di base (vedi ad esempio articolo scritto con finalità divulgativa <https://www.naturalmentescienza.it/sections/?s=4197> in cui risultano meglio dettagliate tali relazioni); in massima parte le energie regionali sono state convogliate nella predisposizione di un percorso estremamente impegnativo destinato alla formazione dei 19.400 operatori ospedalieri toscani.

Tale percorso ha riguardato i **referenti aziendali AID** (Team AID di Stewardship integrata Antimicrobica, prevenzione e controllo Infezioni, Diagnostica) presso la Regione ed, alla fine del 2023 ha raggiunto l'obiettivo della realizzazione del "corso di formazione in infezioni correlate all'assistenza" previsto dalla Componente 2 della Missione 6 del PNRR, Investimento 2.2, Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, Sub investimento 2.2.b).

Alla fine del 2023 l'impegno profuso ha ottenuto la realizzazione del percorso formativo. Tale percorso ha richiesto la predisposizione, da parte del gruppo dei referenti AID regionali, di tutti i testi costitutivi del corso e successivamente la realizzazione di filmati ed animazioni a rappresentazione dei contenuti testuali.

Il corso prevede che una parte preponderante di argomenti venga trattata in FAD; le ultime 4 ore sono infine dedicate alla simulazione di casi reali (discussione interattiva di casi proiettati in filmati) "in presenza".



La parte finale del corso è stata dedicata all'approfondimento del programma ATNO di contrasto alle ICA, consistente nella spiegazione dettagliata delle principali procedure aziendali sul tema.



Le principali procedure



266
dedicata agli
isolamenti



140
dedicata al lavaggio
mani ed uso dei guanti



309
dedicata alla profilassi
perioperatoria

Gira le carte

Il programma locale di contrasto alle ICA

RISORSE



Ricordiamoci che i
germi possono
uccidere quanto il
leone



Entro la fine del 2023 sono stati formati tutti i membri dei team AID aziendali e locali. Tale formazione ha consentito a ciascuno di loro di poter diventare formatore verso tutti gli altri 19000 sanitari toscani durante la frazione di percorso da svolgersi in presenza.

La formazione di questi ultimi sta procedendo secondo il piano predisposto: ad inizio giugno 2024 in ATNO risultano aver completato il percorso 1430 operatori. Nel secondo semestre 2024 ne rimangono da formare 1236. Tutti i rimanenti seguiranno medesimo percorso nel corso del 2025. Il progetto PNRR si concluderà alla fine del 2025.

PARTECIPANTI PROGRAMMATI							PARTECIPANTI EFFETTIVI						
N.Inf/Ost/Oss	N. TSRP	N.DipMed	N.DipEU	N.DipCh	N. Altro	TOTALE	N.Inf/Ost/Oss	N. TSRP	N.DipMed	N.DipEU	N.DipCh	N. Altro	TOTALE
999	131	106	80	68	46	1430	918	127	84	46	36	25	1236